

EL COLEGIO DE MÉXICO
CENTRO DE ESTUDIOS INTERNACIONALES

**LA POLÍTICA SOCIAL DE ATENCIÓN A LA SALUD EN
MÉXICO. EL CASO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL**

T E S I S
**QUE PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PRESENTA:**

CARLOS LUIS MORENO JAIMES

Asesor: Dr. Enrique Cabrero Mendoza

A mis padres

A mi hermana

A Heréndira, mi esposa

A Alan, mi hijo

**Y a mis amigos más queridos, David, Abel, Efraín, Miguelín, Maria Luisa,
George, Picas, Andrés, Grecia, Lore, Julia y Mario**

Agradecimientos

En primer lugar, a El Colegio de México, institución a la que debo una formación académica invaluable de la cual me siento orgulloso.

Al profesor Enrique Cabrero, asesor de esta tesis, por su tiempo, dedicación y sus comentarios siempre enriquecedores y certeros.

Al Dr. Gabriel Martínez por haberme dado la oportunidad de colaborar en proyectos de trabajo muy interesantes y por apoyarme en esta investigación.

Al profesor José Luis Méndez, por toda su confianza, ayuda y paciencia durante estos años.

A la profesora Miriam Cardozo por su orientación desde el inicio de esta investigación y a la doctora Felicia Knaul por sus valiosos comentarios.

A la profesora María del Carmen Pardo, quien siempre mostró interés en mis objetivos académicos y profesionales y me ofreció su apoyo durante mi estancia en El Colegio.

A la profesora Martha Elena Venier, de quien aprendí la claridad en la escritura y la sencillez en la exposición, herramientas cuyo valor ha sido enorme para mí.

ÍNDICE GENERAL

	Pag.
INTRODUCCIÓN	1
I. EL ANÁLISIS TEÓRICO DE LA POLÍTICA DE ATENCIÓN A LA SALUD	
1. La clasificación de las áreas de la política social	6
2. La atención a la salud como área de la política social	13
3. Los objetivos	15
4. Las limitaciones del mercado	19
5. Los modelos de atención a la salud	20
6. La regulación gubernamental	30
7. Conclusión	32
II. LA REFORMA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD EN PAÍSES DESARROLLADOS	
1. Los costos de la atención médica	35
2. La necesidad de la reforma	39
3. ¿Por qué estudiar el caso británico?	43
4. El Sistema Nacional de Salud en Reino Unido antes de la reforma	45
5. Las reformas al Sistema Nacional de Salud británico	53
6. Conclusión	61

III. LA ATENCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO

1.	La seguridad social y el proceso de industrialización en América Latina	64
2.	Antecedentes del sistema de salud y seguridad social en México	67
3.	El nuevo entorno del sistema en México	72
4.	Organización y operación del seguro médico del IMSS	76
5.	Conclusión	86

IV. OPORTUNIDADES DE CAMBIO EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN DEL IMSS

1.	Estructura de decisión actual	90
2.	Asignación de los recursos dentro de la organización	96
3.	Los principios de la reforma	98
4.	Hacia el contrato público	100
5.	La mezcla público/privada	102
6.	Reflexiones sobre la propuesta de innovación organizacional	104

CONCLUSIONES GENERALES	109
-------------------------------	------------

BIBLIOGRAFÍA	116
---------------------	------------

ÍNDICE DE TABLAS

		Pag.
II.1	Gasto en salud como porcentaje del PIB	36
II.2	Cobertura de programas públicos de aseguramiento	37
II.3	Resumen de esquemas internacionales de organización en salud	42
III.1	Reformas a la legislación sobre seguridad social en México	70
III.2	Principales causas de muerte en México, Estados Unidos y Canadá	74
III.3	Contribuciones al IMSS	77
III.4	Indicadores médicos seleccionados	80
IV.1	Niveles decisorios del sector central del IMSS-1984	91
IV.2	Porcentaje del presupuesto asignado a algunas delegaciones estatales vs. porcentaje de fórmula	98

INTRODUCCIÓN

Durante la década de los ochenta, varios países industrializados llevaron a cabo procesos de reforma a sus sistemas de atención a la salud, ante los problemas de crecimiento en costos e insatisfacción por parte de los usuarios de los servicios. A partir de entonces, los esquemas europeos de organización y financiamiento de la atención médica están evolucionando hacia sistemas más flexibles que amplían la libertad de elección de los usuarios y dan mayor autonomía de decisión a los proveedores de los servicios. Los principios de solidaridad entre grupos de ingreso y de equidad en el acceso al sistema --los cuales han sido rectores de la política de atención a la salud desde sus orígenes-- se han tratado de conciliar ahora con el de eficiencia.

Los problemas de la atención a la salud y la necesidad de instrumentar reformas para hacerles frente han ido cobrando importancia en México, pues nuestro sistema no ha sido inmune a los fenómenos que enfrentan otros países en sus sistemas de atención. En nuestro país la salud se encuentra definida constitucionalmente como un derecho de todos los mexicanos y son varias las instituciones encargadas de proveer los servicios.

Recientemente, el Instituto Mexicano del Seguro Social --uno de los proveedores principales de servicios de salud en nuestro país-- publicó un diagnóstico sobre su situación actual. El seguro

médico, en particular, muestra una serie de problemas de desequilibrio financiero, mala calidad de la atención, gran centralización de recursos e insuficiencia en su cobertura. Los graves problemas señalados en el diagnóstico y el nuevo entorno económico, demográfico y epidemiológico en el país plantean la necesidad de llevar a cabo una reforma profunda en la organización de la seguridad social en su conjunto y, especialmente, en el ramo de enfermedades y maternidad.

El propósito de la presente investigación consiste en analizar la operación del seguro médico del IMSS, haciendo énfasis en sus mecanismos de financiamiento, asignación de recursos y regulación, los cuales se caracterizan por ser de carácter centralizado: el IMSS es, al mismo tiempo, asegurador, proveedor y regulador de los servicios de atención a la salud. Esta estructura integrada de financiamiento y operación de servicios de salud ha propiciado varios de los problemas señalados en el diagnóstico. Ello se debe, principalmente, a que la centralización de las decisiones ha generado un esquema de incentivos poco favorable a la eficiencia en la asignación de recursos. Considero necesario enfatizar que la investigación se enfoca sólo al caso de la atención a la salud en la seguridad social mexicana --al seguro médico del IMSS concretamente--, sin intentar abarcar la problemática general del sector salud de nuestro país.

El primer capítulo trata, en primer lugar, de ubicar a la política de atención a la salud dentro de las áreas que caracterizan a la política de bienestar social en general,

partiendo de tres enfoques predominantes en la discusión académica actual. Más adelante define los objetivos que más han buscado los sistemas de atención --la equidad y la eficiencia-- y describe qué limitaciones tiene el mercado para cumplir con aquellos. Finalmente, el capítulo establece un conjunto de modelos que permiten analizar la organización de los sistemas de atención a la salud y en qué grado éstos cumplen los objetivos de equidad y eficiencia.

El capítulo II trata sobre las condiciones que dieron origen a los procesos de reforma a la atención a la salud en países desarrollados, particularmente en Reino Unido. El capítulo describe, además, la situación del sistema británico antes y después de su reforma. Considero que ese sistema es una referencia útil para analizar la situación actual del seguro médico del IMSS, no sólo porque sus formas de organización y su problemática en general eran semejantes hasta 1991, sino porque los principios que inspiraron la transformación del Sistema Nacional de Salud británico y algunos de sus resultados recientes pueden enriquecer el debate mexicano sobre la reforma a la salud en la seguridad social. La atención a la salud en Reino Unido siguió una tendencia común entre los países desarrollados: hacer más equilibrada la mezcla público/privada en el financiamiento y provisión de los servicios y cambiar el esquema de incentivos entre los agentes. Creo que esa tendencia tendrá que tomarse en consideración si se pretende hacer más flexible la organización del sistema de atención a la salud en México.

El capítulo III plantea los antecedentes de los sistemas de salud y seguridad social en América Latina y México, enfatizando el carácter originalmente excluyente de las instituciones de seguridad social --producto del proyecto de industrialización de los años treinta y cuarenta-- y la tendencia posterior a aumentar la cobertura. El capítulo expone los cambios que ha sufrido el entorno de la seguridad social mexicana, el cual le impone nuevos límites a sus formas tradicionales de financiamiento. Finalmente, se describe la organización y operación del Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS, mostrando el conjunto de problemas señalados por el diagnóstico institucional en marzo de 1995.

Por último, el capítulo IV hace una evaluación sobre la estructura de decisión vigente en el IMSS, con el fin de analizar las oportunidades de cambio hacia un sistema más flexible. Se examina el sistema actual de asignación presupuestal, ya que su transformación puede convertirse en un instrumento central para fomentar la productividad en el desempeño de las unidades operativas del IMSS. En este punto cobra relevancia la referencia al caso británico pues, al igual que el caso mexicano, ese sistema se caracterizaba por estar integrado verticalmente con sus unidades regionales operativas, es decir que funcionaba como un modelo integrado de decisión centralizada en el cual el gobierno era el principal asegurador y proveedor de servicios. Su posterior evolución hacia un modelo de contrato público entre las entidades financiadoras y los prestadores de servicios médicos y hospitalarios, implicó cambiar el esquema de incentivos entre los

agentes financiadores y proveedores de servicios, tal y como el capítulo propone para el seguro médico del IMSS. Considerando que los problemas mencionados por el diagnóstico institucional están asociados al esquema de incentivos vigente en el IMSS, la propuesta está orientada a favorecer la eficiencia en la asignación de los recursos mediante un sistema más transparente, menos centralizado, y con un mayor equilibrio entre sus componentes privado y público.

I. EL ANALISIS TEORICO DE LA POLITICA DE ATENCIÓN A LA SALUD

1. La clasificación de las áreas de la política social

La creciente expansión de las funciones estatales en materia social es un fenómeno ligado al desarrollo del Estado Benefactor occidental, surgido durante la década de los treinta. El desarrollo de sus instituciones ha ampliado considerablemente sus ámbitos de intervención, a tal grado que hoy en día la mayoría de los países occidentales desarrollados y en vías de desarrollo cuenta con programas e instituciones orientados a mejorar el bienestar de la población.

A raíz de este desarrollo institucional, los gobiernos instrumentan un gran número de políticas de mantenimiento del ingreso y de bienestar social en general. Sin embargo, ante una esfera de intervención gubernamental tan amplia, es difícil definir cuales son los ámbitos exclusivos de la política social, es decir, distinguir a la política social de otro tipo de políticas públicas.

Cuando la gente se refiere a la política social, comunmente incluye en su definición algunos programas gubernamentales existentes en ciertos países y en determinados periodos históricos, por ejemplo las áreas de seguridad social (salud, mantenimiento del ingreso, pensiones, seguros de desempleo), educación, subsidios a la alimentación de ciertos estratos sociales y en ocasiones considera que las políticas de transporte público, de empleo o vivienda forman también parte de la política social. Por tanto,

estas clasificaciones son más bien convencionales, pero carecen de bases teóricas coherentes que permitan hacer comparaciones entre países y tiempos, ya que no todos los países cuentan con programas idénticos en una misma etapa de su desarrollo histórico.

Antes de abordar el problema de definir el ámbito de la política social, debemos conceptualizarla dentro de la definición más amplia de política pública --como lo sugieren Hill y Bramley.¹ Según Jenkins, una política pública es un "conjunto de decisiones interrelacionadas tomadas por actores o grupos políticos en una situación específica y referidas a la selección de fines y de los medios para conseguirlos; para tomar dichas decisiones, los actores involucrados deben poseer cierto poder"².

De la definición anterior sobresalen ciertos elementos importantes. En primer lugar política (policy) es sinónimo de decisión, pero no de cualquier tipo de decisión: se trata de decisiones interrelacionadas que no se presentan de manera aislada. Por otra parte la definición establece que son actores políticos quienes toman las decisiones, aun y cuando no se trate de políticos profesionales: es la naturaleza de las decisiones la que define el carácter político de dichos actores. Las políticas se refieren tanto a la selección de fines como de los medios y son contingentes, en tanto que dependen de situaciones específicas.

¹. Michael Hill y G. Bramley, Analysing Social Policy, Oxford, Blackwell Publishers, 1ª ed., 1986, 3ª reimpr., 1992.

². W. I. Jenkins, Policy Analysis: A Political and Organisational Perspective, London, Martin Robertson, 1978, cit. por Hill y Bramley, op. cit., p. 3.

Por último, esta definición se restringe a aquellos problemas cuya solución es factible desde el punto de vista práctico y sobre los que el Estado tiene autoridad.

Hill y Bramley proponen tres enfoques teóricos desde los que se puede clasificar a la política social:

- a) administración social
- b) economía del bienestar
- c) economía política

a) **Administración social.** Esta disciplina hace equivalente el concepto de política social con el de bienestar, el cual puede enmarcarse, según Weale³, en alguno de los siguientes grupos:

- 1) la distribución del control sobre los recursos, la cual se ve afectada por ciertas contingencias en la vida de los individuos (enfermedad, vejez).
- 2) algunas dimensiones del consumo con relevancia social (salud, educación, vivienda).
- 3) la capacidad individual de participar en la vida de la comunidad.

Quizá el representante más influyente dentro de la tradición de administración social es Richard Titmuss, quien afirma que "todos los servicios provistos de manera colectiva, son diseñados

³ Political Theory and Social Policy, London, Macmillan, 1983, cit. por Hill y Bramley, op. cit., p. 8.

deliberadamente para cubrir ciertas necesidades reconocidas socialmente; son manifestaciones, en primer lugar, de la voluntad de la sociedad de sobrevivir como un todo orgánico y, en segundo lugar, del deseo expreso de la gente de contribuir a la supervivencia de otras personas"⁴.

En suma, los criterios más importantes de esta disciplina para definir la política social son los de promover el bienestar de individuos y sociedad y compensar los efectos negativos que el sistema económico tiene sobre aquel; promover el cuidado de los grupos dependientes y redistribuir los recursos de acuerdo a criterios morales.

El énfasis puesto en el concepto de bienestar -- independientemente de que éste se conciba ya sea desde una óptica liberal, o bien desde un enfoque colectivista-- conduce a que en la definición de política social se incluyan los programas e instituciones del Estado benefactor, tales como los sistemas de seguridad social, los servicios y bienes públicos y todos los servicios provistos altruistamente.

b) **La Economía del bienestar.** Este enfoque identifica tres funciones que el Estado tiene que cumplir en una economía de mercado: asignación, distribución y estabilización.⁵

⁴. R. M. Titmuss, Essays on 'The Welfare State', 2ª ed., London, George Allen and Unwin, 1963, cit. por Hill y Bramley, op. cit., p. 7.

⁵. R. A. Musgrave and P. Musgrave, Public Finance in Theory and Practice, 3ª ed., New York, McGraw Hill, 1975, cit. por Hill y Bramley, op. cit., p. 9.

La función de la asignación de recursos está orientada al logro de la eficiencia y su mecanismo principal es el mercado. Se parte del teorema fundamental de que los mercados perfectamente competitivos generan asignaciones eficientes, en el sentido de Pareto. La intervención estatal se justifica cuando se presentan las siguientes fallas del mercado:

- 1) monopolio: situación de competencia imperfecta derivada de la existencia de un sólo oferente en el mercado;
- 2) retornos a escala crecientes: cuando los costos fijos son muy altos y se recuperan en un plazo muy largo;
- 3) incertidumbre sobre las contingencias futuras y en donde no es posible tomar decisiones racionales sin información perfecta;
- 4) externalidades: las acciones de un individuo afectan el bienestar de otro y crean así divergencias entre las condiciones de optimalidad privadas y sociales y
- 5) bienes públicos, de cuya provisión ningún individuo puede quedar excluido.

En cuanto a la función de distribución, los economistas no han llegado a establecer un consenso generalizado. Se parte del hecho de que puede haber un gran número de asignaciones eficientes que implican situaciones en las que los grupos e individuos alcanzan niveles de bienestar diferentes. Estas situaciones dependen de la dotación inicial de recursos de que disponen los agentes económicos y cualquier alteración de esos equilibrios traería consigo que

hubiera ganadores y perdedores. Es por ello que no hay acuerdo respecto a un principio normativo único que justifique la intervención gubernamental sobre las distribuciones originales mediante políticas redistributivas (imposiciones fiscales, subsidios, servicios sociales).

Por último, la función de estabilización --que es fundamentalmente materia de la política macroeconómica-- incide sobre variables sociales importantes, aunque no es en sí misma un área de la política social.

Así pues, las áreas de política social relevantes dentro de este enfoque pertenecen, principalmente, a las funciones de asignación y distribución de los recursos. En esta última se pueden incluir aquellas políticas orientadas a alterar la distribución original del ingreso y la riqueza de las personas, mediante redistribuciones monetarias o en forma de servicios sociales. Por su parte las intervenciones asignativas pueden incluir las siguientes áreas de política social:

- 1) seguros contra contingencias inciertas que crean dependencia (desempleo, enfermedad);
- 2) regulación de monopolios;
- 3) respuestas a cierto tipo de externalidades que afectan, negativamente, el bienestar de los individuos (por ejemplo la política ambiental);
- 4) "merit goods", en los que se justifican los juicios paternalistas de bienestar.

c) **La Economía política.** Esta tradición intelectual, sobre todo en su versión crítica marxista, está enfocada al análisis del desarrollo y crisis del Estado benefactor occidental, el cual se caracteriza --según Gough-- por el "uso del poder estatal para modificar la reproducción de la fuerza de trabajo y mantener a la población no trabajadora dentro de las sociedades capitalistas"⁶.

Al igual que O'Connor⁷, Gough establece tres funciones que el Estado benefactor desempeña en las sociedades capitalistas:

- 1) apoyar el proceso de acumulación directamente.
- 2) apoyar la reproducción de la fuerza laboral e, indirectamente, la acumulación del capital a largo plazo.
- 3) hacerse cargo de las tareas necesarias para asegurar la continuidad del sistema en su conjunto, incluyendo las de legitimación y control.

Las dos primeras categorías se refieren a la función de reproducción. Dentro de ellas entran las políticas destinadas a fomentar el ingreso de los trabajadores, mediante transferencias sociales; la regulación de la calidad de bienes públicos; el subsidio a los precios y a la oferta (por ejemplo vivienda) y la prestación de servicios que mejoran la productividad social (salud y educación).

⁶. Ian Gough, The Political Economy of the Welfare State, London, Macmillan, 1979, cit. por Hill y Bramley, op. cit., p. 14.

⁷. James O'Connor, The Fiscal Crisis of the State, New York, St. Martins Press, 1973.

La tercera categoría incluye aquellas funciones que aseguran el mantenimiento del sistema políticamente; éstas pueden englobarse en dos principales: la de legitimación --asegurar el consenso-- y la de control --evitar el disenso. El gasto social destinado a ciertos grupos no pertenecientes a la fuerza laboral (grupos marginados, minorías étnicas) es un ejemplo de política social definida bajo esta categoría.

2. La atención a la salud como área de la política social

La atención a la salud es una de las áreas más importantes de la política social actualmente. Su importancia radica en la enorme cantidad de recursos que el sector salud absorbe como proporción del PIB y en la percepción generalizada de que la salud es un derecho de todo individuo y que no puede ser obstaculizada por falta de recursos.

Desde cualquiera de los tres enfoques expuestos, es posible clasificar a la atención a la salud como un área propia de la política social. La enfermedad, por ejemplo, es una contingencia en la vida de los individuos que genera que éstos pierdan cierto control sobre sus recursos (principalmente su capacidad de incorporarse equitativamente al mercado de trabajo). Por tanto, desde el punto de vista del enfoque de Administración Social, la atención de la salud tiene relevancia social, pues está orientada a recuperar el bienestar de los individuos y, en esa medida, forma parte de la política social.

Desde el punto de vista de la Economía del Bienestar, la enfermedad es un evento incierto que da lugar a que los individuos sean incapaces de tomar decisiones óptimas. Por ello, sin la existencia de seguros contra este tipo de contingencias, el mercado no genera asignaciones eficientes. La política social cumple, en este caso, una función de asignación al establecer esquemas públicos de aseguramiento contra enfermedades, pero también realiza funciones de distribución de recursos entre grupos de individuos, al imponer contribuciones obligatorias a empresas y trabajadores para financiar esos seguros. Más adelante analizaré la utilidad de este tipo de financiamiento.

Por último, desde el punto de vista de la Economía Política, la política social de atención a la salud cumple con la función de reproducción del sistema capitalista, en la medida en que los servicios de salud provistos por el Estado están orientados a mejorar la productividad social y, así, garantizar la continuidad del sistema económico. En el Capítulo III mostraré que los sistemas de salud y seguridad social nacieron junto con el proceso de industrialización en México y América Latina como un instrumento para proteger a la clase trabajadora de los riesgos que el ciclo económico les impone, lo cual es congruente con los argumentos de la Economía Política.

3. Los objetivos

La mayoría de los países industrializados han fundado sus sistemas de atención a la salud en la idea de que los servicios deben alcanzar a todos los sectores de la sociedad, sin importar su nivel socioeconómico y su capacidad de pago. El principio de solidaridad es, pues, uno de los fundamentos éticos más importantes de los sistemas de seguridad social, en especial del ramo de atención médica, ya que éstos parten de la premisa de que los sanos deben ser financieramente corresponsables de la salud de los enfermos.

Puede afirmarse que el diseño de las políticas de atención a la salud buscan conciliar dos objetivos primordiales: equidad y eficiencia.

La equidad

El objetivo de equidad parte del supuesto de que toda sociedad puede definir un nivel mínimo de atención que deben disfrutar todos sus miembros. A ninguna persona puede negársele dicho nivel de atención por no poder pagarlo y ninguna persona debe empobrecerse por tener que pagarlo. Teóricamente, ese nivel mínimo de atención se establece suponiendo la existencia de una sociedad con individuos representativos, es decir con ingresos promedio; para este grupo de individuos el costo marginal de la atención debe igualar a los beneficios marginales⁸.

⁸ Alain C. Enthoven, Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance, Elsevier Science Publishers B.V., Amsterdam, 1988, p.2.

La equidad supone, además, solidaridad entre grupos de ingreso: los más autosuficientes tienen una obligación moral con los más necesitados. La existencia de subsidios cruzados tiene el propósito de proteger a todos los miembros de la sociedad contra gastos médicos asociados a una serie de riesgos. El concepto de seguridad social significa que la gente no debe pagar más si sus necesidades de atención real o esperada son mayores.

La equidad no debe confundirse, según Enthoven, con una situación de igualitarismo en el que todos tengan exactamente el mismo sistema y estilo de atención médica, pues ello deja de reconocer que los individuos difieren en prioridades y preferencias. El objetivo de equidad no debe, por tanto, cancelar la libertad de elección de las personas. En lugar de ello, la equidad requiere ser entendida como una situación de igualdad de oportunidades de atención entre los miembros de la sociedad⁹.

La eficiencia

Una asignación eficiente de servicios de atención a la salud es aquella que minimiza el costo social de la enfermedad. La eficiencia se consigue cuando el peso adicional gastado en salud produce a la sociedad el mismo valor que el peso adicional gastado en otras áreas valoradas socialmente, como educación, defensa o consumo personal (eficiencia asignativa)¹⁰. La eficiencia técnica, por su parte, consiste en minimizar el costo de producir un nivel

⁹ Ibid., p. 4.

¹⁰ Ibid., p. 11.

determinado de salud para una población dada. Desde este punto de vista, el criterio de eficiencia no pretende elevar la cantidad de atención (por ejemplo el número de consultas o el tiempo de estancia en hospitales), sino alcanzar una situación óptima de salud en los individuos.

Sin embargo, en el mercado de atención a la salud es difícil contar con indicadores precisos de eficiencia. Esto se debe a problemas de información sobre insumos, actividades y resultados y sobre las relaciones entre estas variables. Algunos autores¹¹ incluso sostienen que no hay acuerdo generalizado sobre una relación de causalidad perfecta entre tratamientos médicos y resultados en la salud de los individuos, por lo que es difícil saber cuál es el tratamiento óptimo. La estructura de incentivos en el sistema de atención a la salud --la cual describiré más adelante-- influye en estos problemas de información, ya que puede dar lugar a que los recursos no se utilicen óptimamente:

(...) there is not a simple linear relationship between health care inputs and outcomes, enhancements in the length and quality of life. Indeed the nature of the input-outcome relationship is largely unknown, with significant variations in clinical practices in all health care systems. The continuation of this ignorance is a product of poor incentive structures in which inefficiency may be encouraged rather than penalised.¹²

¹¹ Alan Maynard, "Developing the Health Care Market", The Economic Journal, Vol. 101, September 1991, p. 1278.

¹² Ibid., p. 1279.

La eficiencia en las políticas de atención a la salud no ha sido siempre un objetivo prioritario. En los sistemas europeos la política tuvo como objetivo inicial el logro de la equidad, es decir extender la protección y el acceso a la mayor parte de la población; lo mismo ocurrió --como se analizará más adelante-- en el caso mexicano. Varias circunstancias propiciaron este olvido.

En primer lugar, la tecnología médica no había alcanzado el desarrollo que actualmente tiene, por lo que las opciones de tratamiento no eran muchas. El paciente buscaba en el médico más atención que cura:

the physician has always fulfilled a "caring" as well as a curing function. People who are troubled, who are in pain, who are disabled, want to see someone. As much as a "cure", they want sympathy, reassurance, encouragement (...) Above all, they want someone who cares.¹³

En segundo lugar, los costos de la atención médica eran relativamente bajos en comparación con los niveles que hoy alcanzan como proporción del PIB. Sin embargo, estas situaciones son diferentes en la actualidad, pues el cambio tecnológico en el área de la salud ha ampliado considerablemente las opciones de tratamiento y su efectividad. Por otra parte, las diferencias en costo de cada tratamiento pueden ser muy grandes. Además, los costos del sector salud alcanzan hoy niveles muy altos como proporción del PIB.

¹³ V. Fuchs, Who shall live?, cit. por Enthoven, op. cit., pp. 19-20.

4. Las limitaciones del mercado

Los objetivos de eficiencia y equidad encuentran una serie de obstáculos en el mercado de atención a la salud. Como ya se señaló, desde el punto de vista de la equidad la atención médica debe estar a disposición de todos los que la necesitan, sin que sobre ellos recaiga una carga financiera excesiva. Sin embargo, el mercado de aseguramiento privado limita este objetivo en la medida en que los seguros tienden a excluir o a establecer primas muy elevadas a individuos de alto riesgo o con enfermedades preexistentes (selección de riesgos). La acción colectiva es capaz de suplir esta falla del mercado a través de mecanismos de seguridad social, los cuales distribuyen la carga financiera entre varias personas y, de esta forma, garantizan un acceso más equitativo al sistema. En otras palabras, si para un individuo resulta impredecible la necesidad de atender su salud, no lo es así para grandes grupos de personas¹⁴.

Otro problema importante que enfrenta el mercado de atención a la salud es el de la información asimétrica entre pacientes y médicos. El consumidor no tiene soberanía plena en este mercado, debido a que la complejidad de la tecnología médica y la poca frecuencia en el consumo de servicios médicos hacen que el consumidor sea ignorante para juzgar la diversas opciones de tratamiento. Por lo tanto, el médico tiene un poder monopólico que

¹⁴ OECD, The Reform of Health Care, Paris, 1992, p. 15.

le sirve para inducir la demanda de los pacientes; ello trae consigo problemas de eficiencia en la asignación¹⁵.

Tanto los esquemas de aseguramiento privados como los públicos enfrentan problemas que la regulación gubernamental está orientada a resolver. Uno de éstos es el sobreconsumo de los servicios, pues ni pacientes ni médicos tienen incentivos a economizar cuando hay una tercera parte sobre la que recae la carga financiera (riesgo moral). Esto puede llevar a que los costos en el sector salud crezcan a tasas muy elevadas y, por tanto, a problemas de eficiencia técnica. La introducción de mecanismos de costos compartidos (por ejemplo deducibles y coaseguros) es uno de los instrumentos para controlar ese crecimiento.

5. Los modelos de atención a la salud

La mayoría de los sistemas de atención a la salud están inspirados en tres esquemas generales de financiamiento y provisión de servicios: a) **servicio nacional de salud**, caracterizado por tener cobertura universal, financiarse por medio de un presupuesto global proveniente de impuestos generales y por la propiedad y control nacionales de los factores de producción de los servicios de salud; b) **seguro social**, inscrito dentro de los sistemas de seguridad social, financiado por contribuciones del empleador y del empleado o individuales y caracterizado por la propiedad pública o privada de los factores de producción y c) **seguro privado**, basado

¹⁵ Ibid., p. 15.

en la compra individual o empresarial de un seguro privado financiado por contribuciones individuales o de los empleadores y caracterizado por la propiedad privada de los factores de producción.

Evidentemente, ningún país ha adoptado de manera estricta y única alguno de estos paradigmas; en realidad lo que esta clasificación pretende mostrar es que entre los dos modelos extremos --el que privilegia a las instituciones gubernamentales en la prestación y financiamiento de los servicios de salud y el que favorece al mercado por encima de cualquier otro mecanismo de asignación-- hay una línea continua en la cual existen diversas mezclas "público/privadas" en los esquemas de atención a la salud¹⁶.

Desde esta perspectiva podría ubicarse, por ejemplo, al sistema de salud de Estados Unidos en uno de los extremos de esta línea continua --aquel que maximiza el papel del mercado--, puesto que la provisión y financiamiento de los servicios de salud son predominantemente privados, sin negar la existencia de programas gubernamentales orientados hacia la población de bajos ingresos (Medicare) y mayor de 65 años (Medicaid). De igual forma, en el otro extremo podría ubicarse al sistema nacional de salud del Reino Unido, el cual es administrado y financiado casi en su totalidad por el gobierno.

Por otra parte, el análisis comparativo de los diversos sistemas de salud parece mostrar que éstos se acercan cada vez más

¹⁶ Laurene A, Graig, Health of Nations, Congressional Quarterly Inc. Washington D.C., 1993, p. 4.

unos a otros; es decir, los sistemas de salud --sobre todo los europeos y norteamericanos-- convergen hoy en día en un punto en que la mezcla "público/privada" es más equilibrada: los sistemas encabezados predominantemente por el sector público han comenzado a incorporar elementos del sector privado, mientras que en aquellos fundados en principios de libre mercado la regulación gubernamental empieza a adquirir mayor importancia¹⁷. Por supuesto, esto no significa que las diferencias entre cada sistema estén desapareciendo, sino que actualmente hay un proceso de reforma en los sistemas de atención a la salud que permite que ambos sectores (privado y público) participen en el financiamiento y la provisión de los servicios de manera más equilibrada.

Los esquemas anteriormente descritos no permiten analizar con detalle las diferentes mezclas público/privadas en los sistemas de atención a la salud, por lo cual mencionaré siete modelos alternativos, contruidos a partir de ciertos elementos que son comunes a todos los sistemas¹⁸.

En primer lugar, hay cinco actores principales que interactúan en el sistema: 1) el consumidor/paciente; 2) los proveedores de primer nivel (la práctica general); 3) los proveedores de segundo nivel (hospitales y medicina de alta especialización); 4) las empresas aseguradoras y 5) el gobierno en su capacidad de regulador del sistema.

¹⁷ Ibid., p. 6.

¹⁸ Estos modelos están tomados de OECD, op. cit., pp. 20-28.

En segundo lugar, el financiamiento de los sistemas de atención puede ser de dos tipos: voluntario (privado) y obligatorio (público). Finalmente, existen cuatro métodos de pago a los proveedores de los servicios: a) directamente del bolsillo de los consumidores, sin la presencia de aseguramiento; b) directamente de los consumidores, a quienes el seguro les reembolsa el pago; c) indirectamente de terceras partes (generalmente las aseguradoras), quienes establecen contratos con los proveedores; d) indirectamente de terceras partes, mediante presupuestos y salarios dentro de una organización integrada.

De la combinación de estas formas de financiamiento y pago se derivan siete modelos diferentes de organización:

- a) voluntario sin aseguramiento;
- b) voluntario con reembolso a pacientes;
- c) reembolso público;
- d) contrato voluntario;
- e) contrato público;
- f) voluntario integrado;
- g) público integrado.

Se excluye al modelo que combina financiamiento obligatorio con pago directo, pues es poco común.

A continuación se describe cada modelo a partir de las interacciones que se llevan a cabo entre los agentes y se señalan algunas hipótesis sobre el desempeño de cada uno sobre los objetivos generales de equidad y eficiencia.

a) Modelo voluntario sin aseguramiento

En este modelo --el más simple de los siete-- sólo intervienen tres agentes: el consumidor/paciente y los proveedores de primer y segundo niveles de atención. El consumidor recibe servicios de los proveedores, quienes compiten en el mercado, a cambio de su pago directo. El consumidor es, por tanto, quien guía la competencia en el mercado de atención a la salud.

Este modelo no es congruente con los objetivos de acceso equitativo, pues dicho acceso depende de la capacidad de pago de los consumidores y los gastos en salud están sujetos a la ocurrencia de eventos inesperados, lo que puede generar que sobre los individuos recaigan cargas financieras excesivas.

A pesar de que el consumidor valora el costo de los servicios y puede elegir libremente a sus proveedores, no es plenamente soberano de sus decisiones, debido a asimetrías de información entre él y su médico.

En general, este modelo desempeña sólo una función de apoyo en varios países, es decir que no es el predominante.

b) Modelo voluntario con reembolso a pacientes

Este modelo incorpora a las empresas aseguradoras privadas como un nuevo actor. Los consumidores establecen contratos voluntariamente con las empresas aseguradoras, las cuales fijan sus primas en función del riesgo de los consumidores (que son pacientes potenciales). Cuando los consumidores se enfrentan a la contingencia de caer enfermos, reciben servicios de los proveedores

de primer y segundo niveles que compiten en el mercado de servicios de salud, a cambio del pago de honorarios. Las empresas aseguradoras, quienes por su parte compiten en el mercado de seguros médicos, reembolsan a los consumidores sus gastos en atención médica. No hay conexión alguna entre aseguradoras y proveedores.

Aunque el aseguramiento depende de la capacidad de pago de los consumidores, este modelo supera al anterior en el cumplimiento del objetivo de equidad, ya que existe un fondo financiero que permite que los consumidores no se descapitalicen ante la contingencia de enfermarse.

Debido a que el pago de los gastos médicos es reembolsado por las empresas aseguradoras, los consumidores no tienen incentivos a limitar su demanda, es decir que no valoran plenamente los costos de la atención médica. Por esta misma razón, los proveedores tienen incentivos a inducir dicha demanda, elevando en consecuencia los costos del sistema en su conjunto. El sobreconsumo de los servicios es, por tanto, resultado del problema de riesgo moral (moral hazard). Con el fin de evitar este sobreconsumo, las aseguradoras establecen mecanismos para que tanto ellas como los consumidores compartan el costo de los servicios (por ejemplo a través de deducibles y coaseguros).

c) Modelo de reembolso público

El sistema opera igual que en los dos modelos anteriores, pero ahora el aseguramiento es obligatorio y la institución aseguradora

--generalmente gubernamental-- no compite en el mercado de seguros. Las instituciones aseguradoras reembolsan a las personas sus gastos en servicios de salud y se financian mediante contribuciones basadas en el ingreso de éstas. Las aportaciones obligatorias a este fondo público pueden provenir tanto de cuotas a la nómina -- éste es el caso de los seguros sociales-- como de impuestos generales. Tampoco hay relación entre el asegurador público y los proveedores. Con el fin de preservar el principio de solidaridad, hay subsidios cruzados entre las fuentes de financiamiento.

Este modelo garantiza mayor equidad en el acceso a los servicios de salud, aunque el costo que las personas tienen que pagar es contribuir obligatoriamente al financiamiento del sistema. Sin embargo, no resuelve por sí mismo los problemas de sobreconsumo y de demanda inducida por los proveedores, pero se pueden utilizar deducibles y coaseguros para limitar la demanda de los servicios.

d) Modelo de aseguramiento voluntario con contratos entre aseguradoras y proveedores

Este modelo contempla el establecimiento de contratos entre las empresas aseguradoras y los proveedores de los servicios de salud. Tanto las aseguradoras como los proveedores compiten en el mercado, pero los pacientes no desembolsan nada por los servicios de salud que reciben de médicos y hospitales, ya que las empresas aseguradas cubren el costo de los servicios de los proveedores mediante pago por honorarios o por número de pacientes atendidos.

Las empresas aseguradas pueden estar bajo el control de diversos agentes, ya sean asociaciones de consumidores, organizaciones de médicos, hospitales o empresas privadas.

En este modelo la competencia entre los proveedores es guiada por las empresas aseguradoras, más que por los consumidores, ya que son las primeras quienes efectúan los contratos de los servicios. Por tanto, puede afirmarse que la elección de los consumidores se restringe a los proveedores contratados por las empresas aseguradoras, aunque éstas tienen incentivos y medios para negociar servicios de bajo costo y alta calidad.

Por ser su financiamiento voluntario, el modelo tiene problemas para lograr equidad en el acceso.

e) Modelo de contrato público

El modelo supone servicios otorgados en especie a una población elegible, la cual aporta cuotas obligatorias a un fondo público que no compite en el mercado de seguros. Este fondo público contrata con proveedores de servicios de salud --quienes sí compiten en el mercado-- y les paga por honorarios o por número de pacientes atendidos. Los proveedores de los servicios --en especial los hospitales-- pueden ser privados o públicos, pero con autonomía para competir en el mercado.

El modelo respeta la libertad de elección de los consumidores, aunque la restringe en la medida en que contrata sólo con un número limitado de proveedores. No hay, sin embargo, elección entre opciones de aseguramiento.

El modelo puede fomentar la eficiencia, debido a que los consumidores guían la competencia entre los proveedores en búsqueda de mayores niveles de calidad de los servicios y a que el contrato entre el fondo público y los proveedores puede establecer también regulaciones a la calidad.

Por último, las contribuciones obligatorias garantizan una cobertura más amplia y, por tanto, mayor equidad en el acceso a los servicios de salud.

f) Modelo voluntario integrado

Un desarrollo reciente en los mercados privados europeos de atención a la salud ha sido la idea de que los grupos de consumidores y las empresas aseguradoras empleen médicos y tengan la propiedad de los hospitales. Algunas organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) en Estados Unidos están inspiradas en este modelo.

Los servicios se otorgan en especie a los pacientes, las empresas aseguradoras compiten, pero hay una integración vertical entre éstas y los proveedores, basada en el pago de salarios a los médicos y asignaciones presupuestales a los hospitales. Los consumidores eligen libremente a la empresa aseguradora y, en consecuencia, a los proveedores de los servicios.

Debido a que las empresas aseguradoras compiten en el mercado, el modelo fomenta la eficiencia. Por otra parte, la integración vertical entre aseguradoras y proveedores puede dar lugar a mayores ahorros.

Sin embargo, una vez más, el modelo descansa en la capacidad de pago de los consumidores, por lo cual la equidad en el acceso a los servicios de salud no está garantizada.

g) Modelo público integrado

La versión pública del modelo anterior ha sido adoptada en varios sistemas de contribución obligatoria. Los servicios se otorgan en especie a los pacientes; el aseguramiento proviene de fondos públicos, generalmente administrados por el gobierno central o local y financiados por contribuciones obligatorias --en ocasiones impuestos generales. El pago a proveedores se realiza mediante salarios y asignaciones presupuestales. El gobierno es, por tanto, el asegurador y el proveedor principal, lo cual restringe la elección del consumidor en ambos sentidos.

Los proveedores no tienen grandes estímulos a ser eficientes, pues en general no reciben mayores ingresos por ello. Los tiempos de espera de los pacientes son largos y los proveedores no tienen incentivos a minimizar sus costos unitarios, pues si en un año reducen sus gastos, al siguiente se les reducen sus asignaciones presupuestales.

Sin embargo, para el gobierno es relativamente fácil controlar el gasto total en salud, garantizar cobertura universal y un adecuado nivel de equidad.

Hipótesis generales sobre el desempeño de cada modelo

Los modelos voluntarios tienen problemas para cumplir objetivos distributivos, debido a que la cobertura se ve limitada por la selección de riesgos hecha por los seguros privados. Por su parte, los modelos de reembolso tienen problemas para conseguir objetivos de contención de costos, debido a que generan problemas de riesgo moral que llevan al sobreconsumo de servicios. El modelo público integrado no es claro que sea capaz de conseguir objetivos de eficiencia asignativa, debido a su esquema de incentivos: en primer lugar, al ser el gobierno el principal asegurador y proveedor de servicios, la elección de los consumidores resulta muy restringida y, por tanto, los proveedores no tienen estímulos suficientes a mejorar la calidad de sus servicios; en segundo lugar, puesto que el sistema de presupuestación opera en función del gasto reciente, no se premia el ahorro por parte de los hospitales y se originan problemas de crecimiento en costos. El modelo de contrato público parece tener las mayores ventajas. Sin embargo, ningún modelo es capaz, por sí mismo, de cumplir con los objetivos de mejoramiento del nivel de salud.

6. La regulación gubernamental

Los sistemas de atención a la salud enfrentan una serie de problemas que la regulación gubernamental está orientada a resolver. Algunos de ellos son el rápido crecimiento del gasto en salud, la existencia de servicios innecesarios, la falta de

responsabilidad de los proveedores; los grandes tiempos de espera, las amplias e inexplicables variaciones entre actividades y costos unitarios, la falta de coordinación entre proveedores y las inequidades en el acceso y pago en los servicios de salud¹⁹.

La regulación puede dividirse en dos tipos²⁰:

- a) orientada a promover mercados competitivos ("competencia regulada", denominada así por Enthoven); y
- b) de control centralizado (mediante presupuestos globales).

La competencia regulada busca ampliar la elección de los consumidores, mejorar la autonomía de aseguradores y proveedores, conseguir un adecuado equilibrio de poder entre ellos y dar incentivos para que cada agente consuma, financie o provea servicios de salud en una forma costo-efectiva. Permite que los recursos se asignen descentralizadamente a proveedores privados, y el gobierno establece previamente determinadas reglas y objetivos que los proveedores deben cumplir. Este tipo de regulación se aplica en sistemas de atención en donde hay una separación efectiva entre sus distintos componentes, es decir, excluye a los modelos integrados en los cuales hay integración vertical entre aseguradores y proveedores.

El segundo tipo de regulación supone una sustitución parcial del mercado por la intervención gubernamental, la cual se realiza

¹⁹ OECD, op.cit, p. 16.

²⁰ Ibid., p. 28.

en forma centralizada mediante políticas de aseguramiento, regulación de primas, control de la cantidad, calidad y precio de los servicios, fijación de salarios y elaboración de planes y programas. Los sistemas integrados se caracterizan por descansar, en mayor o menor medida, en la regulación por presupuestos globales.

7. Conclusión

Este capítulo ha tenido el propósito de ubicar a la política de atención a la salud dentro del concepto más amplio de política social, partiendo de tres enfoque principales: administración social, economía del bienestar y economía política. Cada uno de estos enfoques parte de supuestos distintos para clasificar a las áreas de la política social; sin embargo, la atención a la salud parece tener características que le permiten ser considerada como tal, desde cualquiera de esos enfoques.

Una vez conceptualizada, puede afirmarse que la política de atención a la salud ha tratado de conciliar dos grandes objetivos: la equidad y la eficiencia. Por razones derivadas del desarrollo histórico del Estado benefactor, la atención a la salud se ha convertido en un derecho social, el cual no puede --y en esto parece haber cierto acuerdo-- ser obstaculizado por carencia de recursos. El objetivo de equidad busca, por tanto, alcanzar un nivel mínimo de servicios para cualquier persona, independientemente de su situación socio-económica. Sin embargo,

el sólo énfasis en la cuestión de la equidad puede perder de vista que los recursos del sistema de atención a la salud son escasos y que es necesario procurar la eficiencia en su asignación. Es así que la eficiencia entra a formar parte de los objetivos generales de la política. El mercado, como mecanismo de asignación, muestra una serie de limitaciones para cumplir con los objetivos de equidad y eficiencia, ante lo cual la acción colectiva adquiere justificación.

Por lo anterior, el capítulo expuso un conjunto de modelos de organización de la atención de la salud, con el propósito de analizar en qué medida cada uno de éstos cumple con los objetivos planteados. La descripción de los modelos permite analizar con cierto detalle las articulaciones entre los distintos agentes que intervienen en el sistema y examinar cómo puede llevarse a cabo la mezcla público/privada en el financiamiento y prestación de los servicios. Más adelante, los modelos ayudarán a conceptualizar al sistema de atención a la salud en México, en particular al de la seguridad social, con el fin de estudiar sus mecanismos de financiamiento, provisión de servicios y regulación interna.

Sin embargo, los conceptos y tipologías expuestos en este capítulo no permiten establecer juicio alguno sobre la organización actual y los procesos de reforma de los sistemas de atención a la salud, ya que no consideran los factores que han propiciado su transformación. El siguiente capítulo trata de llenar este vacío, analizando el contexto a partir del cual los países desarrollados instrumentaron reformas a sus sistemas. Por otra parte, examina el

proceso de transformación del Sistema Nacional de Salud en Reino Unido, haciendo referencia a los modelos de contrato público y público integrado descritos en esta parte de la investigación.

II. LA REFORMA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS

1. Los costos de la atención médica

En los últimos años, los sistemas de atención a la salud en países desarrollados han experimentado una serie de transformaciones en sus formas de organización, financiamiento y regulación, las cuales han tratado de responder, principalmente, al problema de crecimiento de los costos de la atención médica.

Durante el periodo 1960-1992, el gasto en atención a la salud como porcentaje del PIB prácticamente se duplicó en los países integrantes de la OCDE, tal y como lo muestra la Tabla II.1 para algunos de éstos.

El crecimiento de los costos coincidió con la rápida expansión de los servicios hospitalarios, sobre todo en la década de 1970. Durante ese periodo, el sector hospitalario parece ser el componente más influyente de la estructura de costos de los sistemas de atención a la salud en estos países¹.

Una combinación compleja de factores ha contribuido al problema de crecimiento en costos. El envejecimiento de la población de los países desarrollados es una de las causas que ha originado este fenómeno, ya que según la OCDE, las personas mayores de 65 años consumen, en promedio, cuatro veces más servicios de

¹ OECD, Health Care Reform. Controlling Spending and Increasing Efficiency, Paris, 1994, p. 8.

salud que las que están por debajo de esa edad. Aunque el crecimiento de la población de esa edad es diferente entre países, se espera que en los próximos 30 años haya uniformidad en dichas tasas de crecimiento.

TABLA II.1
GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB

	1960	1970	1975	1980	1985	1990	1992
Bélgica	3.4	4.1	5.9	6.6	7.4	7.6	8.2
Francia	4.2	5.8	7.0	7.6	8.5	8.9	9.4
Alemania	4.8	5.9	8.1	8.4	8.7	8.3	8.7
Italia	3.6	5.2	6.1	6.9	7.0	8.1	8.5
Holanda	3.9	6.0	7.6	8.0	8.0	8.2	8.6
España	1.5	3.7	4.9	5.6	5.7	6.6	7.0
Reino Unido	3.9	4.5	5.5	5.8	6.0	6.2	7.1
Japón	3.0	4.6	5.6	6.6	6.5	6.6	6.9
Canadá	5.5	7.1	7.2	7.4	8.5	9.4	10.2
Estados Unidos	5.3	7.4	8.4	9.2	10.5	12.4	14.0
México	0.4	3.5	n.d	4.1	n.d	3.0	4.8

Fuente: OECD, Health Care Reform. Controlling Spending and Increasing Efficiency, Paris, 1994. La cifra para México en 1992 es una estimación de la Fundación Mexicana Para la Salud, a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) de 1992. Sin embargo, para años anteriores no se considera el gasto privado en salud, por lo que sólo se incluyen los gastos de la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE (en INEGI, Estadísticas Históricas de México).

En segundo lugar, el gasto en salud se explica por el incremento en el ingreso de las personas. Sin embargo, debido a que el gobierno interviene en el mercado de atención a la salud mediante asignaciones presupuestales y a la existencia de fondos financieros de seguridad social, es difícil estimar con exactitud

la relación entre el ingreso de las personas y sus decisiones individuales de consumo en servicios de salud².

Otro factor que ha motivado el crecimiento de los costos en salud es la expansión --con excepción de Estados Unidos-- de la cobertura de la seguridad social en los países desarrollados, durante los últimos 30 años (Tabla II.2).

TABLA II.2
COBERTURA DE PROGRAMAS PÚBLICOS DE ASEGURAMIENTO
(Como porcentaje de la población total)

	1960	1970	1980	1990
Japón	88.0	100.0	100.0	100.0
Alemania	85.0	88.0	91.0	92.2
Francia	76.3	95.7	99.3	99.5
Italia	87.0	93.0	100.0	100.0
Reino Unido	100.0	100.0	100.0	100.0
Canadá	68.0	100.0	100.0	100.0
México	n.d.	25.6	45.2	59.1

Fuente: OECD, Health Care Reform. Controlling Spending and Increasing Efficiency, Paris, 1994. Las cifras para México están tomadas de las Estadísticas Históricas de INEGI.

Por último, varios elementos del "lado de la oferta" explican el fenómeno de crecimiento en costos. En primer término, el cambio tecnológico es una variable que no puede perderse de vista, ya que la creciente aparición de tratamientos impone a los sistemas de

² El consumidor no enfrenta el costo marginal de los servicios de salud provistos públicamente, ya que los fondos de financiamiento se constituyen mediante aportaciones obligatorias. Por tanto, es difícil establecer una relación de dependencia entre el ingreso de las personas y su gasto en salud (Ibid., pp. 10-11).

salud presiones financieras que antes no existían³. En segundo lugar, la sobreoferta de instalaciones hospitalarias y de médicos han presionado al aumento en costos. Durante las décadas del sesenta y setenta, los hospitales se expandieron considerablemente, debido al aumento en la demanda por servicios de salud y a la expectativa de que en el futuro esa tendencia continuaría. Sin embargo, a finales de la década de 1970 se presentó una evidente sobreoferta de médicos e instalaciones hospitalarias, originada por la caída en la tasa de natalidad y el desarrollo de tecnologías médicas que permiten que la estancia en hospitales sea más corta. La ampliación de esta oferta ha dado lugar a un crecimiento del gasto en salud, lo cual es reflejo del fenómeno de demanda inducida por los proveedores de los servicios, anteriormente analizado⁴.

En suma, el problema de crecimiento en costos de los servicios de salud en países desarrollados se deriva de los siguientes factores:

³ Sin embargo, la evaluación de la tecnología en el área médica es compleja, pues si bien el desarrollo tecnológico puede promover ahorros importantes para cierto tipo de padecimientos, también es cierto que la innovación resulta muy costosa para otras enfermedades, sobre todo las crónico-degenerativas (ver Weisbrod, "Health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care and cost containment", cit. por OECD, op.cit., pp. 12-13).

⁴ En presencia de aseguramiento, los médicos pueden inducir a los paciente a consumir más tratamientos que los estrictamente necesarios, ya que ninguno tiene incentivos a limitar su demanda.

- 1) la expansión de mecanismos de financiamiento "tripartita", es decir de planes privados y públicos de aseguramiento y de programas gubernamentales de atención a la salud;
- 2) el crecimiento de la población mayor de 65 años, pues ésta gasta más tiempo en hospitales, visita a los doctores con mayor frecuencia y compra más medicamentos que el resto de la población;
- 3) los avances en la tecnología médica;
- 4) la expansión de instalaciones hospitalarias desde los años sesenta hasta los setenta.

Sin embargo, a pesar del creciente gasto en salud y de la continua expansión de la cobertura de los programas públicos, no hay un acuerdo generalizado sobre los efectos que ambos fenómenos tienen en la salud de la gente. Wildavsky lo plantea de la siguiente forma:

If the question is, "Does health increase with government expenditure or medicine?" the answer is likely to be "No". Just alter the question: "Has access to medicine been improved by government programs?" and the answer is most certainly with a little qualification, "Yes"⁵.

2. La necesidad de la reforma

Ante el problema de crecimiento en costos, los países desarrollados han buscado formas de reorganizar sus instituciones

⁵ Aaron Wildavsky, Speaking Truth to Power, Boston, Little Brown, 1979, p. 286, cit. por Diana M. Dinitto and T. Dye, Social Welfare. Politics and Public Policy, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, second edition, 1987, p. 220.

de atención a la salud con el fin de promover la eficiencia en el uso de los recursos públicos y, así, disminuir el gasto en salud como porcentaje del producto, sin menoscabo del objetivo de equidad. Es necesario señalar que las reformas promovidas por los gobiernos durante la década de los ochenta no sólo tuvieron el propósito de reducir costos, sino de plantear soluciones a la percepción generalizada de que la calidad de la atención estaba disminuyendo.

Los objetivos de las reformas fueron lograr mayor equidad y protección del ingreso de las personas, conseguir un nivel mayor de eficiencia macroeconómica --es decir reducir el gasto en salud como proporción del PIB-- y microeconómica --es decir maximizar el valor de los servicios de salud, dados ciertos recursos limitados--, dar al consumidor mayor libertad de elección y otorgar a los proveedores de los servicios mayor autonomía de decisión.

Los sistemas de atención predominantes en los países desarrollados descansan, en mayor o menor medida, en tres de los modelos ya descritos: reembolso público, contrato público y público integrado. La mayoría de los países cuenta con esquemas obligatorios de financiamiento, aunque ninguno ha cancelado la existencia de mecanismos privados de provisión y aseguramiento. La Tabla II.3 muestra los rasgos más sobresalientes en la organización de distintos sistemas de atención, ya que no es propósito de esta investigación abundar con detalle en cada uno de ellos.

Es interesante analizar el caso británico por su similitud con el sistema mexicano de atención médica y hospitalaria. Como se

verá a continuación, el sistema en Reino Unido se organizaba como un modelo de tipo público integrado, con integración vertical entre el gobierno --el principal asegurador-- y los hospitales (los médicos no eran propiamente trabajadores asalariados, como ese modelo en general establece). A partir de sus reformas, el sistema evolucionó hacia un modelo de contrato público, el cual supone autonomía de los proveedores y una relación contractual entre éstos y la institución aseguradora.

TABLA II.3
RESUMEN DE ESQUEMAS INTERNACIONALES DE ORGANIZACIÓN EN SALUD

	Alemania	Holanda	Japón	Canadá	Reino Unido	Estados Unidos
Financiamiento	Cargos a la nómina y aportaciones del gobierno	Cargos bipartitas a la nómina	Cargos a la nómina	Impuestos al ingreso personal, a ventas y corporativos	Impuestos generales	Cargos a la nómina y aportaciones patronales
Presupuesto	Competencia Regulada	Competencia regulada	Competencia regulada	Presupuestos globales	Presupuestos globales	Competencia
Hospitales	Organismos independientes y no lucrativos con coaseguro y costo de capital pagado por el gobierno	Organismos no lucrativos, financiados por cuotas de pacientes. Oferta regulada	Privados en su mayoría, no lucrativos	Organismos independientes y no lucrativos	Controlados por autoridades distritales	No regulados.
Médicos	Empleados de hospitales e independientes, organizados en asociaciones privadas. Cuota por servicio para médicos independientes y sujetos a presupuesto regional	Ejercicio independiente, financiamiento por reembolso. Médicos generales cobran cuota fija por servicio o por persona. Regulación a la oferta de médicos	Ejercicio independiente con cuotas por servicio, o asalariados en hospitales	Ejercicio independiente, sujetos a control presupuestal, y restricciones a la oferta del servicio médico que opera dentro del plan	Especialistas pueden ejercer independientemente. Ingresos: salario base, pago por paciente atendido y pago por servicios específicos. Ejercicio de la profesión controlado	Ejercicio independiente y pueden participar en redes de proveedores
Seguros privados	Opcionales para personas con altos ingresos.	Opcionales para personas con altos ingresos.	Utilizados por grandes compañías		Opción con cobertura limitada y sirven a 12% de la población	Opcionales y las aseguradoras privadas pueden participar en las redes de proveedores

Fuentes: Laurene A. Graig, Health of Nations, Congressional Quarterly Inc. Washington D.C., 1993; OECD, The Reform of Health Care, Paris, 1992; y OECD, Health Care Reform. Controlling Spending and Increasing Efficiency, Paris, 1994.

3. ¿Por qué estudiar el caso británico?

Para los propósitos de esta investigación, considero interesante analizar al sistema de atención a la salud de Reino Unido, antes y después de sus reformas. En primer lugar, creo que la referencia es útil porque el tipo de organización actual del seguro médico del IMSS es muy similar a la estructura que imperaba en Reino Unido hasta antes de 1991. El Sistema Nacional de Salud británico se financiaba mediante contribuciones obligatorias (principalmente de impuestos generales) y el gobierno era el principal asegurador y proveedor de servicios (el pago de médicos generales y hospitales provenía del presupuesto); tomando como referencia los modelos descritos en el primer capítulo, es posible caracterizar al sistema británico de atención a la salud anterior a las reformas como un modelo público integrado en el cual hay una integración vertical entre el fondo público de aseguramiento (el gobierno) y los proveedores de los servicios. El seguro médico del IMSS --como se demostrará más adelante-- está estructurado de manera análoga, ya que el IMSS es asegurador y proveedor de servicios médicos y hospitalarios, su financiamiento proviene de cuotas obligatorias tripartitas (de empleados, patrones y Estado) y tanto médicos como hospitales reciben su pago del presupuesto del IMSS, institución a la cual además pertenecen.

En segundo lugar, los problemas resultantes de este tipo de organización integrada y centralizada son comunes a ambos países, sobre todo la insatisfacción de los usuarios en relación a la calidad de los servicios, derivada de la falta de estímulos

adecuados al desempeño de los proveedores, los largos tiempos de espera para recibir ciertos procedimientos quirúrgicos y el desfinanciamiento de algunas unidades operativas. En el siguiente capítulo se describirán los problemas más comunes que se presentan en el seguro médico del IMSS.

En tercer lugar, considero que es posible derivar algunas ideas importantes del proceso de reforma al Sistema Nacional de Salud de Reino Unido, con el fin de incorporarlas a la discusión actual sobre la necesidad de transformar al sistema de atención a la salud en nuestro país, sobre todo si se pretende darle mayor flexibilidad. La idea central de la evolución del sistema británico de un modelo público integrado hacia uno de contrato público consiste en que el gobierno tuvo que transformar el esquema de incentivos de los participantes, otorgándoles mayor autonomía sobre los recursos públicos y estableciendo regulaciones para crear competencia entre proveedores. Estas medidas tuvieron el doble propósito de promover mayor conciencia sobre los costos de la atención y fincar mejor las responsabilidades entre cada uno de los componentes del sistema. La experiencia británica puede enriquecer el debate entre quienes proponen cambios en el sistema de atención en México, tomando en cuenta la importancia de cambiar los incentivos de los actores.

Finalmente, aunque es prematuro evaluar con precisión los resultados de la reforma al sistema de atención a la salud en Reino Unido, hay datos que muestran mejorías en aspectos muy relevantes de la problemática que dio origen a sus reformas. Puesto que esa

problemática es común a los sistemas británico y mexicano, los resultados del primero deben tomarse en cuenta para evaluar las ventajas que traería al seguro médico del IMSS una reforma inspirada en el proceso británico.

4. El Sistema Nacional de Salud en Reino Unido antes de la reforma

Principios y estructura

El sistema de atención a la salud en Reino Unido es uno de los más centralizados del mundo, tanto en sus formas de gestión como de financiamiento. Por el control centralizado sobre la oferta de servicios por medio de asignaciones presupuestales, el sistema británico puede clasificarse como un modelo público integrado. En 1990, el gasto en salud representaba 6.2% del PIB, lo cual es relativamente bajo en comparación con otros países desarrollados (ver Tabla II.1). A pesar de las diferencias del gasto en salud en Reino Unido y Estados Unidos, las cifras de mortalidad infantil y de esperanza de vida son similares.

El Sistema Nacional de Salud británico (NHS, por sus siglas en inglés) se estableció formalmente en 1948, bajo el gobierno del Partido Laborista. Los cuatro principios que rigen al sistema⁶ postulan que los servicios de salud deben ser:

⁶ Laurene A, Graig, Health of Nations, Congressional Quarterly Inc. Washington D.C., 1993, p. 151.

- 1) universales;
- 2) comprensivos;
- 3) gratuitos para los pacientes y
- 4) financiados mediante impuestos generales.

El sistema está integrado por tres componentes: atención hospitalaria, atención primaria y servicios comunitarios de atención a largo plazo. La atención hospitalaria está bajo la responsabilidad de 12 Autoridades Regionales de Salud (RHA), cada una de las cuales se divide, aproximadamente, en 15 Autoridades Distritales de Salud (DHA). Cada una de estas últimas es responsable de cuatro o cinco hospitales.

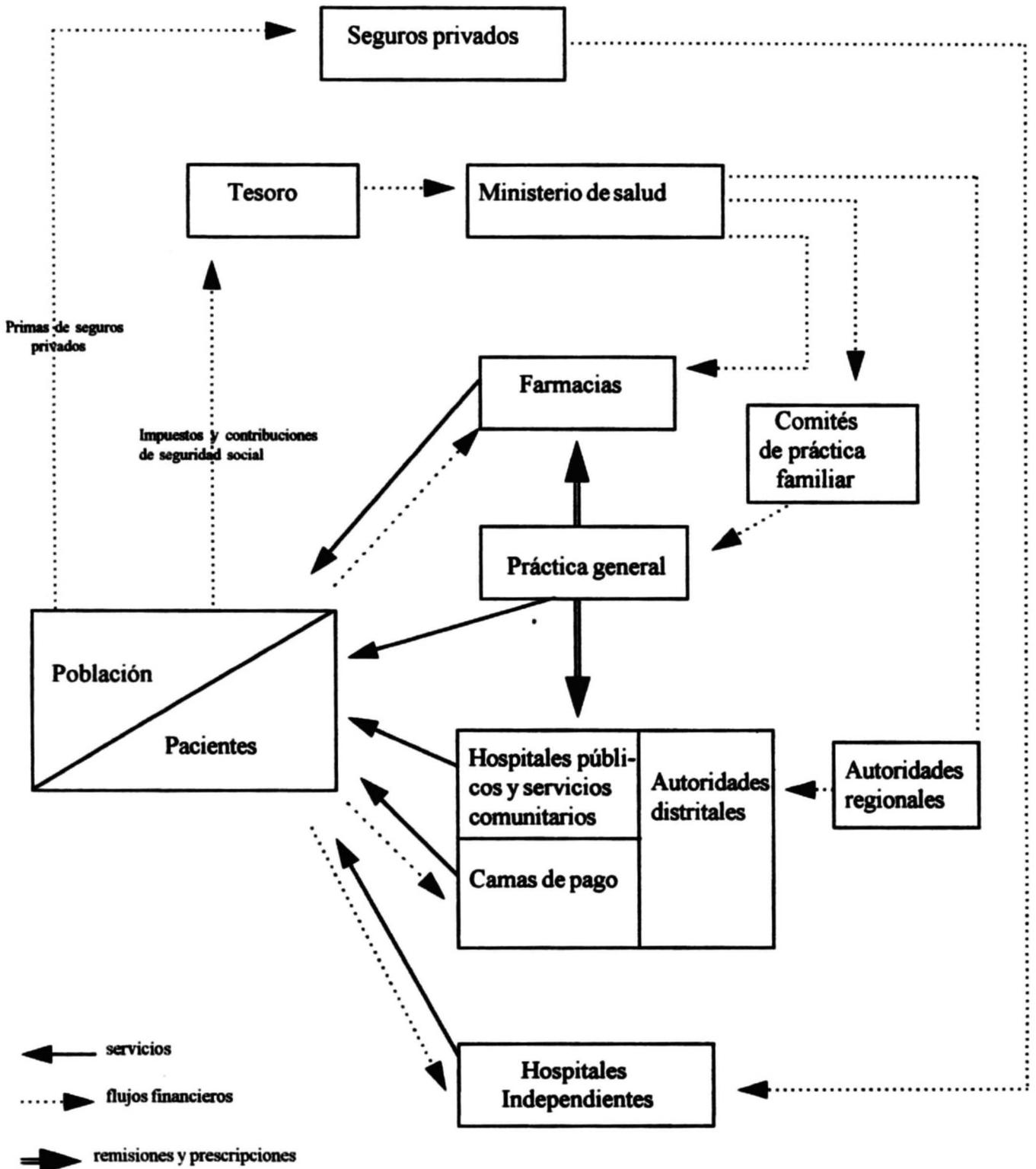
La atención primaria, por su parte, es provista por la práctica general (médicos generales, dentistas, farmacias, oftalmólogos) y administrada por Comités de Práctica Familiar, los cuales reciben fondos directamente del Ministerio de Salud.

Finalmente, la categoría de servicios comunitarios de atención a largo plazo es provista por los gobiernos locales; estos servicios incluyen, principalmente, cuidado para ancianos en asilos. La Figura II.1 describe, a grandes rasgos, la organización del sistema antes de sus reformas.

Relación entre pacientes y proveedores

El médico general es el primer punto de contacto del paciente con el sistema en su conjunto. En el nivel de atención primaria cada ciudadano está adscrito a un médico general y las consultas

FIGURA II.1
ORGANIZACION DEL SISTEMA NACIONAL DE
SALUD EN REINO UNIDO ANTES DE LAS REFORMAS



son gratuitas para los pacientes, quienes además tienen libertad para cambiar de médico general.

El médico general transfiere al paciente al segundo nivel de atención, es decir el hospitalario y de medicina especializada. Excepto en casos de emergencia, los pacientes generalmente tienen que esperar algunas semanas --incluso hasta meses-- para ser examinados por el especialista e internados en hospitales⁷. Los servicios de atención hospitalaria son también gratuitos para los pacientes.

Financiamiento

El sistema se financia principalmente mediante ingresos provenientes de impuestos generales. 84% del total de gasto en salud en Reino Unido es público y los pagos que los consumidores hacen directamente de su bolsillo representa sólo 4% del total. El presupuesto se realiza anualmente, tomando como referencia el presupuesto del año previo y ajustándolo de acuerdo a estimaciones de inflación; posteriormente, los fondos se asignan a las cuatro regiones de Reino Unido (Inglaterra, Gales, Escocia e Irlanda del Norte)⁸.

El sector hospitalario enfrenta topes presupuestales fijados por las autoridades centrales, las cuales determinan el presupuesto según una fórmula que toma en cuenta las tasas de envejecimiento y mortalidad poblacionales para cada región. Las autoridades

⁷ OECD, The Reform of Health Care, Paris, 1992, p. 115.

⁸ Graig, op. cit., p. 153.

centrales asignan el presupuesto para hospitales a través de las Autoridades Regionales.

Por su parte, el sector de atención primaria no está sujeto a restricción presupuestal alguna. Ello se debe a dos razones: en primer lugar, los proveedores de los servicios (médicos generales, dentistas, oftalmólogos) no son empleados públicos, sino que trabajan en el sistema por contrato. En segundo lugar, los Comités de Práctica Familiar gastan una proporción importante de su presupuesto en medicamentos, cuyo precio es regulado centralmente por el gobierno. En otras palabras, el presupuesto de la Práctica Familiar no enfrenta límites porque la demanda lo determina, es decir, el número de contratos del sistema, la cantidad de servicios provistos y la tasa de retorno de la industria farmacéutica⁹.

El último componente del sistema -- servicios comunitarios-- se financia mediante fondos del gobierno central; los gobiernos locales son responsables de proporcionar los servicios.

⁹ Ibid., p. 153.

Reembolso a médicos

Los médicos generales son profesionistas independientes que contratan con el sistema para proveer sus servicios. Su ingreso se integra por tres elementos: un sueldo base que cubre costos fijos; una porción del ingreso --casi la mitad-- que depende del número de pacientes que el médico tiene adscritos (tasa de capitación o pago per cápita) y el precio que cobra por ciertos servicios (vacunación y algunos exámenes).

Por su parte, los médicos especialistas pueden optar por trabajar tiempo completo o tiempo parcial en el sistema. Quienes optan por lo segundo pueden desempeñar libremente su profesión en el sector privado. Los especialistas que eligen trabajar tiempo completo tienen la restricción de que sólo 10% de sus ingresos pueden provenir de su ejercicio en el sector privado¹⁰.

El papel del sector privado

La atención a la salud provista por el sector privado en Reino Unido puede considerarse como una "válvula de escape", ante los largos tiempos de espera que caracterizan al Sistema Nacional de Salud. En 1971 menos de 4% de la población estaba cubierta por algún seguro privado; en 1980 ese porcentaje fue de 11%, aproximadamente y en 1991 la cifra ascendió a 12% de la población¹¹.

Dos razones explican este incremento de la atención privada. En primer lugar, hay una percepción generalizada de que el Sistema

¹⁰ Ibid., p. 154.

¹¹ Ibid., pp. 155-156.

Nacional de Salud proporciona servicios "de segunda clase", sobre todo por los tiempos de espera tan grandes que la gente enfrenta. Sin embargo, la atención privada sólo se especializa en ciertos procedimientos quirúrgicos. En segundo lugar, entre las décadas de 1960 y 1970 las empresas incrementaron el uso de seguro privados de salud para sus empleados: según encuestas en 1988, 23% de los profesionistas por debajo de los 44 años tenía seguro médico privado.

Frecuentemente, la atención privada se usa conjuntamente a los servicios del Sistema Nacional de Salud; por ejemplo, un paciente puede consultar a su médico general bajo el sistema público, ser después transferido a un especialista en el sector hospitalario del Sistema Nacional y finalmente internado en un hospital privado¹².

La incursión del sector privado en el sistema de atención a la salud se ha concentrado, sobre todo, en el cuidado para los ancianos. Actualmente, sólo 5% de los adultos entre 65 y 74 años tiene cobertura médica privada. Sin embargo, en abril de 1990 se promulgó una ley que permite que las personas mayores de 65 años deduzcan el pago de impuestos causado por el contrato de primas de seguros privados.

Regulación gubernamental

El diseño de la política general de salud está centralizado en el Ministerio de Salud (en Inglaterra), aunque la operación de los servicios se encuentra descentralizada.

¹² OECD, The Reform of Health Care, cit. pp. 115-116.

La relación entre el Sistema Nacional de Salud y la práctica general es de tipo contractual. La administración de los contratos entre el sistema y los médicos generales está a cargo de los Comités de Práctica Familiar, pero las decisiones de financiamiento son atribución del Ministerio de Salud¹³.

Por su parte, los servicios de atención hospitalaria y los servicios comunitarios están regulados por las autoridades regionales, distritales y por el Ministerio de Salud. Las autoridades regionales de salud son responsables de:

- a) asignar presupuesto a los distritos;
- b) realizar la planeación y el monitoreo;
- c) operar algunos servicios regionales;
- d) administrar los contratos de médicos especialistas;
- e) tomar decisiones de inversión en capital.

Las autoridades distritales se encargan de tomar decisiones sobre el funcionamiento cotidiano de clínicas y hospitales, e incluso delegan algunas responsabilidades a niveles de administración más bajos.

Finalmente, el Ministerio de Salud se encarga de decidir aspectos estratégicos del sistema, como son:

- a) asignar presupuesto a las autoridades regionales;
- b) negociar sueldos y salarios;

¹³ Ibid., p. 118.

- c) negociar precios de medicamentos;
- d) aprobar decisiones de inversión en capital y cerrar hospitales.

5. Las reformas al Sistema Nacional de Salud británico

Durante la década de 1980, el Sistema Nacional de Salud comenzó a mostrar una serie de problemas: preocupaciones generalizadas sobre la baja calidad de los servicios, el cierre de hospitales por falta de fondos, largas listas de espera para ciertos procedimientos quirúrgicos y huelgas. Todo parecía indicar que el sistema enfrentaba una sobrecarga de demandas.

Conforme la década avanzaba, se hizo cada vez más evidente la discrepancia entre el dinero asignado por el gobierno y la creciente demanda de servicios proveniente de una población más vieja y una tecnología médica más desarrollada¹⁴. La asignación de recursos presupuestales no premiaba a los hospitales por atraer usuarios al sistema, ya que los proveía de un ingreso fijo, independiente del número de pacientes atendidos. Por tanto, el sistema penalizaba la productividad de los hospitales y fomentaba, así, recortes en los servicios.

El gobierno tatcherista inició una revisión a fondo del sistema que culminó con la publicación de un "White Paper" denominado Working for Patients en enero de 1989, según el cual la

¹⁴ Chris Ham, Management and Competition in the New NHS, Oxford, Radcliffe Medical Press, 1994, p. 2.

reforma consistiría en promover la competencia y la eficiencia del sistema, haciendo uso de mecanismos de mercado. Es importante señalar que la reforma no pretendió alterar los cuatro principios que rigieron al sistema desde sus orígenes --universalidad, comprensividad, gratuidad de servicios y financiamiento con impuestos generales:

During the NHS Review, more radical actions were considered and rejected (...) because they were incompatible with the sacrosanct principle of the NHS: that the care and treatment that the service provides should be available to any man, woman or child, on the basis of clinical need, regardless of the ability to pay¹⁵.

La reforma entró en vigor en abril de 1991. Sus objetivos fueron los siguientes¹⁶:

- a) separar la oferta de la demanda, creando dos entidades distintas: una compradora de servicios y otra proveedora de los mismos;
- b) crear un mercado interno al Sistema Nacional de Salud para fomentar la eficiencia a través de la competencia entre proveedores;
- c) promover en los pacientes una conducta propia de consumidores de servicios.

¹⁵ Department of Health, "Virginia Bottolmeyer reaffirms commitment to the underlying principles of the NHS", DoH, London, 1994, cit por Ham, op. cit., p. 6.

¹⁶ Graig, op.cit., p. 161.

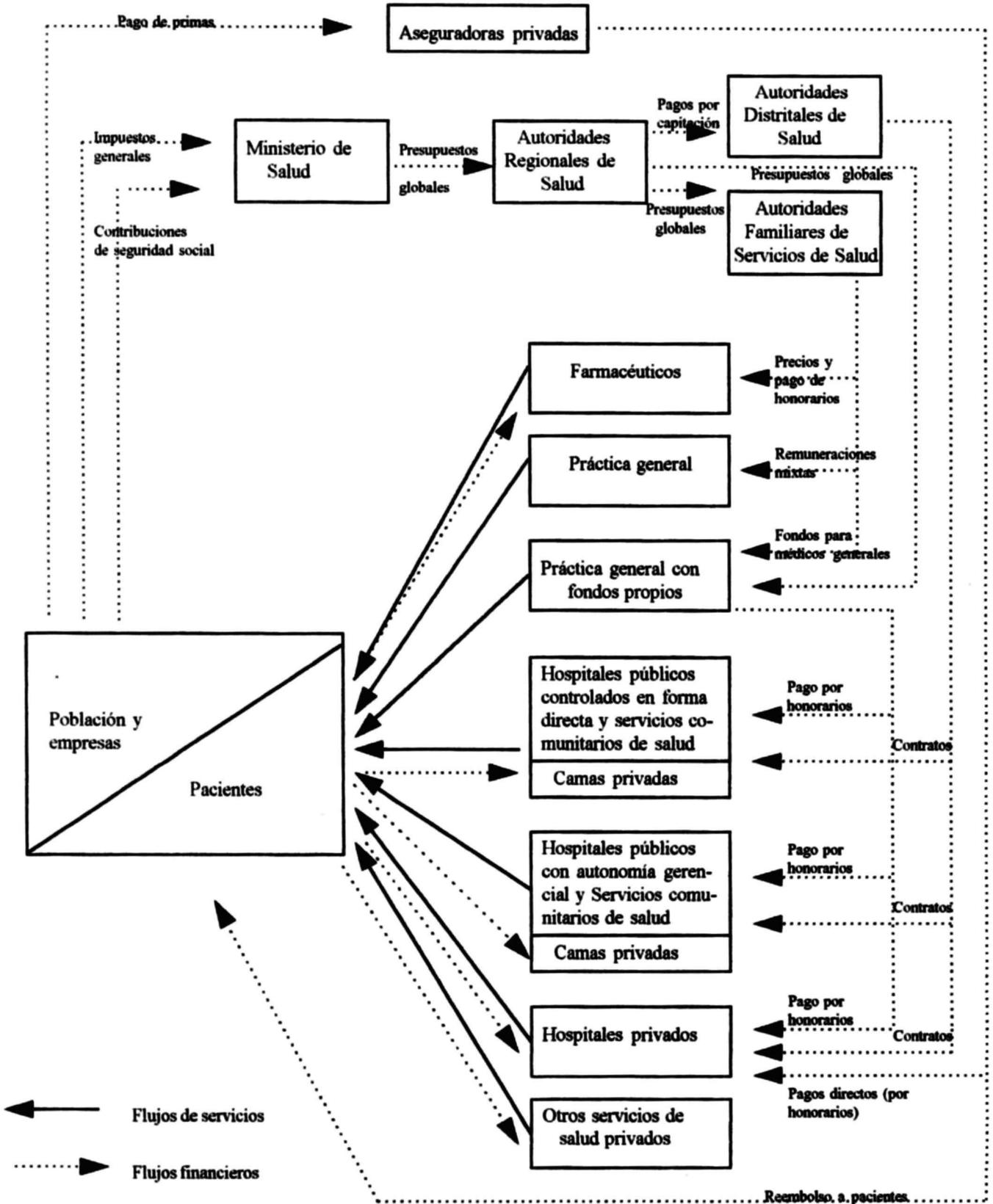
Al entrar en vigor las reformas, el Sistema Nacional de Salud comenzó a evolucionar de un modelo público integrado hacia uno de contrato público, en el cual sus distintos componentes -- financiero, de provisión y regulatorio-- empezaron a adquirir mayor autonomía, sin que ello significara su privatización. En otras palabras, se trató de simular un mercado dentro del Sistema Nacional de Salud (ver Figura II.2).

Sector hospitalario

La reforma da a ciertos hospitales la oportunidad de convertirse en entidades con autonomía de gobierno, independientes de las autoridades distritales. De esta forma, se intenta promover la competencia entre ellos y ampliar su libertad de decisión, facultándolos para decidir el pago a su personal, acumular excedentes, endeudarse --sujetos a un límite financiero anual-- y realizar inversiones en capital. Los hospitales autónomos pueden ahora contratar con las autoridades distritales, con los médicos generales que tienen presupuesto propio y con empresas aseguradoras privadas para prestar sus servicios. De esta forma, los hospitales pueden diversificar sus fuentes de ingreso. Este proceso de autonomía gerencial no implica la privatización del sector hospitalario público.

Las autoridades distritales también experimentaron un cambio radical: en lugar de ser proveedores pasaron a ser compradores activos de servicios de salud; con la reforma adquirieron la responsabilidad de negociar contratos con los proveedores de los

FIGURA II.2
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN REINO UNIDO
DESPUES DE LAS REFORMAS DE 1989



servicios y de elegir a aquellos que ofrezcan mayor calidad y menor precio. En el futuro se espera que las autoridades distritales reciban sus asignaciones presupuestales en función de la tasa de capitación (del número de pacientes atendidos), en lugar de que las asignaciones se realicen según criterios poblacionales centralmente definidos.

Sector de atención primaria

La reforma otorga a los médicos generales con más de 9,000 pacientes adscritos un presupuesto propio, mediante el cual pueden comprar servicios de salud en favor de sus pacientes (eg. servicios de diagnóstico, cirugía electiva). Los médicos generales tienen ahora la opción de buscar la mejor alternativa de atención entre hospitales públicos y privados. Además, la parte del ingreso de los médicos generales proveniente de pagos por capitación, que antes de la reforma representaba la mitad de sus ingresos, actualmente representa 60%, con el fin de incentivarlos a atraer pacientes al sistema.

El propósito de dichas medidas es fortalecer a pacientes y médicos generales frente a los hospitales y fomentar en la práctica general mayor conciencia de los costos.

Puesto que las autoridades distritales de salud son ahora responsables de los contratos con el sector hospitalario, deben establecer una comunicación constante con la práctica general, a

fin de asegurarse que los médicos generales transfieran a sus pacientes a los hospitales contratados por aquellas¹⁷.

Los Comités de Práctica Familiar, anteriormente encargados de administrar el nivel de atención primaria, se sustituyen por Autoridades Familiares de Salud, las cuales son responsables ante las autoridades regionales.

Sector de atención comunitaria

Las reformas de 1991 tocaron también al sector de atención comunitaria, principalmente aquella provista a los ancianos, enfermos crónicos e inválidos mentales.

Los gobiernos locales --antes responsables directos de la provisión de los servicios de atención-- se convirtieron también en compradores activos de servicios.

El impacto de las reformas

Los cambios introducidos por las reformas al Sistema Nacional de Salud de Reino Unido pueden resumirse en los siguientes puntos:

- a) los fondos de las instituciones de financiamiento se integran por medio de presupuestos globales, los cuales se establecen en función de tasas de capitación;
- b) dichas instituciones actúan como compradores activos de servicios, no como financiadores pasivos;

¹⁷ Alan Maynard, "Developing the Health Care Market", The Economic Journal, vol. 101, September 1991, p. 1281.

- c) los proveedores adquieren mayor autonomía y ahora tienen que competir por los fondos públicos;
- d) la relación entre las instituciones de financiamiento y los proveedores está mediada por contratos, de forma tal que el valor del dinero se maximiza en favor del paciente.

Durante el proceso de instrumentación de las reformas al Sistema Nacional de Salud, las autoridades centrales se han enfrentado al dilema de permitir que la competencia fluya entre los proveedores de servicios o de controlar el funcionamiento del sistema para que la transición se desarrolle de manera ordenada y estable¹⁸. El impacto de las reformas debe, por tanto, analizarse a la luz de sus problemas de implementación, ya que en aras de garantizar una evolución menos incierta, el Ministerio de Salud ha limitado en cierto grado las nuevas libertades de los agentes, principalmente en lo que respecta a sus decisiones de endeudamiento. Sin embargo, los hospitales con autonomía de gestión han ampliado considerablemente su capacidad para administrar su personal y sus asuntos internos, sin la interferencia de las autoridades centrales.

A pesar del poco tiempo transcurrido a partir de que las reformas entraron en vigor y de los problemas de implementación, hay datos que muestran cierta mejoría, principalmente, en los tiempos de espera. Por ejemplo, el número de personas que tienen que esperar más de dos años para ser operadas ha disminuido en 16%

¹⁸ Ham, op. cit., p. 35.

de abril a septiembre de 1991. Por otra parte, al definir claramente qué papel desempeña cada uno de sus agentes, el sistema permite identificar cuáles servicios se contratan, quiénes los contratan y a qué precio y calidad. Por tanto, el sistema se ha vuelto más transparente y ha hecho posible fincar mejor las responsabilidades¹⁹. Otra ventaja del nuevo sistema es que propicia mayor integración entre el sector de atención primaria y el hospitalario, pues la práctica general con fondos propios es quien guía los criterios de los compradores de servicios (las autoridades distritales) para establecer contratos con los hospitales.

Sin embargo, hay una serie de cuestiones sobre las cuales hay cierto escepticismo. En primer lugar, algunos analistas temen que la competencia entre proveedores lleve a que el sistema descuide a los pacientes. Puesto que la nueva organización del sistema da libertad a los proveedores --tanto a médicos generales con presupuestos propios como a hospitales con autonomía gerencial-- de generar excedentes, esto podría incentivarlos a seleccionar riesgos entre pacientes.

En segundo lugar, hay preocupación sobre un posible crecimiento de los costos. Durante varios años Gran Bretaña fue capaz de mantener el gasto en salud en niveles relativamente bajos; sin embargo, las reformas implican invertir más en personal y en técnicas de información, lo cual puede presionar a que los costos aumenten.

¹⁹ Maynard, art. cit., p. 1281.

6. Conclusión

Este capítulo ha tratado de analizar los problemas que aquejan a los sistemas de atención a la salud en países desarrollados y que han propiciado, recientemente, cambios a su organización por parte de los gobiernos. El crecimiento de los costos parece ser la preocupación principal en el sector salud de los países integrantes de la OCDE, ya que el gasto en salud como proporción del PIB se ha duplicado prácticamente entre 1960 y 1992. El segundo problema de la política de atención a la salud es la creciente insatisfacción de los usuarios en relación a los servicios, ya que los sistemas enfrentan en la actualidad una sobrecarga de demandas que se traduce en largos tiempos de espera, baja calidad de los servicios y en la percepción entre la población de que la atención pública es de segunda clase.

Como se mencionó en el capítulo anterior, estos problemas se presentan con mayor frecuencia en los sistemas de tipo público integrado, ya que su grado de centralización desincentiva a varios de los agentes que intervienen en su operación. Por ello, se tomó como ejemplo el caso británico antes y después de sus reformas, ya que su organización anterior estaba basada en un modelo de integración vertical entre los financiadores del sistema y los proveedores de servicios, caracterizado por una marcada centralización de las decisiones. Las reformas introducidas a finales de la década pasada tuvieron el objetivo de simular un mercado interno que propiciara mayor eficiencia en la asignación de los recursos.

Considero que la referencia al caso británico puede ser de utilidad para los propósitos de esta investigación por varios motivos. En primer lugar, antes de 1991, el sistema de atención a la salud en Reino Unido era similar al seguro médico del IMSS, tanto en su organización como en los problemas asociados a ésta. En segundo lugar, de las reformas llevadas a cabo en el sistema británico pueden derivarse algunas ideas importantes para analizar las oportunidades de cambio en la política de atención a la salud en México; a mi juicio, la conclusión más relevante del proceso de reforma en Reino Unido es que los intentos para dar flexibilidad a un sistema relativamente rígido en sus mecanismos de financiamiento y provisión de servicios médicos y hospitalarios, tuvieron que transformar el esquema de incentivos de sus agentes, dándoles mayor autonomía sobre el manejo de sus recursos y promoviendo regulaciones para fomentar la competencia. En tercer lugar, aunque las reformas son muy recientes, hay datos que muestran resultados positivos en el sistema de atención británico a raíz de su transformación, en especial la mayor transparencia del sistema. Este resultado da cuenta de una relación de poderes más equilibrada dentro del Sistema Nacional de Salud, lo cual debe tomarse en cuenta al formular propuestas de cambio para la seguridad social en México, ya que, como se observará más adelante, su organización actual dificulta conocer con precisión a los responsables de las ineficiencias derivadas de ciertas decisiones, principalmente las referentes al abastecimiento.

Sin embargo, hay aspectos en los que los sistemas británico y mexicano de atención a la salud difieren, los cuales limitan la posibilidad de que la reflexión en torno a ambos se desarrolle en el mismo sentido. Considero que la diferencia más sustancial entre los dos sistemas es la existencia en Reino Unido de un sistema de atención único, el cual cubre prácticamente al total de la población; en cambio, México cuenta con varias instituciones públicas y privadas que prestan servicios de salud y que actúan separadamente, a pesar de que la Secretaría de Salud establece regulaciones sanitarias que todas ellas deben cumplir. Es por ello que esta investigación se enfoca a analizar sólo el caso del IMSS, considerándolo en sí mismo como un sistema de financiamiento, prestación de servicios de salud y regulación interna, que comparte varias características con el sistema británico.

El capítulo siguiente es introductorio al tema de la atención a la salud en México, con énfasis en el sistema de seguridad social, dentro del cual los servicios de salud ocupan un lugar preponderante. Además de examinar los antecedentes de los sistemas de salud y seguridad social en América Latina y México y de presentar una evaluación general sobre la problemática del seguro médico del IMSS, el capítulo expone las nuevas condiciones que hacen necesaria una transformación de la política de atención a la salud en nuestro país.

III. LA ATENCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO

1. La seguridad social y el proceso de industrialización en América Latina

En América Latina el Estado ha sido un actor protagónico en el proceso de industrialización y en el desarrollo de instituciones de bienestar social, establecidas con el propósito de atenuar los efectos negativos que el ciclo económico tiene sobre las condiciones de vida de las personas. El papel de estas instituciones ha consistido en reafirmar al Estado como mediador social, ya que la política de bienestar se ha convertido en un instrumento básico de control social y político.

La Economía Política --como señalé en el primer capítulo-- concibe a la política social como un forma en la que el Estado garantiza la continuidad del sistema económico, ejerciendo funciones de control y legitimación. Malloy utiliza el concepto de "statecraft" para definir esta función estatal:

el statecraft ha implicado crecientemente un proceso complejo por el que el Estado trata de controlar la tensión entre las necesidades de acumulación de capital e inversión por una parte, y de legitimación del sistema mediante la integración sociopolítica¹.

¹ James Malloy, "Statecraft, política y crisis de la seguridad social", en Carmelo Mesa-Lago, ed., La crisis de la seguridad social y la atención a la salud, México, Fondo de Cultura Económica, 1986, p. 32.

Los sistemas de seguridad social en América Latina han obedecido a esta lógica, ya que los procesos de industrialización en la región latinoamericana en los años treinta y cuarenta hicieron surgir una clase obrera que debía integrarse al modelo de desarrollo predominante; la seguridad social fue el instrumento que permitiría esa integración, pues reconocía que un número cada vez más grande de personas dependía de una ocupación para su bienestar y su conexión con la sociedad. "Todo lo que perturbara el empleo estable y previsible se traduciría en inseguridad individual, conflicto social y desintegración colectiva potencial"².

Puesto que la seguridad social se estructuró en torno al modelo de industrialización, no puede considerarse como un derecho ciudadano, sino como un derecho fundamentalmente laboral. La seguridad social es un atributo del empleo, un derecho adquirido contractualmente por medio de una aportación y no es inherente a la calidad de ciudadano como tal. Además, el enfoque de esta política no fue la universalidad sino la selectividad de los beneficiarios, principalmente trabajadores urbanos, empleados públicos y miembros de las fuerzas armadas, es decir, los actores políticos clave en ese momento. Por lo tanto, la cobertura y los beneficios respondieron al poder político de estos grupos y a sus vínculos con las estructuras del Estado³.

² Ibid., p. 35.

³ Silvia Borzutzky, "Social Security and Health Policies in Latin America: The Changing Roles of the State and the Private Sector", Latin American Research Review, Vol. 28, 1993, p. 248.

En América Latina los países que establecieron sistemas de seguridad social pueden dividirse, según Mesa-Lago, en países pioneros (aquellos que los adoptaron en los años veinte, como Argentina, Brasil, Chile, Cuba y Uruguay), intermedios (aquellos que los adoptaron en los años cuarenta, como Bolivia, Ecuador, Colombia, México, Panamá, Paraguay Perú y Venezuela) y tardíos (aquellos que los adoptaron hasta los años cincuenta y sesenta, como la mayoría de los países centroamericanos)⁴.

Una vez implantados, los sistemas de seguridad social tuvieron una tendencia principal: la expansión de su cobertura. A partir de los años cuarenta hasta los sesenta, la expansión avanzó en su cobertura y en el valor de los beneficios ofrecidos; los sistemas de seguridad social llegaron a ser los programas más grandes del sector público. Este impulso expansionista obedecía a una percepción común: debido a su organización y forma de financiamiento, los costos de la seguridad social se socializarían en el conjunto del aparato productivo y a través de las generaciones (como es el caso de las pensiones). "Como ocurre con un banco o un club de pirámide, la clave es una expansión continua de los 'depositantes' o los 'jugadores' y la esperanza de que no se presenten al mismo tiempo todos los demandantes"⁵. Debido a esta percepción, las "élites tecnoburocráticas" de la seguridad social

⁴ Carmelo Mesa-Lago, "El financiamiento de la seguridad social en los países latinoamericanos", en J. Narro Robles y J. Moctezuma, comps., La seguridad social y el Estado Moderno, México, IMSS-FCE-ISSSTE, 1992, p. 221.

⁵ Malloy, art. cit., p. 56.

tenían fuertes incentivos a retrasar los costos para alguna fecha futura, ya que la expansión del sistema creaba un apoyo político considerable.

Sin embargo, el impulso expansionista comenzó a mostrar límites, por tres razones principales: el cambio en la estructura demográfica, el fenómeno de desempleo y la creciente informalidad de mercado laboral.

2. Antecedentes del sistema de salud y seguridad social en México

Al igual que en el resto de la región latinoamericana, en México la seguridad social se estructuró alrededor del empleo formal, principalmente en el sector industrial. Los arreglos corporativos mediante los cuales se constituyó la relación entre el Estado y el movimiento obrero, permitieron el avance de los derechos gremiales. En sus orígenes, la seguridad social no persiguió el objetivo de universalidad, lo cual se muestra en la exposición de motivos de la primera Ley del Seguro Social en 1942:

El régimen de seguridad social no es susceptible de aplicarse de un modo general e indeterminado a todos los individuos de la sociedad, sino exclusivamente al sector de la población formado por las personas que trabajan mediante la percepción de un salario o sueldo (...)

La estrategia de industrialización en México, promovida principalmente por el Estado posrevolucionario, fue el eje alrededor del cual giró la seguridad social y el sector salud en su conjunto. La política pública de atención a la salud se organizó

en tres programas diferenciados: los seguros de enfermedades y maternidad del IMSS y el ISSSTE, establecidos en 1942 y 1960 respectivamente, los servicios de la Secretaría de Salud destinados a la población no asegurada y el programa IMSS-COPLAMAR (a partir de 1988 denominado IMSS-Solidaridad), orientado a la población de bajos recursos, principalmente de las zonas rurales del país. La existencia de programas dirigidos al sector moderno y otros a los grupos marginados, dan cuenta de una estructura social desigual en nuestro país, así como en los países de la región latinoamericana en general.

La intervención estatal en materia de salud durante el periodo de industrialización puede verse reflejada en tres tipos de acciones⁶, todas ellas congruentes con el proyecto de desarrollo entonces vigente:

- 1) orientadas a consolidar la institucionalización de los servicios de salud (con la creación del Departamento de Asistencia Social Infantil y de la Secretaría de Asistencia Pública);
- 2) orientadas a establecer servicios médicos en zonas rurales (con la creación de los servicios médicos ejidales cooperativos, la organización de los Servicios Sanitarios Ejidales y el establecimiento de la Escuela de Medicina Rural);

⁶ Pedro Moreno Salazar, Análisis de la gestión del IMSS de 1975 a 1985, México, CIDE, Documentos de Trabajo, Serie Administración Pública, 1988, pp. 36-38.

- 3) orientadas a proteger a la mano de obra, principalmente la del sector industrial (con la formulación de la Ley Federal del Trabajo, la elaboración del Estatuto Jurídico de los Trabajadores al Servicio del Estado y de un proyecto de Ley del Seguro Social).

La articulación de estos tres tipos de intervención estatal en el ámbito de la salud posibilita la legitimación del Estado y la consolidación de una infraestructura organizada a nivel institucional, que se adecuará a las exigencias del modelo de acumulación industrializante.⁷

Las sucesivas reformas a la legislación en materia de seguridad social han tenido el propósito de avanzar hacia una seguridad social integral, con una doble intención: mejorar la protección al núcleo de los trabajadores asegurados y extenderla a grupos no sujetos a relaciones de trabajo. La expansión de la cobertura ha sido, tal y como se ha expuesto para el caso latinoamericano en general, uno de los imperativos de la seguridad social mexicana. La Tabla III.1 muestra los cambios en la legislación sobre seguridad social; en ella podemos observar la tendencia creciente a expandir tanto los beneficios como al universo de beneficiarios.

⁷ Ibid., p. 38.

TABLA III.1
REFORMAS A LA LEGISLACIÓN SOBRE SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

Publicación	Contenido
1942	Primera Ley del Seguro Social.
1960	Ley del Seguro Social para los Trabajadores del Estado.
1961	Ley del Seguro Social para las Fuerzas Armadas.
1972-74	Esquemas de aportación modificados para incorporar a trabajadores temporales y eventuales urbanos, así como a trabajadores del campo.
12 de Marzo de 1973	Nueva Ley del Seguro Social, que rige hasta el día de hoy. Se amplían los beneficios del régimen obligatorio. Se extiende la seguridad social a ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados, a trabajadores de industrias familiares y demás no asalariados. Esquema de Solidaridad Social para las zonas marginadas.
Diciembre de 1984	Incremento de las primas sobre el SRT.
Mayo de 1986	Incremento de cuotas a SRT, SEM e IVCM, a fin de disminuir las aportaciones del gobierno e incrementar proporcionalmente las patronales: cuota patronal para SEM de 5.62% a 6.3%; aportación del estado de 20% a 7% sobre aportación patronal, tanto en SEM como IVCM.
Enero de 1989	Incremento de beneficios monetarios de IVCM: las pensiones se indexan al salario mínimo, se determina una pensión mínima, incremento de prestación en gastos funerarios e incremento de pensiones de viudez de 80% a 90% de la correspondiente al pensionado. Incremento de cuotas obrero patronales para el SEM de 5.62% y 2.25% a 8.4% y 3% respectivamente. Se elimina el tope máximo de salario base para cotizar al seguro de guarderías.
Diciembre de 1990	Se determinan incrementos paulatinos en las aportaciones patronales al IVCM a 5 años, desde cuotas obrero patronales de 4.90% y 1.75% para 1991 a 5.46% y 1.95% para 1996. Se separa la contabilidad de los diferentes seguros. Se obliga a la institución a mantener una reserva financiera para el IVCM. Se eleva la cuantía mínima de las pensiones de 70% a 80% del salario mínimo vigente en el Distrito Federal.
Febrero de 1992	Seguro de Ahorro para el Retiro (SAR), constituido por aportaciones patronales de 2% sobre salario base a depositar en cuentas individuales capitalizables. Se integran a este fondo las aportaciones ya existentes para la vivienda, de 5%.

TABLA III.1 (continuación)

Julio de 1993	<p>Se incrementan las cuotas obrero-patronales para el IVCM (5.95% y 2.125% para 1996), SRT (proporcionalmente mayor a los de menor riesgo) y SEM (8.75% y 3.125%).</p> <p>Se eleva el salario tope de cotización de 10 a 25 salarios mínimos, excepto para IVCM.</p>
Diciembre de 1994	<p>Se crean las Direcciones Regionales, como entidades dependientes a las áreas normativas centrales del IMSS y con jurisdicción sobre las delegaciones del Instituto en los estados de la República.</p>

Abreviaturas:	SRT	Seguro de Riesgos de Trabajo
	SEM	Seguro de Enfermedades y Maternidad
	IVCM	Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte
	SAR	Seguro de Ahorro para el Retiro

3. El nuevo entorno del sistema en México

Las condiciones de salud en nuestro país están experimentando transformaciones importantes que imponen a los sistemas de atención un conjunto de retos a su organización. Según algunos investigadores⁸, México enfrenta dos transiciones con implicaciones directas sobre los esquemas de atención a la salud: una transición epidemiológica y una transición demográfica.

La transición epidemiológica se refiere a un proceso gradual de sustitución de las enfermedades infecciosas y la hambruna por las enfermedades degenerativas como principales causas de muerte⁹. Las infecciones comunes y la desnutrición dejan de ser las causas primordiales de muerte, al tiempo que las crónico-degenerativas, las lesiones y los padecimientos mentales aumentan su importancia relativa. Por otra parte, hay un desplazamiento del peso de la mortalidad de los niños hacia los adultos en edad avanzada. La Tabla III.2 muestra la mayor presencia de enfermedades de "primer mundo" (enfermedades cardiovasculares, accidentes y cáncer) como causas de muerte en nuestro país; en el caso de Estados Unidos y Canadá, esa presencia es más fuerte ya que su grado de desarrollo es superior.

El fenómeno de transición epidemiológica tiene características especiales en México. En primer lugar las enfermedades crónico-

⁸ Julio Frenk y J. L. Bobadilla, "Los futuros de la salud", en Nexos, No. 57, enero de 1991.

⁹ A. R. Omran, "The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change", Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 49, 1971, pp. 509-538, cit. por Frenk y Bobadilla, op. cit., p. 60.

degenerativas no han sustituido completamente a las infecciosas y a la desnutrición; en lugar de ello, hay un "traslape de etapas", ya que ambos tipos de enfermedad persisten. En segundo lugar, en ocasiones resurgen algunos padecimientos que parecían haberse controlado (por ejemplo el cólera), lo cual significa que la transición no tiene un sentido definitivo. Finalmente, el tipo de padecimiento está ligado a la desigualdad social: la población pobre y rural sigue padeciendo desnutrición e infecciones comunes, mientras que la población urbana se enfrenta a niveles crecientes de enfermedades crónicas y lesiones.

TABLA III.2
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MÉXICO, ESTADOS UNIDOS Y
CANADÁ, 1991

	Muertes por cada 100,000 habitantes
MÉXICO	
Enfermedades cardiovasculares	57.9
Accidentes	50.3
Cáncer	47.6
Enfermedades infeccioso-intestinales	31.0
CANADÁ	
Enfermedades cardiovasculares	302.4
Cáncer	195.8
Enfermedades cerebrovasculares	53.0
Accidentes	35.3
ESTADOS UNIDOS	
Enfermedades cardiovasculares	336.0
Cáncer	183.9
Enfermedades cerebrovasculares	75.1
Accidentes	46.7

Fuente: J. Frenk, *et. al.*, "Consequences of the North American Free Trade Agreement for Health Services: A Perspective from Mexico", en American Journal of Public Health, Vol. 84, No. 10, Oct. 1994.

La transición demográfica, por su parte, se refiere al rápido envejecimiento de la población, el cual se deriva del descenso de la fecundidad que ha ocurrido a partir de la década de los setenta. La tasa de crecimiento de la población ha disminuido considerablemente: según el Consejo Nacional de Población, en la década de 1970 fue de 3.2%, mientras que en 1994 cayó a 2.1%. Una

de las razones de esta disminución es la caída de la tasa global de fecundidad: mientras que en 1970 era de 6.8, en 1990 bajó a 3.4. El incremento en la esperanza de vida al nacer de la población en México refuerza el fenómeno de transición demográfica. El envejecimiento de la población en nuestro país impone cargas financieras importantes a los sistemas de atención a la salud, particularmente al de seguridad social, ya que, por un lado, el número de pensionados crecerá a una tasa mayor que la de asegurados --quienes de hecho financian las pensiones--, y por el otro, aumentará la demanda por servicios de salud.

En suma, las dos transiciones, demográfica y epidemiológica, apuntan hacia un crecimiento del costo de la atención en salud, ante lo cual el sistema mexicano requiere llevar a cabo reformas en sus métodos de organización, financiamiento y regulación que enfrenten una estructura poblacional más demandante de servicios y la presencia simultánea de enfermedades viejas y nuevas que compiten por recursos.

Frenk y Bobadilla establecen una serie de dimensiones a partir de las cuales los criterios predominantes de atención pueden evolucionar. Estas dimensiones son, en mayor o menor medida, consistentes con las tendencias internacionales en la organización de los sistemas de salud. En primer lugar, la hegemonía del hospital como sitio preponderante de la atención médica puede comenzar a evolucionar hacia lugares alternativos que se utilicen en problemas que no requieran de la tecnología hospitalaria, como son los partos de bajo riesgo y algunos casos de cirugía menor. La

atención ambulatoria y comunitaria permitirían enfocar el uso de los hospitales a la creciente demanda de enfermedades crónico-degenerativas.

En segundo lugar, los mismos autores sostienen que la fase de intervención médica tendrá que desplazarse del daño al riesgo, es decir, que la atención deberá ser cada vez más preventiva que curativa. Esta evolución obedece a la necesidad de hacer frente al problema ya señalado de crecimiento en costos.

Finalmente, los escenarios de evolución planteados hacen necesaria una revisión a fondo de las formas de organización y financiamiento de los sistemas de atención a la salud en nuestro país, ya que su fragmentación actual dificulta la transformación que estos autores proponen.

4. Organización y operación del seguro médico del IMSS

Situación general del IMSS

El IMSS es la institución de seguridad social más grande del país. Sus beneficios están orientados a cubrir varios riesgos de los trabajadores del sector privado, por lo que el Instituto está conformado por cinco ramos de seguro: Enfermedades y Maternidad; Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (IVCM); Riesgos de Trabajo; Guarderías y, a partir de 1992, se añadió el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR). Todos estos programas se financian mediante contribuciones equivalentes al 26.5% del salario

cotizable¹⁰, por parte de trabajadores, empresas y Estado. Las contribuciones se distribuyen entre cada ramo del seguro como lo describe la Tabla III.3.

**TABLA III.3
CONTRIBUCIONES AL IMSS**

RAMO	PRIMA (%)	APORTANTES*
Enfermedades y Maternidad	12.5	Tripartito
I.V.C.M.	8.5	Tripartito
Riesgos de Trabajo (Promedio)	2.5	Patronal
Guarderías	1	Patronal
SAR	2	Patronal
T O T A L	26.5	

* Fuente: Ley del Seguro Social

* Las contribuciones tripartitas se reparten de la siguiente manera: 70% patrón, 25% trabajador y 5% Estado.

Los servicios de salud del IMSS, al igual que todos los proveedores de servicios para la salud, operan bajo la regulación de la Ley General de Salud. Entre otras regulaciones, esta ley establece las regulaciones para la instalación y funcionamiento de hospitales, clínicas, consultorios e institutos de investigación, la expedición del cuadro básico de medicamentos obligatorio para proveedores públicos, las normas obligatorias para la prestación de

¹⁰ El salario de cotización se integra por pagos en efectivo, gratificaciones, alimentación, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y se no se toman en cuenta algunos conceptos relacionados con las aportaciones patronales a favor de los trabajadores (artículo 32 de la Ley del Seguro Social).

servicios (incluyendo privados) y las obligaciones de proveedores privados en emergencias, campañas públicas y otros casos.

La cobertura actual del IMSS asciende a 37 millones de mexicanos. Según cifras del IMSS, éste cuenta con más de 1,700 unidades médicas, cubre más de 1,430,000 pensiones mensualmente, y a sus instalaciones médicas asisten más de 700,000 personas¹¹.

Actualmente, el tema de la seguridad social --y del IMSS en particular-- es materia de análisis y debate públicos, ya que sus problemas financieros y de cobertura han puesto en tela de juicio la efectividad de sus métodos de financiamiento y provisión de servicios. Hay un acuerdo en que durante los últimos años el entorno de la seguridad social en México ha experimentado una serie de cambios que inciden sobre su situación financiera. Según el diagnóstico institucional presentado por el IMSS en marzo de 1995, estos nuevos fenómenos son tres principales: las transiciones demográfica y epidemiológica y la globalización de la economía.

Los problemas asociados a las dos transiciones han sido ya descritas y se resumen en enormes presiones financieras que el seguro médico tendrá que enfrentar durante los próximos años, debido al envejecimiento de la estructura poblacional y al crecimiento de las enfermedades crónico-degenerativas cuyos tratamientos son muy costosos. El fenómeno de globalización económica, por su parte, impone a nuestro país condiciones de competitividad muy fuertes, lo cual limita que las cuotas de la seguridad social sigan aumentando.

¹¹ IMSS, Diagnóstico, marzo de 1995, p. 4.

El Diagnóstico señala a estos tres fenómenos como los principales condicionantes del financiamiento de la seguridad social. Por otra parte, el problema financiero del Instituto se ha agudizado ante el decrecimiento de su cobertura, producto de la creciente informalidad en la estructura del empleo en nuestro país. Puesto que el financiamiento de la seguridad social está vinculado a la nómina, el crecimiento de los autoempleados y de la economía informal ha obstaculizado el principio de universalidad que la seguridad social se propuso conseguir desde 1973¹². Según el Diagnóstico, en 1991 los ocupados con algún tipo de seguro social representaban sólo 35% del total de ocupados del país y, aunque en las zonas más urbanizadas la proporción alcanzaba aproximadamente el 50%, en las menos urbanizadas era de sólo 17.7%. Incluso limitando el análisis a la población asalariada, la cobertura era de sólo 63.2% en promedio¹³. "Por tanto, la elevada proporción de ocupados sin seguro social resulta de la combinación de un alto porcentaje de ocupados no asalariados legalmente excluidos del régimen obligatorio de los seguros sociales, junto con una baja

¹² La Ley del Seguro Social de 1973 --vigente en la actualidad-- , según su Exposición de Motivos, tiene el propósito de extender los beneficios de la seguridad social a los grupos sujetos a relaciones de trabajo que la Ley de 1943 no incluyó como asegurados. Este es el caso de trabajadores a domicilio, campesinos, ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios. Con ese fin, durante los setenta se expidieron los decretos y convenios que conforman los Esquemas Modificados de Aseguramiento, mediante los cuales se promueve y permite la incorporación de participantes en la fuerza de trabajo que no son trabajadores subordinados, a trabajadores que por sus características tienden a quedar desprotegidos (e.g., trabajadores migrantes y eventuales) y en general a cualquiera que lo desee.

¹³ IMSS, op. cit., p. 16.

cobertura de la población asalariada, particularmente de la contratada por microempresas, que pueden evadir más fácilmente las regulaciones laborales"¹⁴

Estructura y problemática del Seguro de Enfermedades y Maternidad

El seguro médico del IMSS es el ramo que absorbe mayores recursos financieros, humanos y materiales. Actualmente, cuenta con 1,495 unidades de primer nivel (Unidades de Medicina Familiar), 227 hospitales de segundo nivel (Hospitales Generales) y 42 hospitales de tercer nivel (Hospitales de Alta Especialidad). Estas unidades cuentan aproximadamente con 230,000 trabajadores, de los cuales 6.7% son médicos generales, 6.6% especialistas, 33.4% enfermeras, 6.9% personal médico directivo y 46.4% auxiliares y otras modalidades. Cerca de 38 millones de personas reciben los servicios de este seguro.

El impacto del seguro médico sobre la salud de la población se ilustra en la siguiente tabla:

**TABLA III.4
INDICADORES MÉDICOS SELECCIONADOS**

INDICADORES	1960	1994	CAMBIO
Mortalidad general x 1,000	11.5	5.6	-51%
Mortalidad infantil x 1,000 n. v.	74.2	34.8	-53.%
Tasa de natalidad x 1,000	46.1	28	-39%
Esperanza de vida al nacer	58 años	72 años	14 años

Fuente: IMSS, Diagnóstico, marzo de 1995.

¹⁴ Ibid., p. 19.

El Seguro de Enfermedades y Maternidad enfrenta el problema de desequilibrio financiero que padece el Instituto en su conjunto. La expansión de los beneficios del ramo y el incremento de sus costos han contribuido a ese desequilibrio, ante lo cual se ha optado por elevar la cuota destinada a financiarlo: la cuota inicial fue de 6%, pero al ampliarse el universo de beneficiarios, ésta aumentó a 8% en 1948, a 9% en 1959, a 12% en 1989 hasta su más reciente actualización a 12.5% del salario de cotización en julio de 1993¹⁵. Otro mecanismo utilizado para cubrir los déficit de este seguro ha consistido en canalizar recursos financieros de otros ramos para subsidiarlo, como han sido los casos del IVCM y el del seguro de Guarderías. Cabe señalar que, a diferencia de otros países, los usuarios no desembolsan nada al momento de recibir los servicios.

Sin embargo, debido al nuevo entorno demográfico, epidemiológico y económico que enfrenta hoy la seguridad social, resolver los problemas financieros de este ramo recurriendo a la práctica habitual de incrementar la cuota o canalizar recursos de otros seguros parece haber llegado a su límite, ya que, por una parte, elevar las aportaciones incentivaría el crecimiento del empleo informal; además, el fenómeno de la transición demográfica y la creciente participación de la mujer en el mercado laboral implican que en el futuro el número de pensionados y niños

¹⁵ En ese mismo año se también se trasladó el tope máximo de cotización de 10 a 25 salarios mínimos.

demandantes de guarderías crecerá, lo cual impide desfinanciar al IVCM y al Seguro de Guarderías.

El sistema de atención a la salud en el Seguro de Enfermedades y Maternidad está estructurado en tres niveles:

- a) El primer nivel es el de Medicina Familiar. El paciente recibe consulta externa y es su primer punto de contacto con el sistema. Este nivel cuenta con 1,495 Unidades de Medicina Familiar.
- b) El segundo nivel es el de hospitales generales, donde se atienden urgencias y tratamientos especializados en patologías de gran demanda y complejidad media. Este nivel cuenta con 227 Hospitales Generales.
- c) El tercer nivel es el de alta especialidad, donde se atienden padecimientos de baja frecuencia y elevada complejidad. Este nivel cuenta con 42 Hospitales de Especialidades, los cuales se ubican en los 10 Centros Médicos del país.

La descripción que a continuación presento, se basa en los problemas que el Diagnóstico considera los más importantes del seguro médico en cada uno de sus tres niveles de atención, los cuales coinciden en general con la percepción de los usuarios sobre el sistema¹⁶.

¹⁶ Esto lo demuestran los comentarios que el público en general envió a INEGI, con motivo del foro de consulta popular del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000.

Primer nivel de atención

El primer nivel utiliza 26% de los recursos totales de la atención médica y cuenta con 55,000 trabajadores. El paciente recibe consulta en horarios fijos, está adscrito a una unidad específica y está asignado a un médico familiar, sin posibilidad de cambiar a otro que le satisfaga (cada médico es responsable de atender a 2,400 derechohabientes). Cuando el paciente presenta un padecimiento más complejo, el médico general lo transfiere a un hospital de segundo nivel. Las unidades de primer nivel ofrecen apoyo a la salud de la población no derechohabiente, mediante campañas de fomento a la salud, vacunación y otras coordinadas por la Secretaría de Salud¹⁷.

Sin embargo, este nivel de atención presenta problemas importantes. El Diagnóstico menciona los siguientes: "largas esperas para recibir consulta, diferimiento de estudios auxiliares de diagnóstico, falta de medicamentos, escasez y obsolescencia de equipos e insumos para el adecuado funcionamiento de la unidad, falta de motivación del personal, despersonalización en la relación médico-paciente, insatisfacción del usuario y quejas tanto de los trabajadores como de las empresas respecto a la asignación y pago de incapacidades"¹⁸.

La estructura de incentivos del sistema parece ser una de las causas primordiales de estos problemas. Por una parte, los médicos familiares no cuentan con estímulos a la calidad de su desempeño y

¹⁷ IMSS, op. cit., p. 41.

¹⁸ Ibid., p. 42.

el usuario no tiene libertad de elección. Ello fomenta que la relación entre médico y paciente sea impersonal, que exista un nivel bajo de capacitación entre los médicos, que éstos muestren desinterés hacia los derechohabientes, que el primer nivel de atención tenga poca capacidad resolutive y que los otros dos niveles del sistema enfrenten sobrecargas¹⁹.

Segundo nivel de atención

El segundo nivel ofrece atención a los padecimientos de alta demanda y mediana complejidad, que requieren de la intervención de médicos especialistas (cirujanos generales, pediatras, ginecólogos), de hospitalización para cirugía y de tratamientos y diagnósticos especializados. En este nivel laboran 130,000 personas y en 1994 su gasto representó 54% del total²⁰.

Los principales problemas del segundo nivel están muy relacionados con la administración centralizada del IMSS, sobre todo en lo que se refiere a la asignación presupuestal. Los órganos de administración de los hospitales carecen de capacidad para asignar sus recursos presupuestales a la satisfacción de sus necesidades, lo cual genera problemas de abasto oportuno de medicamentos y otros insumos de diagnóstico médico, saturación de

¹⁹ El Diagnóstico estima que el primer nivel resuelve alrededor de 70% de los padecimientos, mientras que en la Conferencia de Alma Ata se estableció que el primer nivel de atención debe resolver al menos 85%. En 1994 se erogaron N\$ 1,100 millones por concepto de derivaciones injustificables al segundo nivel.

²⁰ IMSS, op. cit., p. 46.

las áreas de urgencias, diferimiento de consultas e intervenciones quirúrgicas y obsolescencia de equipos.

Tercer nivel de atención

Las actividades del tercer nivel están orientadas a desarrollar tecnología médica de punta, formar especialistas de alto nivel y dar tratamiento a padecimientos que requieren una intervención muy especializada. Este nivel cuenta con 45,000 trabajadores y su costo total en 1994 representó el 20% del gasto total.

Los problemas del tercer nivel están también relacionados con la administración centralizada del Instituto, la cual impide que los cuerpos de gobierno tengan autonomía de gestión y, de la misma manera, genera problemas de abasto inoportuno y diferimientos.

Sistema de abastecimiento

El sistema de abastecimiento del IMSS se basa en la compra centralizada. Un aparato burocrático central cumple funciones de licitación, adquisición, almacenamiento y distribución de productos a las distintas delegaciones. El propósito original de este mecanismo fue consolidar volúmenes y abatir precios, sin embargo el sistema propicia una serie de ineficiencias.

El sistema presenta fallas de información y control a lo largo de la cadena de adquisición y distribución. La compra de grandes volúmenes no es sensible a las necesidades específicas de las unidades médicas y frecuentemente se presentan problemas de

sobreinventarios altamente costosos, lo cual elimina las ventajas de comprar grandes volúmenes. La centralización del sistema genera en ocasiones problemas de desabasto de medicamentos, provocando largos tiempos de espera por parte de los pacientes. Finalmente, la fragmentación de los procesos en el sistema de abasto impide conocer con precisión a los responsables de las ineficiencias.

5. Conclusión

Este capítulo provee un panorama general sobre los antecedentes, situación actual y nuevos retos de la atención a la salud dentro de la seguridad social mexicana. Como el capítulo muestra, si bien en sus orígenes la seguridad social fue excluyente por estar ligada al proyecto de industrialización de los años treinta y cuarenta, al paso del tiempo la ampliación de su cobertura se ha convertido en un objetivo central. Sin embargo, el logro de la universalidad en la provisión de servicios de salud ha encontrado límites concretos, derivados de la creciente informalidad del mercado laboral.

El sector salud en México se encuentra conformado por varias instituciones públicas y privadas: la Secretaría de Salud, los institutos de seguridad social y los proveedores privados; todas operan separadamente, ya que sus formas de financiamiento y el acceso a la población son distintos. Por lo tanto, a diferencia del Sistema Nacional de Salud en Reino Unido, el sector salud

mexicano se encuentra fragmentado en varios programas e instituciones.

La organización del sistema de atención a la salud en México es materia de debate en la actualidad, debido a que su entorno está experimentando transformaciones importantes. Las transiciones demográfica y epidemiológica imponen al sistema nuevos retos, principalmente de tipo financiero: el relativo envejecimiento de la población aumentará la demanda por servicios médicos y hospitalarios y los crecientes padecimientos crónico-degenerativos presionarán los costos del sistema, pues su tratamiento es en general más costoso que las enfermedades infeccioso-intestinales.

Las instituciones de seguridad social, en especial el IMSS, históricamente han hecho frente a los problemas financieros del ramo de enfermedades y maternidad recurriendo a dos prácticas principales: elevar la cuotas obrero-patronales y desfinanciar otros ramos de aseguramiento, como las pensiones y las guarderías. Sin embargo, la creciente competitividad de la economía y el cambio en la estructura poblacional del país hacen imposible continuar recurriendo a estos mecanismos.

Además de su problema de desfinanciamiento, el seguro médico del IMSS comparte los problemas de baja calidad e insatisfacción que enfrentan los sistemas de atención a la salud en países desarrollados, como son largos tiempos de espera en los niveles de atención segundo y tercero, poca libertad de elección por parte de los usuarios, bajos estímulos al desempeño del personal y problemas de abastecimiento ineficiente. El diagnóstico institucional del

IMSS da cuenta de este conjunto de problemas desde una perspectiva organizacional, es decir desde un enfoque que se centra en los aspectos financieros y regulatorios inherentes al funcionamiento interno del instituto. Por tanto, el esquema vigente de incentivos hacia las distintas unidades operativas del IMSS aparece como un factor determinante de los problemas de eficiencia en la asignación interna de los recursos.

La estructura de incentivos dentro del sistema de atención a la salud en el IMSS influye sobre el desempeño de sus componentes en cada uno de sus niveles. Los problemas de baja calidad y trato impersonal en el primer nivel de atención --el de la medicina familiar-- están asociados a la limitada libertad de elección de los usuarios, ya que ello no fomenta un mejor desempeño por parte de los médicos familiares. En el segundo y tercer niveles de atención --hospitales generales y de alta especialidad--, la poca capacidad de las unidades para manejar sus recursos genera problemas de abastecimiento y diferimiento de consultas e intervenciones quirúrgicas.

Así pues, uno de los retos más importantes que tiene el IMSS en la actualidad consiste en transformar su esquema de incentivos, con el fin de evolucionar hacia un tipo de organización más flexible y transparente que premie la productividad y castigue las ineficiencias. Por su tamaño y funciones, el IMSS es una organización compleja cuyos procesos internos no son fáciles de comprender. Su estructura centralizada propicia que la organización esté relativamente alejada de las necesidades de los

usuarios y que la asignación de recursos no contemple los requerimientos de sus unidades operativas, por problemas de información imperfecta. El siguiente capítulo intenta caracterizar a la organización del IMSS dentro de las tipologías descritas en el primer capítulo, tomando como base los rasgos que caracterizan a su estructura de decisiones, y analizar las oportunidades de cambio hacia un sistema más flexible.

IV. OPORTUNIDADES DE CAMBIO EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN DEL IMSS

1. Estructura de decisión actual

Tomando en cuenta los modelos de organización de sistemas de atención a la salud descritos en el capítulo I, el IMSS se caracteriza por ser de tipo público integrado, ya que cumple funciones de asegurador, proveedor y regulador en la prestación de servicios médicos y hospitalarios. Su estructura define una integración vertical entre el IMSS asegurador y el IMSS prestador de servicios: tanto médicos como hospitales están inscritos dentro de la estructura orgánica del Instituto en los tres niveles de atención.

El IMSS central ejerce funciones de regulación sobre el resto de su aparato regional, a través de sus órganos centrales, los cuales se encargan de asignar presupuesto, abastecer de equipo e insumos médicos, tomar decisiones en materia de construcción de hospitales, establecer políticas de atención médica y vigilar que las distintas unidades operativas cumplan con los lineamientos establecidos centralmente¹. El sistema de decisión del IMSS se caracteriza, por lo tanto, por tener una estructura profundamente centralizada. La Tabla IV.1 sintetiza cómo se distribuyen la decisiones entre cada uno de los niveles que integran el sector central de IMSS.

¹ Véase el Reglamento de organización interna del Instituto Mexicano del Seguro Social de 1983.

TABLA IV.1
NIVELES DECISORIOS DEL SECTOR CENTRAL DEL IMSS-1984

Decisiones	Niveles									
	Subdirecciones Generales									
	Asamblea General	Consejo Técnico	Dir. General	Médica	Técnica	Jurídica	Finanzas	Obras	Abasto	Admva.
<u>I. De Estructura y Estrategia</u>										
Convenios entre instituciones		Autoriza	Propone	Planea			Verifica los costos	Asesora	Abastece	Analiza y propone
Expansión de capacidad		Decide	Propone	Propone		Asesora		Asesora		
Selección de tecnología		Decide	Propone	Propone		Asesora	Verifica gastos y control de los gastos			
Nuevas instalaciones		Dedice	Propone							
Abasto			Aprueba						Analiza y propone	

TABLA IV.1 (continuación)

	Asamblea General	Consejo Técnico	Dir. General	Médica	Técnica	Jurídica	Finanzas	Obras	Abasto	Admva.
<u>II. De Finanzas</u>										
Decisiones de inversión		Decide	Formula y propone				Planea y propone			
Contratación de préstamos a largo plazo			Decide							
Presupuestos, monto y asignación	Aprueba	Decide	Formula y presenta		Autoriza		Planea y propone			
Aplicación del superávit	Decide						Controla			
<u>III. De Comercialización</u>										
Fijación y revisión del monto de cuotas			Propone		Analiza	Analiza	Asesora			
Lanzamiento o retiro de líneas de servicios		Propone			Analiza	Analiza				

TABLA IV.1 (conclusión)

	Asamblea General	Consejo Técnico	Dir. General	Médica	Técnica	Jurídica	Finanzas	Obras	Abasto	Admva.
<u>IV. De recursos humanos</u>										
Recluta- miento y selección			Decide			Asesora	Asesora			Anali- za y propo- ne
Niveles salariales			Decide			Asesora	Asesora			
Capacita- ción			Decide			Asesora				
Condicio- nes laborales			Decide			Asesora				

Fuente: Pedro Moreno Salazar, Análisis de la gestión del IMSS de 1975 a 1985, México, CIDE, Documentos de Trabajo, Serie Administración Pública, 1988.

Varios de los problemas señalados en el diagnóstico sobre el funcionamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS están asociados a la estructura centralizada del Instituto. En primer lugar, en su relación con los usuarios, el IMSS centraliza decisiones importante, como es la elección del médico familiar en el primer nivel de atención. Como ya se señaló, el paciente carece de libertad de elección de su médico, lo cual trae consigo problemas de incentivos, ya que el IMSS actúa como monopolista frente al paciente, no provee al médico de estímulos suficientes para mejorar la calidad de su desempeño y propicia que la relación entre éste y el usuario sea fría e impersonal.

En segundo lugar, frente a los proveedores de los servicios en los niveles de atención segundo y tercero, la estructura de decisión centralizada del IMSS genera los problemas de abastecimiento ineficiente ya descritos también. Ello obedece, simplemente, a cuestiones de información asimétrica entre las oficinas centrales del Instituto y sus unidades operativas, pues éstas poseen mayor conciencia de las necesidades médicas de la población por su cercanía con los lugares donde se originan los problemas. Por tanto, las decisiones sobre inversión en capital humano y tecnologías médicas pueden no corresponder a las necesidades reales de las unidades operativas.

En diciembre de 1994, el IMSS llevó a cabo reformas a la Ley del Seguro Social, con las cuales se crearon siete Direcciones Regionales, con facultades para regular los servicios de atención médica y hospitalaria en sus respectivas jurisdicciones regionales.

El propósito de la reforma consiste en desconcentrar las decisiones centrales del Instituto para aproximarlas a los lugares donde los problemas se producen.

El proceso de desconcentración apenas ha empezado, por lo cual es prematuro tratar de evaluar sus resultados. Sin embargo, considero que es importante tener en cuenta que los problemas del seguro médico están íntimamente asociados con los esquemas de incentivos y regulación hacia los operadores del sistema (médicos y hospitales). Por ello, la desconcentración de autoridad hacia las nuevas Direcciones Regionales debe empezar por establecer un marco flexible de asignación de recursos presupuestales, que ponga énfasis en la productividad de las unidades operativas y que no desincentive la calidad en el desempeño.

La experiencia internacional, en particular la de Reino Unido, es un punto de referencia importante para analizar las oportunidades de transición de un modelo público integrado de atención a la salud hacia uno de contrato público. El sistema británico, como ya se expuso en el capítulo II, se encuentra también organizado por regiones, las cuales reciben asignaciones presupuestales de las autoridades centrales. Antes de la reforma, la asignación era de carácter centralizado, pero a partir de 1991 las autoridades distritales adquieren un papel más activo como compradores de servicios de salud en favor de los usuarios, lo cual introduce en el sistema incentivos más claramente definidos para mejorar la eficiencia y calidad en la distribución de los recursos públicos.

A continuación expondré, de manera muy general, la forma como el IMSS central asigna sus recursos a las unidades operativas y los problemas de incentivos asociados a esa práctica².

2. Asignación de los recursos dentro de la organización

En general, la asignación presupuestal en el IMSS se realiza a partir de relaciones de corto plazo entre las áreas centrales y las regionales (o delegaciones, que son las unidades del IMSS en los estados y que ahora dependen de las Direcciones Regionales). Ello se debe a las siguientes razones:

- 1) los presupuestos se negocian cada año y no se garantiza el financiamiento de proyectos en proceso a plazos más largos;
- 2) debido a problemas de información imperfecta por parte de las áreas centrales, éstas no son capaces de conocer con precisión la evolución de la demanda y de la tecnología, por lo cual no es posible delimitar contractualmente la evolución de largo plazo;
- 3) los compromisos de inversión adquiridos por el delegado en turno no necesariamente son respetados y continuados por los delegados subsecuentes.

² La información está recabada a partir de entrevistas informales con algunos mandos medios y superiores del IMSS central, principalmente de las áreas de finanzas, sistemas y contraloría. A petición de los entrevistados, no revelo sus nombres ni sus posiciones administrativas actuales.

La imposibilidad de establecer relaciones de largo plazo para la asignación presupuestal, da lugar a que los operadores no tengan incentivos a mejorar su desempeño y a procurar ahorros, ya que, por una parte, no reciben una compensación adecuada por sus esfuerzos y, por la otra, si generan ahorros en un periodo, las autoridades centrales les recortan el presupuesto para el periodo siguiente. Por la estructura integrada del IMSS, el control central redistribuye las ganancias en eficiencia entre todo el sistema y no premia a los responsables directos de ellas.

Por otra parte, debido a la homogeneidad que el sistema centralizado de asignación de recursos presupuestales impone a los proveedores de los servicios, los médicos familiares y el segundo nivel de atención presentan dificultades para desarrollar y adoptar nuevas técnicas médicas y formas de organización.

Con el fin de ejemplificar los resultados del sistema vigente, a continuación presento en la Tabla IV.2 los porcentajes del presupuesto asignados en 1993 a algunas delegaciones estatales del Instituto (actualmente bajo la jurisdicción de las siete Direcciones Regionales), comparándolos con los porcentajes que teóricamente deberían recibir³, tomando en cuenta que cada región difiere en tamaño de población, ocupación diaria de camas, tasas de mortalidad y tipo de enfermedades.

³ Los resultados obtenidos por el IMSS provienen de una fórmula diseñada por Knox ("Principles of Allocation of Health Care Resources", Journal of Epidemiology and Community Health, 1978), adaptada a la información con que cuenta el IMSS actualmente. Dicha fórmula incorpora variables como el tipo de enfermedades que predominan en ciertas regiones, el tamaño de su población, el número de camas ocupadas y la tasa de mortalidad para cada región.

TABLA IV.2
PORCENTAJE DEL PRESUPUESTO ASIGNADO A ALGUNAS DELEGACIONES
ESTATALES VS. PORCENTAJE DE FÓRMULA

Delegación estatal	Observado	Fórmula
Aguascalientes	1.05%	3.74%
Baja California Sur	0.89%	1.53%
Coahuila	4.32%	3.29%
Distrito Federal (delegación 1)	4.12%	2.66%
Estado de México	7.98%	5.00%
Hidalgo	1.36%	6.9%
Nuevo León	6.83%	4.69%
Tabasco	1.05%	0.56%

Fuente: Estadísticas para trabajo interno del IMSS, 1995.

En varios casos, las diferencias son muy marcadas (el ejemplo de Hidalgo es bastante ilustrativo), lo cual es una muestra clara de que el sistema de asignación centralizada no siempre responde a las necesidades reales de recursos de las delegaciones del IMSS.

3. Los principios de la reforma

Antes de aborar el tema de la orientación posible que podría tomar la reforma del seguro médico del IMSS, considero necesario introducir algunos criterios en los que hay cierto acuerdo entre los proponentes de cambio al sistema de atención a la salud en México⁴. Los propósitos de la reforma pueden resumirse en tres: equidad, calidad y eficiencia.

⁴ Los juicios que a continuación expongo se basan en los trabajos recientes de la Fundación Mexicana para la Salud, principalmente de su documento Bases doctrinarias de la reforma en salud, Serie Economía y Salud, 1994, tomo 2.

El objetivo de equidad ya se describió en el primer capítulo y se refiere a la oportunidad de recibir servicios ante una misma necesidad de salud, de forma tal que la brecha entre los grupos sociales se reduzca. Debido a los mecanismos formales de acceso a la seguridad social, no es posible pretender que las instituciones de este tipo den oportunidad de acceder al sistema a la población del país no asalariada, ya que ello pondría en riesgo la viabilidad financiera de la seguridad social. El establecimiento de la universalidad en el sistema de atención a la salud se ve limitado por la diferencia de métodos de financiamiento entre instituciones, pero este tema rebasa claramente los objetivos de esta investigación.

El objetivo de calidad se refiere al doble propósito de conseguir que la atención efectivamente tenga incidencias positivas sobre los niveles de salud de las personas y que logre satisfacción en los usuarios, respetando su autonomía y sus preferencias. La falta de libertad de elección del médico familiar por parte de los derechohabientes del IMSS es un claro obstáculo al logro de la calidad, por lo cual es necesario que la reforma lo considere.

El objetivo de eficiencia -- ya también descrito-- está relacionado con el de calidad, pues significa alcanzar las metas de salud utilizando la menor cantidad posible de recursos. La reforma del seguro médico del IMSS debe seguir de cerca el principio de eficiencia, ya que la organización actual trae consigo problemas de asignación de recursos y genera costos innecesarios.

4. Hacia el contrato público

La reforma a la Ley del Seguro Social de 1994 es un paso necesario para desconcentrar el funcionamiento de la atención médica del IMSS, acercando las decisiones de operación cotidiana de médicos y hospitales a los lugares donde la mayoría de los problemas de salud se originan. La lógica que guía este proceso de desconcentración de autoridad puede concebirse como un reconocimiento tácito de que las áreas centrales del Instituto no son plenamente capaces de identificar la evolución de la demanda de servicios, del desarrollo tecnológico en el área médica y del cambio demográfico en cada región.

Sin embargo, el sistema de presupuestación vigente puede ser un obstáculo importante a la consolidación de ese proceso, ya que su carácter centralizado y la práctica de renegociar continuamente las asignaciones presupuestales generan discrecionalidad en la toma de decisiones e incertidumbre sobre las oportunidades de inversión de las unidades operativas. Por tanto, se corre el riesgo de que las Direcciones Regionales se conviertan en una réplica de la estructura centralizada de decisión del IMSS.

Una de las conclusiones más relevantes de la experiencia del caso británico es que la reforma debe traducirse en mecanismos de regulación que provean incentivos adecuados para todos los agentes que intervienen en el sistema de atención a la salud⁵. La

⁵ Alan Maynard, "Developing the Health Care Market", The Economic Journal, Vol. 101, September 1991; Phil Shakley and M, Ryan, "What is the Role of the Consumer in Health Care?" Journal of Social Policy, Vol. 23, October 1994.

desconcentración de decisiones en Reino Unido estuvo asociada a una nueva distribución de los recursos públicos en la que los proveedores tienen ahora que competir, actuando en favor de los pacientes. Los fondos de financiamiento --que antes de la reforma desempeñaban un papel pasivo-- se convirtieron en compradores activos de servicios de salud con libertad de elegir a los proveedores más eficientes y calificados. Por su parte los hospitales adquirieron incentivos a mejorar su desempeño, ya que el sistema les permite ahora tener autonomía de gestión. Los médicos generales con fondos propios tienen la oportunidad de generar excedentes, lo cual los incentiva a inducir en sus pacientes un consumo más racional de diagnósticos y tratamientos. El instrumento principal de la reforma del sistema británico ha sido el establecimiento de contratos entre sus agentes, teniendo las autoridades distritales --o sea las entidades de financiamiento-- facultades para administrarlos.

De la misma forma, el proceso de desconcentración de autoridad en el IMSS puede instrumentarse a partir de contratos (obligaciones) de largo plazo entre las direcciones normativas del Instituto (las áreas centrales) y sus Direcciones Regionales, que funcionen como los mecanismos que regulen el sistema de asignación presupuestal. Los contratos deben delimitar las áreas de acción de cada parte, garantizar derechos y obligaciones, establecer premios al desempeño y sanciones al incumplimiento. Es necesario que los contratos no abran la posibilidad de renegociarse continuamente,

pues ello podría dar lugar a discrecionalidades e introducir incertidumbre sobre los proyectos acordados.

No es necesario que los contratos sean uniformes para todas las regiones, pues cada una de éstas difiere en características y necesidades de salud, por lo cual una política homologadora de criterios podría caer en la inflexibilidad que hoy caracteriza al proceso presupuestario del IMSS.

Esta evolución hacia un modelo de contrato público supone alcanzar los siguientes objetivos:

- a) mejorar el acceso y la libertad de elección de los usuarios;
- b) estimular el ahorro por parte de los médicos familiares y mejorar la calidad de su desempeño;
- c) reforzar el control de los tratamientos en los niveles de atención segundo y tercero;
- d) reducir los costos de la intervención directa por parte de las áreas centrales del IMSS.

5. La mezcla público/privada

Considero que la sólo reestructuración interna en la organización del IMSS puede ser insuficiente para garantizar un modelo de atención más flexible. La experiencia internacional muestra un mayor equilibrio entre los sectores privado y público en la provisión y financiamiento de servicios de salud, lo cual es consistente con la propuesta de evolución hacia un sistema de

contrato público, pues la presencia del sector privado como asegurador y proveedor de servicios puede ampliar las posibilidades de que el nuevo mercado interno sea más competitivo.

Hay estudios que muestran la creciente importancia de instituciones privadas en el mercado de la salud en México⁶. En primer lugar, la política de desregulación comercial iniciada durante la década pasada ha permitido la expansión de la industria de seguros privados de salud. Según el estudio citado, el número de pólizas vendidas de seguros de enfermedad y accidentes creció de 242,000 en 1986 a 533,000 en 1989 y el excedente de la industria es positivo y, por lo menos hasta 1984, relativamente grande. Por su parte, la provisión privada de servicios de salud representó, después de 1985, el 54% del producto interno bruto de los servicios médicos⁷.

La importancia creciente del sector privado no puede perderse de vista en la formulación de propuestas para la política de atención a la salud en nuestro país, sobre todo si consideramos que muchas empresas --en especial las que contratan personal con salarios superiores a los 10 salarios mínimos-- han manifestado su inconformidad por tener que efectuar aportaciones obligatorias a los fondos de salud de la seguridad social, cuando en ocasiones les

⁶ Esthela Redorta, Reestructuración de los servicios de salud: cambio de la mezcla público/privada, CIDE, Documentos de Trabajo, Serie Administración Pública, 1993.

⁷ Ibid., p. 11.

resultaría más barato contratar los servicios con entidades de aseguramiento privadas⁸.

La participación del sector privado en el mercado de atención a la salud puede, entonces, llevarse a cabo tanto en el financiamiento como en la provisión de los servicios. Desde el punto de vista del financiamiento, puede considerarse como alternativa que el público usuario del sistema de seguridad social (trabajadores y empresas) tenga libertad de elegir entre diversos aseguradores privados y públicos (incluida por supuesto la seguridad social). En este caso, el IMSS podría excentar a las empresas que contratan con seguros privados su aportación obligatoria al ramo de Enfermedades y Maternidad. Desde el punto de vista de la prestación de los servicios, el IMSS podría establecer contratos con organismos privados (además de proveer atención médica y hospitalaria a través de sus propias unidades operativas regionales), para que éstos proporcionen los servicios de salud, aunque el IMSS siga siendo el responsable directo de que la población derechohabiente sea atendida.

6. Reflexiones sobre la propuesta de innovación organizacional

El incipiente proceso de regionalización en el IMSS y la propuesta de hacer más flexible y eficiente el sistema de asignación presupuestal suponen un impulso innovador sobre una

⁸ IMSS, Diagnóstico, Marzo de 1995, p. 36.

organización de más de 50 años, que durante mucho tiempo estuvo alejada de cuestionamientos de fondo en el debate público, ya que su entorno parecía bastante estable. Las condiciones sociales, económicas y demográficas del país habían permitido que el IMSS hiciera frente a sus problemas financieros recurriendo a prácticas tradicionales, sin tener en cuenta que en el futuro estas condiciones cambiarían y harían surgir problemas en la eficiencia y la equidad del sistema.

Sin embargo, como ya he mostrado, el entorno de la seguridad social y del sector salud en su conjunto, está cambiando rápidamente y el propio IMSS ha reconocido este hecho. Su reorganización interna es un intento para renovarse, sin alterar sus objetivos originales, como son la provisión de una red de servicios de salud para sus derechohabientes, independientemente de su nivel socioeconómico; evitar que caiga el nivel de vida de los trabajadores después de que se retiran de sus ocupaciones laborales y facilitar la inserción de las mujeres al mercado laboral en condiciones de equidad.

Tomando como referencia el marco metodológico sugerido por Cabrero y Arellano⁹, podrían aventurarse algunas hipótesis sobre el impacto de la innovación organizacional puesta en marcha desde diciembre de 1994. Según esos autores, el concepto de innovación en organizaciones es "el elemento detonador de un conjunto de

⁹ Cabrero y Arellano, "Análisis de innovaciones exitosas en organizaciones públicas. Una propuesta metodológica", Gestión y Política Pública, CIDE, Vol. II, num. 1, enero-junio de 1993, pp. 59-86.

procesos de reconfiguración y cambio de uno o varios elementos de una organización (funciones, estructuras, comportamientos y relaciones con el contexto) que puede ser capaz de afectar la 'agencia' organizacional"¹⁰, entendida ésta como el lugar en que la innovación se calcula e interpreta. Por tanto, el impacto puede reflejarse en cuatro esferas principales:

- a) la funcional (de qué nueva forma se combinarán los recursos en el sistema de atención a la salud del IMSS para alcanzar resultados determinados);
- b) la estructural (qué cambios experimentará la organización en sus formas organizativas y de qué manera ello incidirá sobre el proceso de toma de decisiones);
- c) la comportamental (qué nuevas actitudes y valores generará el impulso innovador sobre los miembros de la organización);
- d) la relacional (qué nuevas relaciones se establecerán entre el IMSS y los usuarios de los servicios).

La desconcentración de decisiones y el sistema propuesto de asignación presupuestal tendrán un impacto directo sobre los patrones de funcionamiento cotidiano en la institución. La nueva delimitación de funciones entre las áreas normativas y operativas del IMSS requiere sistemas de información y monitoreo que tengan un significado común entre los agentes; desde la perspectiva de las direcciones centrales, la información será un instrumento para

¹⁰ Ibid., pp. 69-70.

evaluar la operación de los programas de atención a la salud por parte de las direcciones regionales y las delegaciones; desde la perspectiva de éstas, la información será un insumo importante para elegir las mejores alternativas de acción. El funcionamiento habitual de la institución será, entonces, modificado por el establecimiento de nuevas tecnologías de información; sin embargo, el tipo de organización que prevalece actualmente en el IMSS puede dificultar la adopción conjunta de innovaciones técnicas (sistemas de información más eficientes) y administrativas (desconcentración de facultades), ya que su estructura centralizada da lugar a inflexibilidades.

La innovación en el IMSS se verá también reflejada en las estructuras de la organización, al delimitar los espacios de intervención de cada autoridad. Las autoridades centrales y las regionales deberán establecer entre ellas una relación basada en la creación y cumplimiento de acuerdos de largo plazo en los cuales se definan claramente las atribuciones de cada una, sin permitir que las negociaciones se abran continuamente. Los contratos constituirán, por tanto, el marco regulatorio de esta nueva relación y serán la innovación más importante sobre la estructura organizacional.

Sin embargo, el IMSS es una institución que ha funcionado por mucho tiempo a base de criterios jerárquicos y de controles fuertemente burocráticos, lo cual puede --por lo menos en un principio-- ser un obstáculo para el éxito de la nueva estructura. La inercia de prácticas anteriores puede llevar a resistencias por

parte del personal de la institución, ya que sus valores y actitudes hacia el servicio están permeados por una cultura jerárquica, no siempre propicia a los mecanismos de mercado.

Finalmente, podría suponerse que entre el IMSS y los usuarios de los servicios médicos y hospitalarios puede surgir una relación menos impersonal, sobre todo si la regulación abre la posibilidad de que el paciente tenga libertad de elegir a su médico en el primer nivel de atención. Ello daría lugar a que el derechohabiente actúe más como un consumidor que guía la competencia entre médicos familiares que como destinatario pasivo de servicios, cualquiera que sea la calidad de éstos.

CONCLUSIONES GENERALES

Esta investigación ha tenido el propósito de hacer una reflexión general sobre la política de atención a la salud en el IMSS, enfocándose a analizar sus mecanismos de financiamiento, provisión de servicios y regulación interna y tomando como referencia el debate internacional sobre la reforma a los sistemas de atención, principalmente en países desarrollados.

La discusión expuesta en este trabajo sobre los problemas y tendencias vigentes en los diferentes sistemas ofrece una perspectiva especial para abordar el tema de la atención a la salud. Esa visión pone énfasis en la organización de los sistemas para analizar cómo se distribuyen los recursos entre los agentes, qué tipo de relación se establece entre ellos, qué conductas propicia el esquema de incentivos predominante en el mercado y qué papel desempeña la regulación sobre el funcionamiento del sistema en su conjunto.

A pesar de que los sistemas son diferentes en sus formas de financiamiento, provisión de servicios y regulación, la investigación tomó como punto de partida dos principios básicos en torno de los cuales gira la política de atención a la salud: la eficiencia y la equidad. Estos principios, sin embargo, mantienen en ocasiones una relación tensa, ya que no siempre es posible alcanzarlos de manera simultánea. El grado de cumplimiento de ambos objetivos depende de la forma como los sistemas se encuentran

organizados, ya que el tipo de financiamiento y provisión de servicios médicos y hospitalarios introduce un conjunto de incentivos que orientan el comportamiento de los actores (médicos, hospitales, pacientes, entidades financiadoras y gobierno). La experiencia internacional muestra una tendencia a ampliar la participación del sector privado en el mercado de atención a la salud, sobre todo en aquellos países en los que el sector público ha tenido una presencia muy fuerte tanto en el financiamiento como en la operación del sistema. Por otra parte, la regulación gubernamental se orienta, cada vez más, a fomentar arreglos competitivos que maximizan el valor de los recursos en favor de los pacientes, al tiempo que los controles centralizados dejan de ser los instrumentos predominantes de la intervención del gobierno.

La investigación, por otra parte, ha expuesto cuáles son los problemas principales de los sistemas de atención a la salud en países desarrollados, lo cuales propiciaron reformas profundas en su organización durante la década pasada. Los problemas más importantes son el crecimiento de los costos, la insatisfacción de los usuarios en relación a la calidad de la atención y los fenómenos demográficos que imponen presiones financieras muy grandes. Estas cuestiones no son exclusivas de países desarrollados, puesto que México experimenta también cambios en su estructura demográfica, epidemiológica, laboral y económica, que rebasan las fórmulas vigentes de atención a la salud.

La investigación tomó como referencia al Sistema Nacional de Salud en Reino Unido, con el fin de enriquecer el debate actual en

México sobre la reforma a la atención a la salud. Antes de 1991, el sistema británico era uno de los más centralizados del mundo, ya que la presencia del gobierno en el financiamiento, provisión y regulación de los servicios era muy fuerte, mientras que el sector privado desempeñaba un papel muy reducido. Las reformas llevadas a cabo por el gobierno tatcherista tuvieron el propósito de simular un mercado interno en el Sistema Nacional de Salud para proveer de incentivos adecuados a los agentes, de forma tal que se lograra mayor eficiencia en la asignación de los recursos, sin deteriorar el acceso equitativo a los servicios. La estrategia de la reforma consistió, básicamente, en separar el financiamiento de la operación, estableciendo entidades financiadoras con libertad de elegir a los proveedores más eficientes y calificados y dando a éstos la oportunidad de adquirir mayor autonomía en el manejo de sus recursos y asuntos internos. La reforma abrió la posibilidad de que el primer nivel de atención tuviera recursos propios para utilizarlos en favor de los pacientes, con el objetivo de fomentar en éstos un consumo más racional de diagnósticos y tratamientos.

A partir de la experiencia británica es posible derivar algunas ideas importantes para fundamentar las propuestas de cambio al sistema de atención a la salud en México, principalmente en la seguridad social, tema de intenso debate público actualmente. El trabajo caracterizó al Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS como un modelo público integrado, ya que tiene una estructura centralizada en la cual una misma institución cumple funciones distintas: financia la atención, provee los servicios, regula el

presupuesto y vigila que las unidades operativas cumplan con lineamientos de política fijados en el nivel central. Por tanto, al igual que el Sistema Nacional de Salud británico antes de sus reformas, el seguro médico del IMSS carece de una clara definición funcional. Su centralización ha propiciado problemas característicos de los modelos públicos integrados, como son largos tiempos de espera, inflexibilidad para tomar decisiones en los niveles operativos, bajos incentivos al ahorro, problemas de eficiencia en la asignación de los recursos hacia las unidades médico-hospitalarias y dificultades para fincar responsabilidades entre las distintas áreas.

Para evolucionar de este tipo de organización centralizada hacia un modelo de atención flexible, podemos remitirnos a la estrategia de Reino Unido: hacer una separación entre el financiamiento y la operación y establecer regulaciones orientadas a la competencia, sin necesidad de privatizar el sistema. La clave de esta reforma es cambiar el esquema de incentivos de los actores para fomentar que su comportamiento sea más eficiente y transparente.

La referencia al caso británico enfrenta, sin embargo, algunas limitaciones importantes al compararlo con el sistema de atención mexicano. Probablemente la principal diferencia entre ambos es que Reino Unido tiene un sistema de atención a la salud único que cubre al total de la población, mientras que el sistema en México está conformado por varias instituciones públicas y privadas que atienden a varios segmentos de la población, dependiendo de su

posición en el mercado laboral y su capacidad de pago. Esta diversidad institucional ha dado lugar a un sistema fragmentado que no siempre puede funcionar con coordinación, ya que las formas de financiamiento y acceso en cada institución son distintas.

Los instrumentos que considero pueden ampliar las posibilidades de cambio en el IMSS para dar mayor flexibilidad a su sistema de atención a la salud, son la regulación presupuestal, la clara delimitación de facultades entre las áreas normativas y regionales, la libertad de elección del médico familiar por parte de los pacientes y la mezcla público/privada en el financiamiento y provisión de los servicios. La propuesta consiste, entonces, en evolucionar hacia un modelo de contrato público que aproveche el reciente proceso de desconcentración regional en el IMSS y la creciente importancia del sector privado como asegurador de servicios de salud en México.

Los factores que obligan a poner en marcha una reforma al sistema de atención a la salud en la seguridad social mexicana son claros. México está experimentando una transformación profunda en sus estructuras poblacional y epidemiológica que impondrá presiones financieras considerables durante los próximos años. Por otra parte, la caída en las tasas de afiliación a la seguridad social, si bien son en parte resultado de la creciente informalidad en el mercado laboral, también es cierto que la gente valora menos los servicios y, por ello, no cuenta con estímulos suficientes para asegurarse en este tipo de esquemas públicos.

El IMSS es una institución con más de cincuenta años que sirvió como un mecanismo de integración social durante la etapa de industrialización desde la década de 1940. Hoy en día, es uno de los mayores proveedores de servicios de salud para los trabajadores del sector privado e, incluso, da atención a núcleos marginados de la población a través de IMSS-Solidaridad. Su tamaño, la diversidad de funciones que desempeña, los distintos riesgos que cubre y los múltiples procesos que se llevan a cabo en el interior de su estructura hacen que el IMSS sea una organización muy compleja. Pero también es evidente que la sociedad mexicana está sufriendo cambios y que la eficiencia en la asignación de los recursos se ha convertido en una de sus mayores demandas.

Durante los últimos años, el Estado ha iniciado cambios de fondo en su relación con la sociedad, reduciendo su intervención directa en el proceso económico, promoviendo la participación del sector privado y estableciendo regulaciones favorables a la competencia. Esta tendencia plantea nuevos retos a las formas de gestión de las organizaciones públicas, puesto que demanda de éstas respuestas innovadoras y actitudes más flexibles. Para incorporarse de manera efectiva a esta transformación, el IMSS requiere rediseñar sus estructuras y volverse una organización capaz de hacer frente a un entorno cambiante.

El incipiente proceso de desconcentración hacia las regiones logrará el objetivo de acercar las decisiones a los lugares donde se originan los problemas, en la medida en que se establezcan nuevas reglas del juego entre sus distintas áreas, se abra la

posibilidad de que otras instituciones participen en la provisión y financiamiento de los servicios de salud y el público usuario tenga capacidad para influir en la calidad de la atención.

BIBLIOGRAFÍA

- Ayala, Raúl y C. Schaffer, Salud y seguridad social. Crisis, ajuste y grupos vulnerables, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 1991.
- Borzutzky, Silvia, "Social Security and Health Policies in Latin America: The Changing Roles of the State and the Private Sector", Latin American Research Review, Vol. 28, 1993, pp. 246-256.
- Cabrero, Enrique y D. Arellano, "Análisis de innovaciones exitosas en organizaciones públicas. Una propuesta metodológica", Gestión y Política Pública, CIDE, Vol. II, núm. 1, enero-junio de 1993.
- Culyer, A. J., "Cost Containment in Europe", Health Care Financing Review, Annual Supplement, 1989, pp. 21-32.
- Dinitto, Diana M. and T. Dye, Social Welfare. Politics and Public Policy, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, second edition, 1987,
- Enthoven, Alain C., Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance, Elsevier Science Publishers B.V., Amsterdam, 1988.
- Frenk, Julio, et. al., "Consequences of the North American Free Trade Agreement for Health Services: A Perspective from Mexico", American Journal of Public Health, Vol. 84, No. 10, October 1994, pp. 1591-1597.
- Frenk, Julio y J. L. Bobadilla, "Los futuros de la salud", en Nexos, No. 57, enero de 1991, pp. 59-68.
- Gough, Ian, The Political Economy of the Welfare State, London, Macmillan, 1979.

Graig, Laurene A., Health of Nations, Congressional Quarterly Inc. Washington D.C., 1993.

Ham, Chris, Management and Competition in the New NHS, Oxford, Radcliffe Medical Press, 1994.

Hill, Michael, and G. Bramley, Analysing Social Policy, Oxford, Blackwell Publishers, 1ª ed., 1986, 3ª reimpr., 1992.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Diagnóstico, marzo de 1995.

James Malloy, "Statecraft, política y crisis de la seguridad social", en Carmelo Mesa-Lago, ed., La crisis de la seguridad social y la atención a la salud, México, Fondo de Cultura Económica, 1986, pp. 29-68.

Jenkins, W. I., Policy Analysis: A Political and Organisational Perspective, London, Martin Robertson, 1978.

Kumate, Jesús y G. Soberón, Salud para todos. ¿Utopía o realidad?, México, El Colegio Nacional, 1989.

Ley del Seguro Social de 1973

Ley General de Salud

López Acuña, Daniel, La salud desigual en México, México, Siglo Veintiuno, 1980.

Maynard, Alan, "Developing the Health Care Market", The Economic Journal, Vol. 101, September 1991, pp. 1277-1286.

Mesa-Lago, Carmelo, "El financiamiento de la seguridad social en los países latinoamericanos", en J. Narro Robles y J. Moctezuma, comps., La seguridad social y el Estado Moderno, México, IMSS-FCE- ISSSTE, 1992, pp. 221-248.

Mintzberg, Henry, Mintzberg y la dirección, trad. J. Nicolau y M. Gonzálbes, Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 1989.

- Moreno Salazar, Pedro, Análisis de la gestión del IMSS de 1975 a 1985, México, CIDE, Documentos de Trabajo, Serie Administración Pública, 1988.
- Musgrave, R. A. and Musgrave P., Public Finance in Theory and Practice, 3ª ed., New York, McGraw Hill, 1975.
- O'Connor, J., The Fiscal Crisis of the State, New York, St. Martins Press, 1973.
- OECD, Health Care Reform. Controlling Spending and Increasing Efficiency, Paris, 1994.
- OECD, The Reform of Health Care, Paris, 1992.
- Redorta, Esthela, Reestructuración de los servicios de salud: cambio en la mezcla público-privada, México, CIDE, Documentos de Trabajo, Serie Administración Pública, 1993.
- Reglamento de organización interna del Instituto Mexicano del Seguro Social de 1983.
- Ruiz Durán, Clemente, et. al., Sistemas de Bienestar Social en Norteamérica. Análisis Comparado, México, SEDESOL-El Nacional, 1994.
- Santos-Burgoa, Carlos, "Salud y seguridad social", en J. Narro Robles y J. Moctezuma, comps., La seguridad social y el Estado Moderno, México, IMSS-FCE- ISSSTE, 1992, pp. 299-333.
- Shackley, Phil y M. Ryan, "What is the Role of Consumer in Health Care?", Journal of Social Policy, Vol. 23, October 1994, pp. 517-541.
- Titmuss, R. M., Essays on 'The Welfare State', 2ª ed., London, George Allen and Unwin, 1963.
- Weale, A., Political Theory and Social Policy, London, Macmillan, 1983.

The World Bank, Financing Health Services in Developing Countries,
Washington D.C., 1987.