

UCLA

UCLA Previously Published Works

Title

Programa de Acción: Protección Financiera en Salud

Permalink

<https://escholarship.org/uc/item/9qw7n38h>

Author

Bustamante, Arturo

Publication Date

2002-08-15

Copyright Information

This work is made available under the terms of a Creative Commons Attribution-NoDerivatives License, available at <https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

Peer reviewed

Programa Nacional de Salud 2001 - 2006



Programa de Acción: Protección Financiera en Salud

Programa de Acción:

PROTECCIÓN FINANCIERA EN SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud
Dr. Enrique Ruelas Barajas
Subsecretario de Innovación y Calidad
Dr. Roberto Tapia Conyer
Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud
Dr. Roberto Castañón Romo
Subsecretario de Relaciones Institucionales
Lic. Maria Eugenia de León-May
Subsecretaria de Administración y Finanzas
Lic. Guido Belsasso
Comisionado del Consejo Nacional para las Adicciones
Dr. Misael Uribe Esquivel
Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud
Dr. Eduardo González Pier
Coordinador General de Planeación Estratégica
Mtro. Gonzalo Moctezuma Barragán
Director General de Asuntos Jurídicos
Lic. Gustavo Lomelín Cornejo
Director General de Comunicación Social
Lic. Mauricio Bailón González
Director General de Protección Financiera en Salud

Índice

Introducción		I
I. En dónde estamos		7
II. A dónde queremos llegar		25
III. Qué camino vamos a seguir		28
Línea de acción 1	Consolidar la protección básica y promover la creación de un tercer seguro público.	30
Línea de acción 2	Promover y ampliar la afiliación al seguro social.	36
Línea de acción 3	Ordenar y regular el prepago privado.	37
Línea de acción 4	Desarrollo de otros esquemas de protección financiera.	46
Línea de acción 5	Articular el marco de aseguramiento en salud.	47
IV. Cómo medimos los avances		51

Programa de acción de protección financiera en salud

Introducción

La salud de la población mexicana es requisito indispensable para alcanzar un desarrollo económico y social. El *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, establece que para mejorar la salud de la población es necesario democratizar la atención a la salud; es decir, crear condiciones de acceso, calidad y financiamiento de los servicios, independientemente del lugar de residencia de la población y su capacidad económica. Por su parte, el *Programa Nacional de Salud 2001-2006* identifica a la protección financiera como uno de los tres grandes retos que enfrenta la presente administración, además de los objetivos de incrementar la calidad de los servicios de salud y alcanzar la equidad en materia de prestación y financiamiento de los mismos.

Retos: calidad, equidad y protección financiera.

Las familias mexicanas gozarán de protección financiera en salud en la medida en que a través de un pago anticipado se reduzca significativamente la posibilidad de que enfrenten gastos excesivos en salud. Incorporadas a algún esquema que ofrezca protección financiera, las familias reducirán los pagos de bolsillo y con ello las dificultades financieras a causa de los altos costos de la atención médica. Al incorporarse, a un esquema de protección financiera las familias conocerán de manera explícita el paquete de intervenciones a que tendrán derecho, en donde la atención preventiva tendrá un peso predominante sobre la curativa.

Protección Financiera: Menos gasto de bolsillo, menos problemas financieros, más atención preventiva.

La quinta estrategia del Programa Nacional de Salud 2001-2006

describe las líneas de acción en materia de protección financiera. Dichas líneas de acción surgen del análisis del desempeño inadecuado que el sistema de salud mexicano presenta en materia de financiamiento a la salud. Este análisis fue enriquecido por las propuestas presentadas en los Foros de Consulta Ciudadana así como las enviadas por diversos gobiernos estatales.

Las líneas de acción que a continuación se presentan buscan sentar las bases para que todas las familias mexicanas tengan acceso a algún esquema que garantice protección financiera: a) Consolidación de la protección básica y promoción de la creación de un tercer seguro público; b) Promoción y ampliación de la afiliación al seguro social; c) Ordenamiento y regulación del prepago privado; d) Desarrollo de otros esquemas de protección financiera; y e) Articulación del marco de aseguramiento en salud. De esta manera, la presente administración buscará consolidar los esquemas de aseguramiento en salud ya existentes y desarrollar esquemas innovadores para segmentos de población que actualmente no cuentan con opciones para protegerse financieramente contra gastos en salud.

El presente documento se divide en cuatro partes. En la primera se presenta, a manera de diagnóstico, un análisis sobre el sistema de salud mexicano desde la perspectiva del financiamiento y de la protección de las familias al momento de requerir atención médica; los diferentes esquemas de protección financiera que operan en el país tales como el régimen obligatorio de la seguridad social ligado a la modalidad de empleo; así como el esquema de aseguramiento voluntario

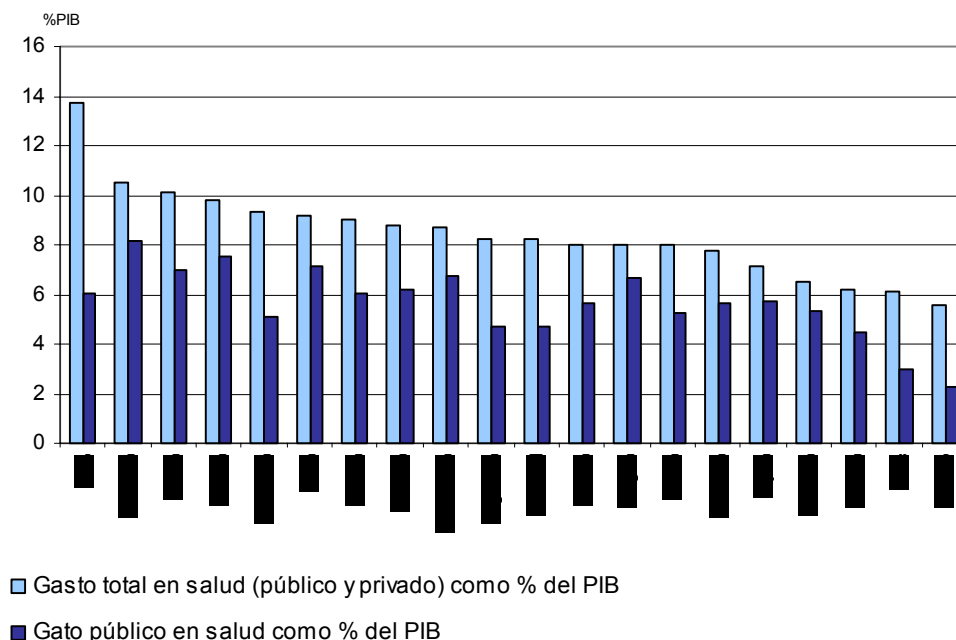
del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a través del Seguro de Salud para la Familia. Se hace especial énfasis en el modelo de atención a la población no asegurada que actualmente no ofrece alternativas para pagar de manera anticipada por salud. Como parte del diagnóstico, se describen también los esquemas de aseguramiento privado y la supervisión que realiza la Secretaría de Salud (SSA) para regular y ordenar a las instituciones de seguros especializadas en salud, ISES. En la segunda parte del documento se presenta la misión, visión y los objetivos de largo plazo que la presente administración pretende alcanzar en materia de protección financiera. La tercera parte describe el camino que se seguirá para consolidar e instrumentar esquemas de protección financiera para los diferentes segmentos de población, y las acciones de articulación del marco general de aseguramiento en salud. Finalmente, en el apartado de cómo mediremos los avances, se presentan los indicadores de evaluación y seguimiento que permitirán medir el impacto de las acciones instrumentadas.

I. En dónde estamos...

Actualmente, México destina el 5.6 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) al gasto en salud. De este porcentaje, el 3.1% es gasto privado y el 2.5 % lo constituye el gasto público. Comparado con otros países de desarrollo económico similar al nuestro, el gasto en salud es superior al de Venezuela, pero inferior al de Argentina, Brasil, Chile y Uruguay.

El gasto en salud en México como porcentaje del PIB es muy bajo.

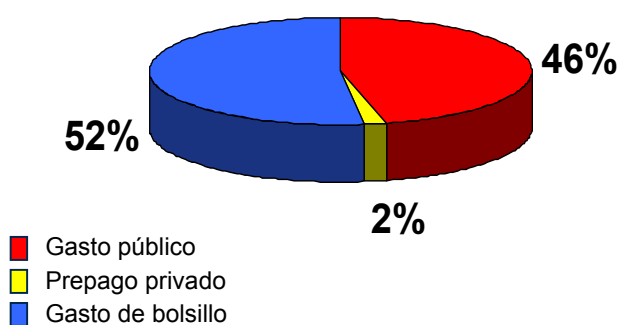
Gasto en salud como porcentaje del PIB



Fuente: Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Como lo indica la Gráfica 1 el gasto de bolsillo constituye el 52% del gasto total en salud. Como se describirá posteriormente, es la forma más ineficiente de gastar en salud y el objetivo central de brindar protección financiera a los mexicanos deberá mostrarse en una disminución paulatina de esta forma de financiamiento. El gasto público incluye los recursos que se obtienen a través de impuestos generales más las cuotas obrero-patronales de la seguridad social. El prepago privado lo constituyen primordialmente los seguros de gastos médicos mayores y se espera que con el desarrollo de la salud administrada la proporción de esta forma de financiamiento crezca gradualmente.

Gráfica 1. Distribución del Gasto en Salud



Fuente: E.N.I.G.H.

El gasto de bolsillo equivale al 52% del gasto en salud.

Gasto de Bolsillo

Actualmente, más del 50 por ciento del gasto total en salud es gasto privado y más del noventa por ciento del mismo se realiza a partir de pagos directos, conocidos comúnmente como **“gastos de bolsillo”**. El gasto de bolsillo es la manera más ineficiente de gastar en salud. En primer lugar, este gasto implica que la familia tiene que enfrentar individualmente el gasto, sin la existencia de un esquema solidario entre ricos y pobres o sanos y enfermos. Al no pagar de manera anticipada, la familia no tiene control del gasto que pueden representar las complicaciones de algún padecimiento. Adicionalmente, el gasto de bolsillo aparece en momentos en donde no es posible buscar mejores alternativas de precio en virtud de la condición de salud del paciente; y por último, la persona que requiere atención médica deja de recibir ingresos por su estado de salud, lo cual puede empeorar la condición financiera de la familia,

Gasto de bolsillo es la forma más ineficiente de gastar en salud.

llegando incluso a sacrificar su patrimonio.

Como consecuencia del alto porcentaje que representa el gasto de bolsillo dentro del gasto total en salud, se estima que cada año entre 2 y 3 millones de familias enfrentan gastos catastróficos¹ en salud, y 1.2 millones cruzan la barrera de la pobreza por esta misma causa².

Anualmente, entre 2 y 3 millones de familias enfrentan gastos catastróficos en salud.

El gasto de bolsillo lo realizan familias con y sin acceso a servicios de salud de la seguridad social. A pesar de ser derechohabientes, muchas familias pagan de su bolsillo y de manera adicional por atención médica. Las razones son diversas y van desde la compra de medicamentos en farmacias privadas debido al desabasto institucional, hasta el pago por atención en hospitales privados que ofrecen comodidades que por su naturaleza, no existen en los hospitales públicos. Así, los pagos de bolsillo son en ocasiones por elección y otras veces por necesidad.

Principal problema del sistema de salud: altos costos

De acuerdo con los usuarios, los altos costos de la atención médica constituyen el principal problema del sistema de salud. Como resultado de los altos costos, es frecuente observar que los pacientes opten por postergar la atención médica e incluso, en situaciones extremas, decidan renunciar a la misma. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud, (ENSS) aplicada por Funsalud en 2000, el 16% de la población posterga la atención médica a causa de los

¹ Se considera un gasto catastrófico en salud cuando una familia se ve obligada a utilizar más del 30% de su ingreso disponible (ingresos menos gasto de alimentación) para cubrir los costos de la atención en salud.

² Se considera que una familia cruza la barrera de la pobreza cuando su nivel de consumo diario es menor a 2 dólares diarios por individuo, en promedio. (Banco Mundial 1999).

costos. De éstos, quienes postergan más frecuentemente la atención médica son los discapacitados (36%) y los mayores de 65 años (35%). Por otra parte, la misma encuesta revela que el 3% renuncia por la misma razón.

Los altos costos de la atención, principal problema del sistema de salud, según la percepción de los usuarios.

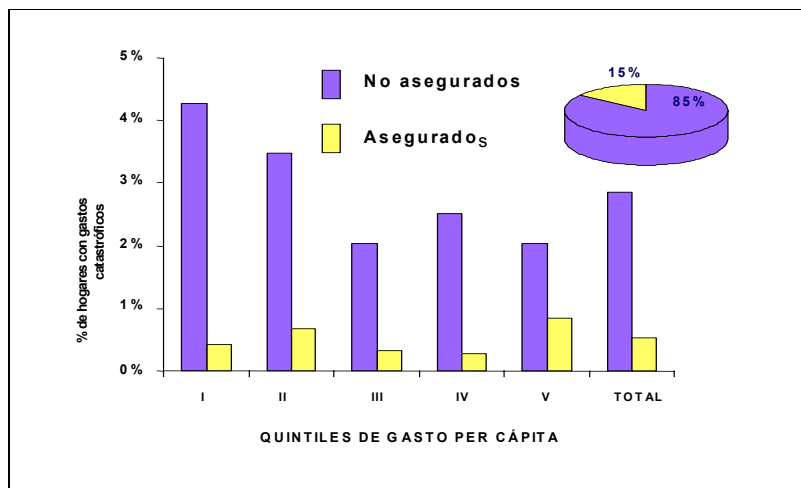
El problema de postergación o renuncia por altos costos se agrava cuando se trata de atención médica de especialidad. El 21% de la población encuestada señala haber tenido problemas para pagar los servicios del médico y los gastos derivados de la estancia en hospital y uno de cada tres (31%) haber tenido que efectuar recortes en el gasto familiar para poder cubrir los costos de atención médica. Conforme a lo esperado, quien restringe más los gastos por causa de la atención médica es la población de menores ingresos (35%), los que viven en zonas rurales (44%), las personas cuyo estado de salud es malo (42%) y los hospitalizados (43%).

Impacto en familias de bajos ingresos

La pobreza es un factor de riesgo muy importante que, por sí misma, contribuye al deterioro de la salud de la población. Como se aprecia en la Gráfica 2, los gastos de bolsillo tienden a ser mayores, como porcentaje del ingreso total, en los hogares más pobres, que por supuesto son aquellas que los realizan por necesidad. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto de los Hogares 2000, el 85% de las familias que incurren en gastos catastróficos en salud no están aseguradas por alguna institución de seguridad social.

El gasto catastrófico es mayor en los hogares más pobres.

Gráfica 2. Las familias no aseguradas son más vulnerables a los gastos en salud.



Fuente: E.N.I.G.H.

El 85% de los hogares con gastos excesivos es población no asegurada.

Los gastos de bolsillo que realiza la población con limitada capacidad de pago son por demás preocupantes. Dado su nivel de ingreso, estas familias no deberían incurrir en gastos de bolsillo que vulneran aún más su condición económica. Las familias que no tienen acceso a atención de la seguridad social realizan gastos de bolsillo por las siguientes razones:

- No existe un esquema mediante el cual la población no asegurada pueda realizar un prepago de acuerdo con su ingreso para recibir un paquete explícito de servicios
- Las cuotas de recuperación que cobran los servicios estatales de salud, a pesar de responder a las condiciones socioeconómicas de la familia, pueden llegar a representar una barrera financiera para la atención médica
- Existe una oferta limitada de establecimientos públicos

- Los horarios de atención en ocasiones son inconvenientes para la población
- No existe un abasto regular y suficiente de medicamentos
- En algunas regiones se percibe baja calidad técnica del personal médico y paramédico

Cuotas de recuperación: otra forma de pago de bolsillo

La población no asegurada recibe atención médica en las unidades de los servicios estatales de salud pagando una cuota de recuperación determinada mediante un estudio socioeconómico. De esta manera, en principio, las familias pagan por la atención recibida de acuerdo con su ingreso. Sin embargo, pueden llegar a constituir gastos excesivos, toda vez que la familia debe cubrirlas cada vez que uno de sus miembros lo requiera. En este sentido, los gastos catastróficos en salud podrían ser resultado de la frecuencia con que se requiera la atención médica. Adicionalmente, se debe sumar el gasto que las familias realizan para comprar medicamentos, el cual para muchas familias es causa de gasto excesivo aún cuando el paciente no tenga que ser hospitalizado. En el Cuadro 1 se presenta un caso hipotético, pero posible en el que una familia incurre en gastos en salud, y a pesar de ubicarse en un nivel bajo de cuota de recuperación, la frecuencia de los eventos los enfrenta a dificultades financieras.

Las cuotas de recuperación pueden constituir una barrera para el cuidado de la salud.

Cuadro 1

Las cuotas de recuperación pueden constituir una barrera para recibir atención médica

<i>Familia conformada por:</i> • El papá de 24 años, ayudante de albañil, con ingreso mensual de \$ 1,300.00, no cuenta con servicios de seguridad social y es alcohólico. • La mamá de 22 años de edad, dedicada al hogar. • Tres hijos: el mayor de 4 años, una hija de 2 años y un hijo de 1 año.	
Eventos y gastos	
1.- La madre estuvo embarazada y acudió a consulta al Hospital General de México en 2 ocasiones.	Consulta externa (2) \$ 64.00
2.- Presentó amenaza de parto prematuro a las 34 semanas de gestación, teniendo que realizársele cesárea por sufrimiento fetal agudo, permaneciendo en el hospital 3 días.	Urgencia \$ 37.00 Cesárea \$ 458.00 Hospitalización (3 días) \$ 99.00
3.- El recién nacido prematuro presentó bajo peso al nacer e insuficiencia respiratoria, por lo que tuvo que permanecer hospitalizado en terapia intensiva neonatal 21 días.	Hospitalización en Terapia Intensiva Neonatal (21 días) \$ 1,050.00
4.- Posterior al alta del recién nacido, al mes acude la mamá a Urgencias por presentar éste dificultad respiratoria, diagnosticándosele neumonía, teniendo que ser nuevamente hospitalizado por 7 días.	Urgencias \$ 37.00 Hospitalización en Servicio de Pediatría (7 días) \$ 231.00 Medicamentos no existentes en el hospital \$ 180.00
5.- El niño mayor presentó un cuadro infeccioso gastrointestinal con deshidratación severa, por lo que la mamá lo llevó a Consulta Externa, en donde el médico decidió hospitalizarlo 3 días.	Consulta Externa \$ 32.00 Hospitalización en Pediatría (3 días) \$ 99.00
6.- El niño de un año de edad presentó en dos ocasiones cuadros de rinofaringitis, por lo que la mamá lo llevó a Consulta Externa.	Consulta externa (2) \$ 64.00 Medicamentos (en dos ocasiones) \$ 240.00
7.- El padre presenta caída con consecuente fractura de fémur, por lo que lo llevaron a Urgencias, en donde se le diagnosticó fractura de fémur, teniendo que ser intervenido quirúrgicamente y permaneciendo hospitalizado 7 días.	Urgencias \$ 37.00 Osteosíntesis \$ 461.00 Hospitalización (7 días) \$ 231.00 Material no existente en el hospital \$ 120.00
Gasto erogado por la familia en atención médica en un año: \$ 3,440.00	

Gasto Público en Salud

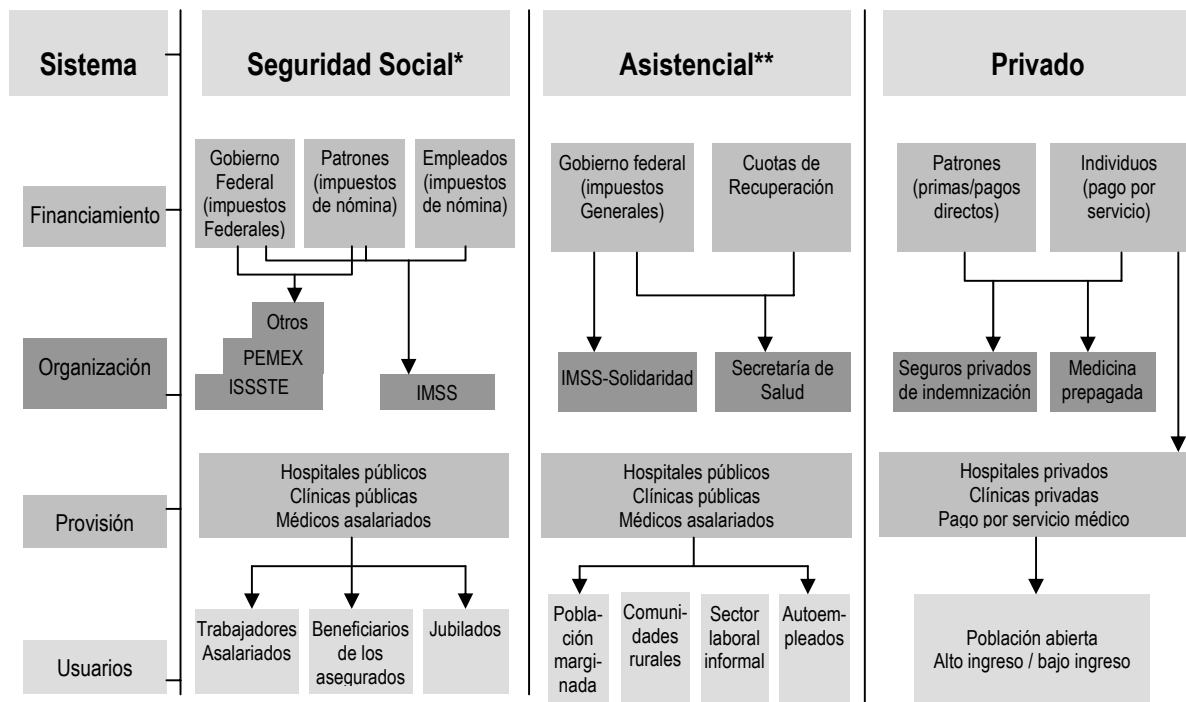
En lo que respecta al gasto público en salud, México destina un porcentaje menor al promedio latinoamericano. A pesar del bajo nivel de recursos destinados a la provisión de servicios públicos, el actual sistema de salud ha contribuido a mejorar la salud y la calidad de vida de los mexicanos. Sin embargo, para continuar enfrentando los retos que se presentan es necesario incrementar el gasto en salud como porcentaje del PIB y destinar los recursos adicionales para reducir las brechas que han generado inequidades importantes en el sistema.

Es necesario incrementar el gasto en salud y reducir inequidades.

Población derechohabiente

El sistema mexicano tiene diferentes modalidades de prestación de servicios y financiamiento en salud, y ofrecen protección financiera de manera total o parcial dependiendo de la condición laboral y la situación socio-económica de la población. En el esquema de organización se presentan las instituciones con lo integran. Por un lado, se encuentra la seguridad social dirigida al segmento de la población que por su condición de empleo se ubica en el sector formal, IMSS, ISSSTE, PEMEX y en menor medida SEDENA. Por otro lado, se encuentran las instituciones que ofrecen servicios desde un modelo asistencial, principalmente la SSA y el IMSS-Solidaridad, así como otras de menor cobertura como son el INI y el DIF.

Organización del sistema mexicano de salud



* Incluye IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SM

** Incluye SSA, IMSS-Solidaridad

Fuente: Programa Nacional de Salud 2001-2006

En México, aproximadamente la mitad de la población cuenta con acceso a servicios de salud y recibe beneficios de la **seguridad social**. Esta es una prestación laboral para los trabajadores del sector formal de la economía que los protege, desde el punto de vista financiero.

Los trabajadores que cuentan con esta prestación laboral reciben una protección integral en salud la cual cubre desde servicios preventivos básicos hasta el tratamiento de padecimientos y enfermedades crónicas. De esta manera, cuando algún miembro de una familia derechohabiente de la seguridad social requiere de atención médica, los gastos en los que podría incurrir son

mínimos por el hecho de estar asegurados.

El financiamiento de los servicios que otorga el IMSS se integran de manera tripartita con aportaciones del gobierno federal, los patrones y los trabajadores. Por su parte, el ISSSTE y demás regímenes de seguridad social se financian con las aportaciones de los trabajadores y de los gobiernos federal y estatales. Este esquema de protección o aseguramiento garantiza que exista solidaridad financiera entre sanos y enfermos, pero también entre asegurados de altos y bajos ingresos. Así, se pueden cumplir dos principios básicos de la seguridad social: subsidiariedad y solidaridad.

Población sin acceso a la seguridad social

De acuerdo con algunas fuentes de información la población no asegurada representa alrededor del 43% del total de habitantes del país, otras como el Censo General de Población y Vivienda 2000, reportan hasta un 57.8%. Este sector de la población, comúnmente denominado “población abierta” es contabilizado como la diferencia entre la población total menos los derechohabientes de la seguridad social. Aunque estas familias cuentan en principio, con acceso a los servicios estatales de salud, no están debidamente identificadas, por lo que el seguimiento de su estado de salud y enfermedad es complicado.

A pesar de que tanto la seguridad social como los servicios para “población abierta” buscan materializar el derecho constitucional a la protección a la salud de los mexicanos persisten enormes inequidades en la forma en que se financian. Las instituciones de seguridad social ofrecen una mayor protección financiera, ya que

históricamente han contado con mayores recursos provenientes de impuestos generales para brindar servicios de salud a sus derechohabientes. Adicionalmente, estos recursos se complementan con contribuciones obrero patronales (pagos anticipados) que elevan el nivel de certeza de los derechohabientes. Por otra parte, los servicios estatales de salud reciben menos recursos *per cápita* y carecen del complemento por parte de los beneficiarios³. El gasto en salud para la población asegurada es casi dos veces el gasto para la población no asegurada. La concepción original de ambos esquemas persigue fines diferentes: mientras que la seguridad social es concebida como una prestación laboral de los trabajadores, los servicios para “población abierta” fueron creados bajo un esquema de asistencia pública, que no contempla un pago anticipado de los beneficiarios ni obligaciones específicas por parte de los prestadores.

El gasto en salud de un asegurado es el doble de un no asegurado.

La insuficiente asignación de recursos públicos a las instituciones que atienden a la población no asegurada y la ausencia de un esquema de protección financiera ha impedido que este grupo esté cabalmente protegido, a pesar de que la Constitución reconoce explícitamente a la protección de la salud como un derecho de todos los mexicanos.

Recursos limitados dificultan la materialización del derecho a la protección a la salud.

Aseguramiento público para no asegurados

Como parte de las reformas de 1995 a la Ley del Seguro Social se creó el **Seguro de Salud para la Familia** (SSF). Este esquema de aseguramiento público y voluntario orientado a los no asalariados abrió la puerta a la protección financiera de familias con cierta capacidad de pago que no contaban con los recursos suficientes para adquirir un seguro médico privado, y

El Seguro de Salud para la Familia ofrece aseguramiento a los no asalariados.

³ Si bien las cuotas de recuperación complementan el financiamiento de los servicios estatales de salud, éstas no reflejan el costo real de los mismos, y se reciben como pago por servicios, lo cual limita el alcance de acciones de planeación y consecuentemente su uso eficiente.

que por su modalidad de empleo, no tienen acceso a alguna de las instituciones de seguridad social.

El SSF ofrece la cobertura integral del seguro de enfermedades y maternidad del IMSS, con algunas exclusiones y tiempos de espera. El costo de este seguro se financia de manera bipartita a través del pago anticipado de una cuota familiar fija y aportaciones del gobierno federal. Las familias que deseen incorporarse a este esquema deben aportar una cuota fija independientemente de sus ingresos y su condición socioeconómica; es decir, este esquema de aseguramiento no incorpora criterios de progresividad en las aportaciones de la familia lo que dificulta la incorporación de familias de bajos ingresos. Sin embargo, constituye un esfuerzo importante para ofrecer protección financiera a la población no asegurada.

Prepago privado en salud

Únicamente dos por ciento del gasto total en salud corresponde al prepago privado. A pesar de ser servicios complementarios a la seguridad social o a los servicios estatales de salud, esta proporción es muy baja en comparación con otros países con condiciones de desarrollo similares.

Modelos privados de pago anticipado en salud equivalen sólo al 2% del gasto total.

Los esquemas de prepago privado operan a partir de redes de médicos y hospitales. Los prestadores celebran convenios con estas empresas aceptando las condiciones que les ofrecen a cambio de la promesa de tener mayor volumen de pacientes potenciales. Estos esquemas operan en México desde que el sector financiero y algunas otras empresas obtuvieron la autorización del IMSS para ofrecer servicios médicos a sus

empleados a través de terceros prestadores.

A partir de los años ochenta, se multiplicó el número de empresas privadas que ofrecían planes de atención médica prepagada como cobertura complementaria de salud. Estos planes, a diferencia de los gastos médicos mayores, ofrecían cobertura de atención preventiva, consultas, hospitalización e incluso medicamentos, apareciendo como una alternativa atractiva para quienes buscaban un plan integral. Sin embargo, la falta de un marco jurídico para la supervisión financiera que garantizara la adecuada administración de los recursos, y la falta de supervisión médica que procurará un nivel de calidad mínimo propició que, en sus inicios, la incursión de estos esquemas presentara deficiencias estructurales como las siguientes:

- Insuficientes reservas financieras y deficiente cálculo de primas, lo que ocasionó quiebras inesperadas derivadas de planes financieramente inviables.
- Atención médica deficiente, negación de servicios a afiliados, incumplimiento de lo pactado con los usuarios, retrasos y omisiones de pagos a hospitales, clínicas y personal médico.

Como resultado de lo anterior, se evidenció la inmadurez del mercado a través de la repetida ocurrencia de casos de quiebra. Consecuentemente, un número importante de afiliados quedaron sin atención médica por la que habían pagado y muchos prestadores de servicios resultaron sin el pago por concepto de atención médica otorgada. Así, a pesar de ofrecer beneficios potenciales importantes dado el énfasis en la atención preventiva, este esquema de atención no pudo consolidarse en el país.

A partir de los años ochenta, se multiplicó el número de empresas privadas que ofrecían esquemas de atención médica prepagada.

La falta de regulación ocasionó quiebras y mala calidad en la atención.

La existencia de un mercado creciente y la ausencia de un marco jurídico adecuado obligaron al gobierno federal a definir las condiciones para garantizar la viabilidad financiera y la calidad médica de estos planes. A través de los esfuerzos regulatorios, la SSA se comprometió a proteger a médicos y hospitales contra abusos de las empresas y por otro lado a garantizar a los asegurados niveles satisfactorios de calidad en la atención.

Entre 1998 y 2000 las autoridades de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público como instancia reguladora, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) para supervisar los aspectos financieros, y la SSA como encargada de la supervisión médica, establecieron el marco jurídico que regula a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)⁴.

La creación del marco jurídico para las ISES tuvo como objetivo ordenar un mercado ya existente para que su desarrollo fuera ordenado. Así, las redes de médicos y hospitales no surgen como resultado de las modificaciones a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS) sino por la combinación de diversos factores prevalecientes en el mercado, propios del desarrollo del sector salud.

La creación del marco jurídico para las ISES tuvo como objetivo ordenar un mercado ya existente para su desarrollo ordenado.

Los seguros privados de salud son resultado de una oportunidad de negocio percibida por empresas que ofrecen planes que privilegian la atención preventiva sobre la curativa. Esta alternativa de aseguramiento supone que es rentable ofrecer atención básica a toda la población asegurada en lugar de solamente ofrecer atención curativa a algunos. Por el lado de la demanda, los seguros de salud surgen como resultado del interés de las familias por adquirir planes integrales que no sólo cubran gastos médicos mayores sino amplíen los servicios a

⁴ Dicho marco jurídico lo constituyen tanto la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS) así como las Reglas de Operación del Ramo de Salud.

prevención, consultas, estudios clínicos y pruebas de laboratorio, incluso medicamentos.

Diferencia entre Seguros de Gastos Médicos Mayores y Seguros de Salud

Tradicionalmente, los seguros de salud privados han operado en México a través de los Seguros de Gastos Médicos Mayores (SGMM). La naturaleza de este esquema de aseguramiento es fundamentalmente financiera. Por ello, la supervisión del gobierno, a través de la CNSF, se ha centrado únicamente en el componente financiero. La supervisión médica a las compañías de seguros inicia con la creación de la figura de aseguramiento integral (ISES), reconociendo que la naturaleza de esta actividad es de servicio, por lo cual es necesario garantizar un nivel mínimo de calidad en la atención y administración de los servicios.

El cuadro a continuación muestra las principales diferencias entre los seguros médicos mayores y las ISES.

Cuadro 2
Diferencia entre Seguros de Gastos Médicos Mayores y Seguros de Salud

<u>Gastos médicos mayores</u>	<u>ISES</u>
• La SSA no supervisa el componente médico • Curativo • 11% de la población lo usa • Frecuencia baja, severidad alta • Contacto post-padecimiento • Orientado a indemnizar • Tecnología actuarial • Pago por servicio	• La SSA supervisa la atención y administración de servicios de salud • Preventivo y curativo • 95% de la población lo usa • Frecuencia alta, severidad baja • Contacto pre-padecimiento • Promueve la salud • Tecnología de información • Esquema flexible de pago

La naturaleza de los planes de SGMM es diferente al concepto de plan integral de salud que ofrecen las ISES. Los SGMM tienen como objetivo únicamente rembolsar los gastos generados por problemas imprevistos en salud hasta cierto monto límite para curar o rehabilitar a los pacientes. Los planes de salud de las ISES, en cambio, ofrecen servicios preventivos, curativos y de rehabilitación para mantener o restaurar la salud de los asegurados. Los servicios que ofrecen ambos esquemas se presentan en el cuadro 3. Mientras que los servicios que ofrecen las ISES abarcan todos los servicios, los SGMM únicamente se limitan a ofrecer aquellos que aparecen sombreados y que corresponden a los aspectos de curación y rehabilitación.

Las ISES ofrecen atención preventiva y curativa.

Cuadro 3. Operación de las ISES



Fuente: D.G.P.F.S.

La distinción entre SGMM y los seguros de salud es importante como antecedente de las líneas de acción de protección financiera. Con la creación de las ISES, la SSA participa por primera vez en la supervisión del componente médico de esta actividad. El principal objetivo de esta supervisión es proteger a los prestadores de servicios de salud, evitando abusos y garantizando calidad en la atención para los usuarios.

La SSA lleva a cabo la supervisión de las ISES en virtud de las atribuciones que le confiere la LGISMS. Sin embargo, existen empresas de salud administrada que debido a su forma de contratación, en donde no asumen riesgo financiero, no son compañías de seguros y consecuentemente, la SSA no las puede supervisar. Esta situación provoca que los usuarios de planes de salud de las llamadas administradoras de salud no tengan la garantía de niveles satisfactorios de calidad. El marco jurídico actual requiere complementarse para que todas las empresas de salud administrada, asumiendo riesgo financiero o no, puedan ser supervisadas por la SSA.

La regulación de las administradoras de salud es una asignatura pendiente.

El diagnóstico presentado desde el punto de vista financiero del sistema de salud, refleja adelantos importantes en el establecimiento de esquemas que protegen a las familias de gastos excesivos por salud. Muestra de ello es el desarrollo de las instituciones de seguridad social, la creación del SSF del IMSS como alternativa de aseguramiento para población sin acceso a la seguridad social, y la regulación de las ISES como una forma de medicina administrada para la población con capacidad de pago. Sin embargo, la participación del gasto de bolsillo sigue siendo alta con respecto al gasto total en salud.

Existe aún un importante número de familias sin acceso a un esquema que los proteja de gastos excesivos en salud al tiempo de ofrecer atención de calidad.

La reducción del gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud, resultará del fortalecimiento de los esquemas de protección financiera existentes y de la creación de modalidades innovadoras para las familias que aún no tienen acceso a alguna forma de pago anticipado por salud. La promoción de la cultura del aseguramiento potencializará los beneficios que ofrecen estos esquemas.

II. A dónde queremos llegar...

Un sistema de salud moderno debe garantizar que los esquemas de financiamiento sean justos y que protejan a toda la población contra gastos excesivos por motivos de salud. En México, para materializar el derecho constitucional a la protección a la salud, los esfuerzos por fortalecer los esquemas existentes que contribuyen a alcanzar la justicia en el financiamiento se deben combinar con la puesta en marcha de esquemas innovadores que complementen el abanico de opciones para toda la población.

En materia de protección financiera, el Sistema Nacional de Salud:

- Promoverá, en todos los segmentos de población, la cultura del pago anticipado para cubrir los costos de la atención en salud a través de sistemas solidarios.
- Ofrecerá acceso a todas las familias mexicanas, sin

Promover el pago anticipado para evitar gastos excesivos en salud.

importar su nivel de ingreso, a algún esquema de protección financiera que les garantice atención médica oportuna y de calidad.

- Constituirá el Seguro Popular de Salud como nuevo seguro público que ofrezca protección financiera a la población sin acceso a servicios de salud de la seguridad social.
- Reducirá el número de familias que enfrentan dificultades financieras al momento de pagar por la atención a su salud.

Con base en las acciones descritas, la visión de la línea estratégica de protección financiera es que:

Visión

Todas las familias mexicanas cuenten con algún esquema de protección financiera que garantice el acceso a servicios de salud de calidad y elimine la posibilidad de que, al requerir atención médica, enfrenten dificultades financieras como resultado de los altos costos.

Visión:
Protección
financiera para
todos.

Los diferentes esquemas de protección financiera se basarán en el pago anticipado de colectividades que, a través del principio de solidaridad, cubrirán el costo de la atención de quienes la requieran. En la gran mayoría de los casos, el costo de los servicios médicos para una familia que requiere atención, es superior a su contribución anticipada, pero es posible cubrirlo al canalizar las contribuciones de las familias que no utilizaron

El aseguramiento
supone solidaridad
entre sanos y
enfermos.

servicios de salud en un período determinado.

Esta forma de financiar los servicios de salud crea incentivos para privilegiar la atención preventiva sobre la curativa y, consecuentemente, mejorar las condiciones de salud de la población. En los esquemas de aseguramiento público prevalecerá en todo momento la progresividad⁵ en las contribuciones de las familias. Así, el esquema solidario no aplica sólo entre sanos y enfermos sino también entre familias de mayores y menores ingresos.

El cuadro a continuación expresa la visión, desde una perspectiva de justicia en el financiamiento, del sistema de salud con tres seguros públicos. Fortalecer el financiamiento al sistema público de salud significa que el Estado Nacional destine el gasto público a superar rezagos y reducir la brecha que actualmente existe entre familias derechohabientes y no derechohabientes de la seguridad social.

Seguro Popular de Salud, el único instrumento financiero para la “población abierta”

Un sistema justo y equitativo destinará el mismo monto de recursos provenientes de impuestos generales para cada seguro público. Con ello se reducirán las brechas en el financiamiento y se tenderá a equilibrar la oferta de servicios. Estos recursos serán complementados por aportaciones de los beneficiarios y de los patrones, gobiernos federal o estatal según sea el caso. Para la población sin acceso a la seguridad social, el Seguro Popular de Salud se consolidará como el único instrumento de financiamiento a su salud.

⁵ Existe progresividad en las contribuciones cuando las familias de mayores ingresos aportan una mayor proporción que familias de menores ingresos.

Cuadro 4.

Seguro Popular de Salud como tercer seguro público.

Seguros públicos	Aportadores		
Seguro de enfermedades y maternidad del IMSS (SEM)	Obrero	Patrón	Estado Nacional
Fondo médico ISSSTE (SM-ISSSTE)	Empleado	Gobierno Federal	Estado Nacional
Seguro Popular de Salud (SPS)	Ciudadano	Gobierno Estatal	Estado Nacional

Misión

Mejorar el acceso a servicios de salud oportunos y de calidad, a través del desarrollo de esquemas de financiamiento a la salud que reduzcan el riesgo de enfrentar dificultades financieras a las familias al pagar por la atención a la salud.

III. Qué camino vamos a seguir...

El diagnóstico realizado al sistema de salud desde la perspectiva de su financiamiento refleja importantes injusticias debido a que la recurrencia del gasto de bolsillo hace vulnerable a un gran número de familias. Se debe reconocer que las familias mexicanas pagan frecuentemente de su bolsillo por atención en salud, pero las causas varían de acuerdo con su nivel de ingreso.

Por un lado, los segmentos de población con capacidad de pago realizan gastos de bolsillo buscando mejores condiciones de acceso, elección del médico y comodidad ante la eventual necesidad de ser hospitalizados. Las acciones para proteger financieramente a estos segmentos deberán reconocer tanto sus

Las familias de ingresos altos pagan de su bolsillo para obtener mejores condiciones de acceso y comodidad.

preferencias como su capacidad económica. Para estas familias, se deberán promover esquemas que hagan atractivo el pago anticipado por servicios ya que a pesar de tener ingresos medios y altos pudieran tener dificultades financieras al tener que cubrir altos costos por padecimientos crónicos o que requieren medicina especializada. De esta manera, se contribuiría a reducir los gastos de bolsillo.

Por otra parte, las líneas de acción en materia de protección financiera dirigidas a reducir el gasto de bolsillo en que incurre el segmento de población de ingresos medios y bajos, deberán mejorar las condiciones de acceso y calidad de las unidades públicas de salud. Si la infraestructura pública contara con las condiciones para recibir a la población, la labor sería únicamente concientizar a las familias de la conveniencia de pagar de manera anticipada por salud, en lugar de pagar por cada visita al médico. Sin embargo, el esfuerzo por proveer protección financiera a esta población debe estar acompañado por el fortalecimiento de la infraestructura de los servicios estatales de salud, para que no sólo se convenza a la gente de las bondades del prepago, sino también se dote a las unidades de los insumos para ofrecer una atención de calidad.

Las familias de ingresos medios y bajos pagan de su bolsillo por necesidad ante la ausencia de un esquema de protección financiera.

ESTRATEGIA 5

Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población

Líneas de acción

5.1 Consolidar la protección básica y promover la creación de un tercer seguro público.

➤ *El Seguro Popular de Salud.*

5.2 Promover y ampliar la afiliación al seguro social.

5.3 Ordenar y regular el prepago privado.

➤ *Consolidación del marco jurídico de las ISES.*

➤ *Creación de mecanismos de regulación para administradoras de servicios de salud.*

5.4 Desarrollo de otros esquemas de protección financiera.

5.5 Articular el marco de aseguramiento en salud.

La estrategia de protección financiera incluye cinco líneas de acción y constituyen el conjunto de esfuerzos que se realizarán durante el periodo 2001-2006 con el propósito de ofrecer a toda la población la posibilidad de proteger sus finanzas familiares ante la eventualidad de requerir atención en salud.

1. Consolidar la protección básica y promover un tercer seguro público de salud

El Artículo 4º Constitucional establece el derecho de todos los mexicanos a la protección a la salud. Para cumplir con este mandato la SSA instrumentará acciones a través de diferentes programas para cubrir gradualmente las inequidades características del sistema de salud y consolidar la protección básica en salud para toda la población.

Los esfuerzos para ampliar la cobertura de servicios de salud para poblaciones marginadas, como el Progresas, el Programa de Ampliación de Cobertura y el IMSS Solidaridad, se han enfocado a la provisión de intervenciones básicas. Estos programas ofrecen servicios preventivos y curativos para las llamadas enfermedades del rezago, pero todavía no incluyen servicios para padecimientos complejos que pudieran requerir, por ejemplo, de atención hospitalaria. El éxito de estos programas genera nuevos retos. A pesar de que la mayoría de la población tiene acceso a la atención básica, cuando el padecimiento requiere servicios de mayor complejidad, la población queda expuesta a gastos excesivos en salud. En este sentido, además de avanzar en la extensión geográfica de este tipo de atención, es imprescindible dar pasos, en las regiones que lo permitan, hacia la integralidad de la atención.

La protección básica se consolidará a través de la extensión geográfica y la transición hacia la integralidad.

El Seguro Popular de Salud es parte de las acciones de consolidación de la protección básica en la medida en que aprovechará los avances de la provisión de intervenciones preventivas y de baja complejidad e incorporará a la población a esquemas integrales de aseguramiento estructurado. El catálogo de beneficios médicos del Seguro Popular de Salud incluirá, desde acciones de medicina preventiva hasta intervenciones que requieren hospitalización.

Seguro Popular de Salud: protección integral para todos.

Este seguro permitirá enfrentar el reto de brindar protección financiera a todos los mexicanos, ofreciendo una opción de aseguramiento público en materia de salud a familias que por su condición laboral no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social.

Esta nueva forma de aseguramiento será pública y voluntaria y su costo será cubierto mediante un subsidio federal proveniente de recursos fiscales y cuotas de afiliación de acuerdo con el nivel de ingreso de cada familia. Se considera público en virtud de que tanto el financiamiento a través de subsidios parciales provenientes de impuestos generales, como la prestación de servicios se otorgarán por instancias gubernamentales. Las familias con capacidad limitada de pago podrán adquirir un seguro de salud y acceder a un conjunto de intervenciones incluidas en un catálogo de beneficios médicos, así como los medicamentos asociados a dicho catálogo.

Independiente del ingreso familiar, el Seguro Popular de Salud las protege ante gastos excesivos.

El Seguro Popular de Salud ampliará la cobertura a toda la población no asegurada del país, principalmente a los estratos de población más vulnerables, sustituyendo el esquema asistencial actual sustentado en la oferta, por un régimen de aseguramiento público, subsidiando a las familias (subsidio a la demanda) de acuerdo con sus necesidades y sus capacidades económicas. Promoverá la cultura del aseguramiento entre la población más vulnerable, sustituyendo los pagos de bolsillo (por atención médica y medicamentos), por pagos anticipados.

Los pagos de bolsillo se sustituyen por pagos anticipados. Las familias que lo requieran serán subsidiadas.

El proceso de aseguramiento será gradual y los grupos de población elegibles serán las familias sin seguridad social que vivan en zonas de cobertura del Seguro Popular de Salud, en donde exista infraestructura hospitalaria disponible y suficiencia presupuestal para proporcionar los subsidios a las familias beneficiadas.

En cuanto a la prestación de los servicios de salud, el Seguro Popular de Salud promoverá la utilización eficiente de la

El Seguro Popular de Salud será público y voluntario.

infraestructura pública del sector salud. En una primera etapa, la prestación se otorgará en las unidades médicas de los servicios estatales de salud y conforme se vaya extendiendo el Seguro Popular de Salud, se explorarán alternativas de prestación plural manteniendo los criterios de capacidad disponible y el carácter público del programa.

La creación del Seguro Popular de Salud como tercer seguro público dará mayor equidad y justicia financiera al sistema ya que todas las familias mexicanas podrán tener acceso a algún esquema de aseguramiento, independientemente de su modalidad de empleo, condición socioeconómica y su capacidad de pago:

- a) el IMSS para todos los trabajadores asalariados privados (sector formal de la economía);
- b) el ISSSTE para los asalariados del sector público y;
- c) el Seguro Popular de Salud para los no asalariados (sector informal de la economía).

Beneficios del Seguro Popular de Salud

a) Protección financiera independientemente del nivel de ingreso: Las familias afiliadas al Seguro Popular de Salud estarán protegidas contra eventos costosos de salud y no tendrán que posponer o renunciar a la atención por esta razón. La disminución del riesgo de enfrentar dificultades financieras por gastos en salud, permitirá liberar recursos y canalizarlos hacia actividades productivas. Las familias de bajos ingresos obtendrán un subsidio importante a través de recursos federales, mientras

que familias con ingresos medios y altos, contribuirán con un porcentaje mayor del costo del seguro.

b) Catálogo explícito de Beneficios Médicos: Todos los afiliados tendrán garantizado un paquete de hasta 105 intervenciones de salud costo-efectivas, los medicamentos asociados al mismo y mejores condiciones de acceso a los servicios de salud. Al hacer explícito el catálogo, las familias tendrán el derecho de exigir atención con calidad. Las intervenciones agrupadas en diez grupos de servicios y comprendidas en el catálogo de beneficios médicos cubren más del 85 por ciento de la demanda de servicios.

Las familias tendrán el derecho explícito de exigir atención con calidad.

<u><i>Grupos de servicios</i></u>
1. Servicios de medicina preventiva
2. Servicios de consejería médica, psicológica, dieta y ejercicio
3. Servicios de medicina familiar y especialidades
4. Servicios de salud mental comunitaria
5. Servicios de salud reproductiva
6. Atención del embarazo, parto y recién nacido
7. Servicios de odontología
8. Servicios de hospitalización
9. Servicios de urgencias
10. Servicios quirúrgicos

Las intervenciones del catálogo cubrirán el 85% de la demanda de servicios de salud.

c) Credencialización a la “población abierta”: El Seguro Popular de Salud contribuirá a mejorar la identificación de la población y la utilización de los servicios públicos. De esta manera se busca “cerrar” a lo que hoy se conoce como “población abierta”, ofreciendo una opción de aseguramiento, facilitando el seguimiento del estado de salud y enfermedad de los afiliados.

Se “cerrará” a la “población abierta”.

d) Fortalecimiento de la atención preventiva: Los servicios estatales de salud recibirán flujos de recursos por concepto de cuotas de afiliación y subsidios, independientemente de la frecuencia con la que se utilicen los servicios. Los incentivos se ubicarán en la provisión de atención preventiva lo que disminuirá el número de pacientes que requerirá atención más costosa.

Más prevención,
mejor salud.

Los beneficios descritos anteriormente mejorarán las condiciones de acceso a los servicios de salud, lo cual afectará positivamente el nivel de salud de los afiliados. Asimismo, el Seguro Popular de Salud contribuirá de manera importante a mejorar el desempeño del sistema de salud en su conjunto. En el cuadro a continuación se presentan los resultados esperados del Seguro Popular de Salud y su impacto en cada uno de los retos establecidos en el Programa Nacional de Salud.

Contribución del Seguro Popular de Salud para superar los retos del Sistema

<u>Retos</u>		<u>Resultados esperados</u>
Equidad	→	• Ofrecer un seguro público a los no derechohabientes • Mejorar la justicia en el financiamiento de la salud
Calidad	Técnica →	• Evitar la postergación de la atención médica • Ofrecer un paquete explícito de intervenciones
	Interpersonal →	• Ampliar horarios de atención • Garantizar medicamentos asociados al catálogo de beneficios
Protección Financiera	→	• Evitar el empobrecimiento de las familias • Reducir gastos de bolsillo

El Seguro Popular de Salud contribuye a enfrentar los tres grandes retos del sistema.

2. Promover y ampliar la afiliación al seguro social

La seguridad social es un esquema de protección financiera que beneficia a las familias de empleados del sector formal, a través de contribuciones mensuales, determinadas en función del nivel salarial del trabajador. En términos de la línea estratégica de protección financiera, esta contribución se traduce en un pago anticipado que cubre los costos de atención en salud al momento de requerirla. Si bien la ampliación de la derechohabencia de la seguridad social depende de la dinámica de la economía y, en particular, de los cambios en la tasa de desempleo formal, las acciones de protección financiera, para fortalecer este esquema pueden ser las siguientes:

a) Vincular las acciones de protección financiera que ofrecen el seguro de enfermedades y maternidad del IMSS y las prestaciones médicas del ISSSTE con los esfuerzos de la cruzada nacional por la calidad. En la medida en que la calidad de los servicios de salud se incrementen, y los derechohabientes perciban esta mejoría, las familias recurrirán a la prestación pública de servicios que financian mensualmente con sus contribuciones, y dejarán de pagar por atención médica privada de su bolsillo. Con esto se reducirán las duplicidades de pagos por salud y se ofrecerá a las familias un esquema de protección financiera eficiente.

b) Los esquemas de protección financiera implican hacer explícitos los derechos de los afiliados a cambio de su contribución para darles elementos que le permitan exigir la atención convenida y con niveles de satisfactorios de calidad. En

este sentido, los esquemas de la seguridad social deberán trabajar para dar a conocer a los pacientes sus derechos. Con el compromiso explícito de las instituciones de hacer valer los derechos de los pacientes, los derechohabientes exigirán los servicios por los que han pagado de manera anticipada.

c) Como se describió anteriormente el SSF es la única alternativa de incorporación voluntaria a los servicios médicos del IMSS para población no asalariada. Durante sus primeros años de operación este seguro ha requerido de ajustes para consolidarse como una alternativa de protección a la salud de las familias a un seguro financieramente viable para el IMSS

Se deberá revisar el esquema del SSF de manera que tienda a ser financiable, reduzca la selección adversa y mejore los mecanismos de gestión para detectar pre-existencias y respetar los tiempos de espera convenidos al momento de contratar este seguro.

3. Ordenamiento y regulación de los esquemas de prepago privado

Como parte de la línea de acción de protección financiera se incluyen estrategias para promover la cultura del aseguramiento en segmentos de población con capacidad de pago que deciden voluntariamente afiliarse a un plan de salud privado.

Los esquemas de prepago privado o salud administrada son y serán complementarios a los servicios de salud públicos. Sin embargo, son una alternativa utilizada por aquellos derechohabientes que optan por servicios privados de salud, por

Los esquemas de prepago son y serán complementarios a los servicios de salud públicos.

lo que es necesaria su regulación para proteger a los médicos y hospitales, y garantizar niveles satisfactorios de calidad a los asegurados.

La regulación, supervisión y desarrollo de la medicina privada prepagada se enmarca en las acciones de protección financiera en la medida en que reducen el pago de bolsillo, la probabilidad de que los asegurados enfrenten gastos excesivos en salud y promueve el fortalecimiento de la atención preventiva.

La medicina privada prepagada debe ser regulada.

Los planes privados de salud prepagada podrían extenderse dentro del segmento de población con capacidad de pago, como resultado de una cultura del aseguramiento más arraigada. Esto implicaría el reconocimiento de que es más conveniente pagar de manera anticipada (aunque no se requiera atención en salud en ese momento), que pagar del bolsillo por cada evento que se presente.

La promoción de la cultura del aseguramiento generará mayor protección financiera.

Los planes de salud administrada son ofrecidos por empresas privadas que establecen procedimientos de atención en salud para los usuarios. Dichos procedimientos fomentan la atención preventiva como componente central y se apoyan en protocolos y guías clínicas, elaboradas por médicos, para garantizar una adecuada utilización de los servicios. Las empresas de salud administrada celebran convenios con redes de médicos, hospitales y otros prestadores, que aceptan cumplir con los procedimientos establecidos por la empresa. A partir de estos elementos comunes, surgen dos modalidades de salud administrada en el mercado mexicano:

a) Empresas de salud administrada que asumen riesgo

financiero.

- b) Empresas de salud administrada que no asumen riesgo financiero.

Las acciones específicas para ordenar y regular a estas empresas son:

3.1 Consolidación del marco jurídico de las ISES

Las empresas que además de ofrecer administración de servicios de salud asumen un riesgo financiero, son consideradas ejecutores de operaciones activas de seguros y, en consecuencia, deben ajustarse a las disposiciones establecidas en el marco jurídico creado para supervisar a las ISES. Esto es, además de recibir ingresos fijos por administrar los servicios de salud, estas empresas reciben pagos anticipados para cubrir eventos futuros e inciertos, con lo que toman el riesgo de una eventual demanda inesperada, lo cual genera rentas variables adicionales.

Salud administrada mas riesgo financiero es igual a ISES.

La LGISMS otorga la facultad de supervisión de estas empresas a la CNSF y a la SSA. La SSA tiene la responsabilidad de garantizar servicios de administración de la salud con calidad. Entre las áreas de supervisión destacan la capacidad y suficiencia de la red de prestadores, el programa de control de la utilización basado en protocolos y guías clínicas, los esfuerzos de mejoramiento continuo de la calidad, el análisis de quejas, la satisfacción de usuarios y prestadores y los contratos con prestadores, entre otros. Esta supervisión se realiza antes de ser autorizadas y al inicio de las operaciones, para verificar que se cuenta con la infraestructura necesaria para la articulación y

prestación de los servicios. Posteriormente, y con el fin de evaluar su desempeño, se llevan a cabo supervisiones de manera permanente. La capacidad de vigilancia de la SSA se basará, en gran medida, en los informes que presenten los contralores médicos quienes serán el vínculo entre las instituciones de salud y el ente regulador.

Una vez que ha sido creado el marco jurídico para la regulación de ISES, es necesaria su consolidación a través de la creación de un sistema de supervisión guiado por indicadores de gestión, que permitan dar seguimiento oportuno a su operación. La vinculación estrecha con la CNSF y la SHCP, la orientación permanente a las empresas supervisadas y, en su caso, la modificación pertinente al marco jurídico, serán determinantes para la consolidación del mismo.

3.2 Creación del mecanismo de regulación para administradoras de servicios de salud

Las empresas conocidas como administradoras de servicios de salud cuentan con prestadores en convenio y procedimientos de operación establecidos, pero no asumen riesgo financiero. Por ello, no caen en el ámbito de supervisión de la LGISMS y consecuentemente la SSA no cuenta con atribuciones para supervisarlas. Estas administradoras se enfocan únicamente en la actividad de articulación de servicios de salud, dejando el riesgo financiero en otras instancias, generalmente en la compañía que realiza la contratación. En el escenario de un eventual incremento en costos como resultado de una mayor morbilidad de la población atendida, el costo lo asume la parte contratante y no la administradora de servicios de salud.

Como se describió anteriormente, en la actualidad las administradoras no tienen la obligación de sujetarse a ordenamiento jurídico alguno en materia de salud. Esta situación obliga a poner en marcha, en el corto plazo, un mecanismo de regulación ya que, independientemente de la forma de contratación financiera entre empresa de salud administrada y cliente, en términos del servicio médico no existen diferencias sustanciales entre modalidades de salud administrada.

La SSA promoverá la creación de un mecanismo de regulación que proteja a sus usuarios garantizando niveles satisfactorios de calidad en la prestación de los servicios de salud. La regulación de esta actividad colocaría a las administradoras en condiciones de sana competencia entre sus similares y ante las ISES.

Existen dos alternativas para alcanzar el objetivo de regular también a estas empresas. Un camino es la modificación a la Ley General de Salud para que se reconozca la actividad de salud administrada como un conjunto de acciones que, supervisada de manera adecuada, contribuye a mejorar la salud de los afiliados. La naturaleza de esta actividad no es de prestación de servicios de salud sino de administración o articulación de los mismos, por lo que en el contexto actual no es jurídicamente viable reglamentar esta actividad a partir de la Ley General de Salud vigente. Esta modificación legal otorgaría atribuciones a la SSA para reglamentar esta actividad con lo que se promovería que todas las empresas de salud administrada, asumiendo riesgos financieros o no, contarán con médico y hospitales certificados, programas de mejoramiento continuo, mecanismos de quejas, protocolos y guías clínicas entre los elementos que garantizan

Dos alternativas para regular a las administradoras:
-Ley General de Salud,
- Autorregulación.

niveles de calidad satisfactorios.

La otra alternativa de regulación de esta actividad es que las empresas del sector privado que ofrecen estos servicios se agrupen y acuerden establecer niveles mínimos de calidad y la supervisión la realice una entidad privada. En ese escenario, la SSA podría jugar un papel de coordinador a través de esquemas innovadores de regulación privada. Independientemente del camino que se siga, es fundamental ordenar a las empresas administradoras de servicios de salud para garantizar seguridad a los prestadores de servicios y calidad a los usuarios.

La SSA garantizará que la regulación que se establezca para ordenar la práctica de las administradoras de salud sea congruente con el componente médico de las reglas de operación de las ISES. El marco normativo de cada una deberá ser plenamente compatible para establecer las bases de una competencia ordenada con información homogénea para que los usuarios tomen decisiones informadas.

Para cumplir cabalmente con el objetivo de ordenar y regular el mercado de esquemas de prepago privado, dentro del marco del programa de protección financiera se realizarán las siguientes acciones para fortalecer a la salud administrada en cualquiera de sus dos modalidades, como instrumentos de protección financiera en salud:

Salud administrada, un instrumento efectivo de protección financiera.

Instrumentación de un marco normativo flexible que permita el desarrollo del prepago privado

La SSA, en su papel de supervisor, regulador y coordinador del

desarrollo ordenado del mercado, la modalidad de pago anticipado, la promoción de la atención preventiva y la instrumentación de esquemas solidarios que resulten de una mejora del nivel de salud de los afiliados en cualquiera de sus modalidades, promoverá la observancia de estos elementos que constituyen la base para mejorar el nivel de salud de los usuarios.

A partir del cumplimiento de estas características básicas, el marco normativo permitirá el desarrollo del mercado sin privilegiar o imponer modalidad alguna. Esto es, en un mercado que apenas nace y sus participantes (médicos, empresas, hospitales) viven un proceso de adaptación e identificación de oportunidades, el marco normativo debe ser suficientemente flexible y transparente para permitir su consolidación.

Libertad de innovación dentro del marco normativo.

El marco normativo flexible y transparente se definirá con la participación de los actores involucrados en esta actividad (médicos, hospitales, aseguradores y administradoras) en coordinación estrecha con la autoridad. Asimismo, como parte de sus funciones la SSA instrumentará acciones de orientación para encausar el desarrollo de esta actividad innovadora e informar y difundir los elementos que la caracterizan.

Conforme se desarrolle el mercado, se vigilará de manera continua su evolución con el fin de introducir las modificaciones pertinentes al marco jurídico vigente y de esta manera contribuir a su consolidación.

Vínculo entre Protección Financiera y Política Fiscal Saludable

Actualmente, los gastos de bolsillo son deducibles de impuestos. Desde el punto de vista fiscal, en términos prácticos esta política es un subsidio a las familias de ingresos altos, debido a que, si bien los gastos de bolsillo ocurren en todos los segmentos de población, es el grupo más favorecido el que paga impuestos y consecuentemente los puede deducir. Desde el punto de vista de inversión en salud esta política tampoco es la adecuada ya que se privilegia el gasto de bolsillo que no crea incentivos a la atención preventiva.

La deducibilidad a gastos de bolsillo es regresiva.

La SSA propondrá esquemas novedosos que fomenten la cultura del aseguramiento a través de la generación de incentivos fiscales para las familias que se afilien a algún plan de medicina prepagada. Las propuestas que presentará la SSA volverán aún más atractiva a la salud administrada en comparación con el esquema actual de deducibilidad de impuestos que incentiva los gastos de bolsillo. Con esta propuesta también se buscará revertir la regresividad (que beneficia más a quién más tiene) del esquema fiscal actual.

Las acciones para incentivar fiscalmente el prepago por servicios de salud permitirán identificar claramente los diferentes planes que existen en el mercado y se ofrecerán mayores incentivos a aquellos planes que promuevan una mayor inversión en salud. Esto es, idealmente, a quien adquiriera un SGMM que únicamente reembolsa gastos médicos, deberá recibir un menor incentivo fiscal que los planes integrales de salud que dan seguimiento al estado de salud y enfermedad a través del énfasis en medicina preventiva.

Mayores incentivos fiscales en la medida en que la inversión en salud sea mayor.

De la misma manera en que la política fiscal se puede alinear a la política de salud para proteger financieramente a los usuarios, las propuestas de modificación incorporarán, en la medida de lo posible, incentivos fiscales a los prestadores de servicios que participen en planes de medicina prepagada, reconociendo el valor que esta modalidad de prestación de servicios agrega a la salud de las familias.

Trabajo permanente de comunicación con actores

El mercado de la salud administrada y de seguros médicos se ha caracterizado por la falta de coordinación entre los diferentes actores y entidades involucradas. La desconfianza prevaleciente entre los actores ha generado abusos y obstáculos para el desarrollo adecuado de esta actividad.

Como parte de las líneas de acción de ordenamiento y regulación de los esquemas de prepago privado, la SSA asumirá un papel activo enfocado a revertir esta situación. Para alcanzar el objetivo de consolidar el mercado de los planes de salud prepagada es necesario trabajar en la coordinación de los diferentes actores y entidades involucradas en esta actividad. Es imprescindible reconocer los nuevos retos que presenta la transformación de las necesidades de salud de la población. A partir de la creación de una visión común los actores involucrados estarán en posición de enfrentar estos retos.

Hospitales, médicos, aseguradoras y usuarios deben comunicarse para hacer más eficiente la salud administrada.

El estrecho contacto de la autoridad con todos los actores que participan en este sector: (usuarios, prestadores de servicios públicos y privados, médicos, autoridades estatales y

municipales, y organizaciones de la sociedad civil), canalizará los esfuerzos con una visión congruente de largo plazo que se traduzca en los mayores beneficios para la sociedad en su conjunto.

El trabajo con estos actores se desarrollará a través del establecimiento de canales específicos de vinculación tales como foros, talleres, conferencias, grupos de trabajo en línea, seminarios, entre otros.

4. Desarrollo de otros esquemas de Protección Financiera

Además de instrumentar el Seguro Popular de Salud, consolidar la supervisión de las ISES, crear un marco regulatorio para las administradoras de salud e impulsar los esquemas de seguridad social como instrumentos de protección financiera, se realizarán acciones específicas de protección financiera para grupos de población o zonas geográficas en condiciones especiales.

Un caso específico lo constituye la región fronteriza del norte del país en donde la coordinación entre entidades reguladoras de ambos países es necesaria para permitir el desarrollo ordenado de esquemas de protección financiera que beneficien a familias de trabajadores formales e informales que laboran y viven en ambos lados de la frontera.

Se promoverán acciones específicas de protección financiera para grupos de migrantes y en la zona fronteriza.

La situación de vulnerabilidad que viven los migrantes mexicanos en el extranjero y sus familias residentes en México, presentan otro caso específico en donde será necesario instrumentar modalidades particulares de protección financiera. Estas

modalidades deberán orientarse a la atención de la problemática que genera la división de la familia, cuando algún miembro migra buscando mejores condiciones laborales del otro lado de la frontera, lo que dificulta el acceso y financiamiento de servicios de salud al resto de la familia.

Actualmente, el IMSS reconoce esta problemática y ofrece la incorporación voluntaria al Seguro de Salud para la Familia, como mecanismo de protección financiera. Las líneas de acción en este sentido buscarán fortalecer esfuerzos de esta índole a través de la identificación de grupos de migrantes y sus correspondientes familias ofreciendo esquemas innovadores de financiamiento y prestación.

5. Articular el marco general de aseguramiento en salud

Las líneas de acción de protección financiera descritas anteriormente, constituyen esfuerzos para establecer modalidades de pago anticipado por servicios de salud que eviten la recurrencia de gastos excesivos de bolsillo por este concepto. Una vez desarrolladas estas modalidades de protección financiera todas las familias mexicanas, sin importar su condición laboral, ubicación geográfica o capacidad de pago, tendrán la oportunidad de incorporarse a un esquema solidario que dé certeza a los recursos que la familia destinará durante un periodo determinado a promover y restaurar la salud.

La línea de acción dirigida a articular el marco general de aseguramiento en salud tiene como objetivo principal vincular los diferentes esquemas de protección financiera, para que una vez que las familias hayan reducido su gasto de bolsillo al estar

Las modalidades de protección financiera se articularán ofreciendo mayores beneficios a la población.

afiliados a un esquema de protección financiera, existan incentivos para que transiten del sector informal al formal, de la cobertura básica a la integral, y de la protección financiera parcial a la total. De esta manera, se construirá el camino entre los diferentes esquemas, evitando los esfuerzos aislados y facilitando la portabilidad de derechos al pasar de un esquema a otro.

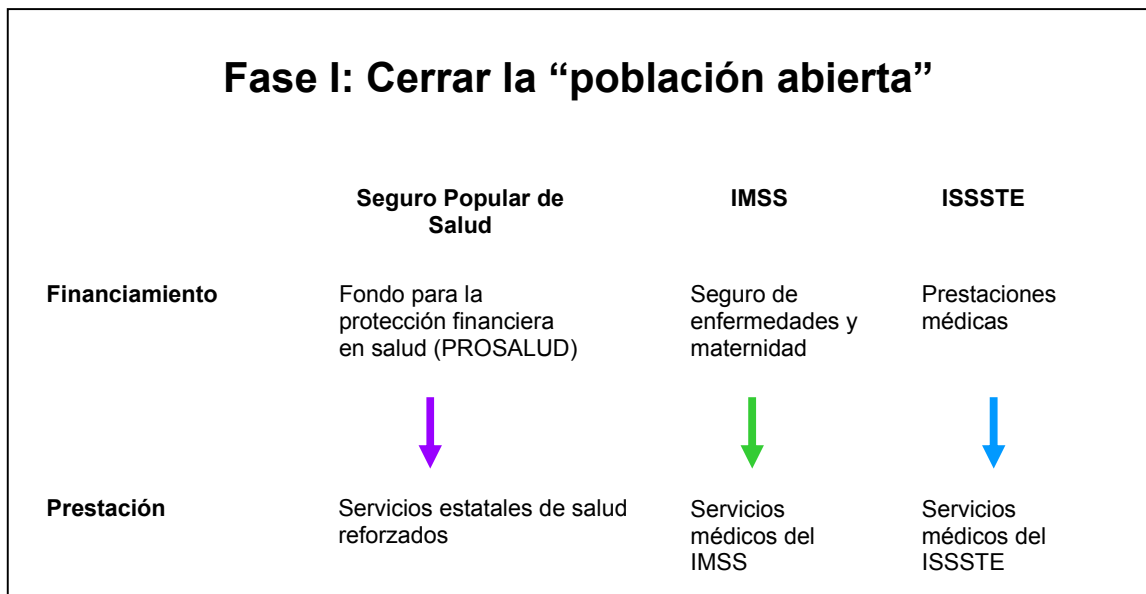
La identificación de familias a través de sistemas de información, ligados a la Clave Única de Registro Poblacional (CURP), así como el mejoramiento de la coordinación entre las instituciones del sector, permitirá un monitoreo más eficiente del estado de salud de las personas, de las transacciones entre instituciones y un registro preciso de las intervenciones practicadas.

Una adecuada articulación de los esquemas de aseguramiento requiere que exista equidad en el financiamiento de las diferentes instituciones. Los recursos provenientes de impuestos generales deberán equipararse para ofrecer a las familias mexicanas, independientemente de su modalidad de empleo, el mismo nivel de calidad.

La adecuada articulación requiere equidad en el financiamiento.

Como lo muestra el cuadro 5, el Seguro Popular de Salud identificará a la “población abierta” a través de la emisión de una credencial incorporándola en bases de datos, al igual, que la seguridad social. En la primera fase cada seguro público proveerá servicios de salud a través de su propia infraestructura.

Cuadro 5.

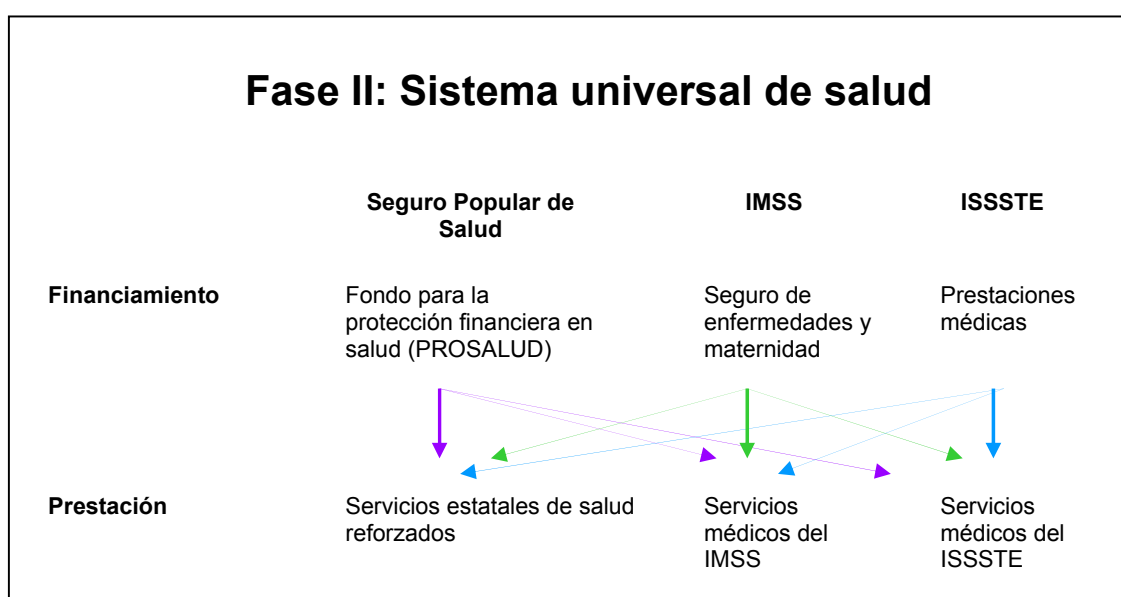


Con la creación del Seguro Popular de Salud como tercer seguro público, se constituye un tercer grupo de población incorporado a un sistema solidario que dispersa el riesgo fortaleciendo la viabilidad financiera del mismo.

En la segunda fase, se muestra como la adecuada articulación de los esquemas de aseguramiento contribuirá a alcanzar una utilización óptima de la infraestructura en salud con la que cuenta el país. El esquema muestra que las familias independientemente del seguro al que hayan cotizado se podrán atender en las unidades médicas de cualquier seguro público. Esta articulación facilitará el flujo de recursos de una institución a otra, con lo que el sistema caminará hacia la separación entre financiamiento y prestación de los servicios de salud. Una vez que las familias estén identificadas en algún esquema de protección financiera y éste cubra sus gastos en salud, la institución prestadora podrá ser elegida por las familias. Es importante destacar que al existir flujo de recursos entre

instituciones, para cubrir los servicios de salud, el financiamiento del sistema de salud empieza a migrar hacia esquemas basados en subsidios a la demanda que siguen las necesidades de salud de la población, en lugar de los apoyos a la oferta que caracterizan al sistema actual. Sin embargo, en esta etapa aún coexisten dentro de cada seguro público, un grupo de población definido que dispersa el riesgo en su interior, lo cual conserva cierto grado de vulnerabilidad financiera.

Hacia un sistema universal de salud.



De esta forma, el sistema se desarrollará, en una etapa ulterior, hacia un modelo en donde exista un sólo financiador y competencia entre prestadores que resultará en una mejor calidad del servicio. En esta etapa, la diversificación de riesgos entre los grupos de población será aún mayor al integrar el financiamiento de los tres seguros públicos.

Para lograr una articulación eficiente, la labor de regulación de los diferentes seguros públicos y privados jugará un papel predominante. Independientemente del seguro de que se trate la

supervisión se enfocará en el fortalecimiento de la atención preventiva, la detección y atención temprana de enfermedades, la promoción de planes integrales comprometidos con el mejoramiento continuo de la calidad y la protección de los derechos de prestadores y usuarios. La existencia de modalidades de protección financiera articuladas, complementadas con una regulación que permite el desarrollo ordenado de estos esquemas, resultarán en la disminución del gasto de bolsillo y la elevación del nivel de salud de las personas.

IV. Cómo medimos los avances

Las acciones de protección financiera requieren ser evaluadas periódicamente para medir el impacto en el nivel de salud de la población y el gasto de bolsillo ejercido.

El indicador general es el porcentaje de familias incorporadas a algún esquema de protección financiera. La meta global de las acciones de protección financiera es reducir entre 70 y 80% el número de familias no aseguradas que enfrentan anualmente gastos catastróficos en salud.

Seguro Popular de Salud

Para la evaluación y seguimiento del Seguro Popular de Salud se tomarán en cuenta los siguientes indicadores generales:

- Porcentaje de familias beneficiarias con respecto a la población no asegurada
- Indicadores de satisfacción en la atención
- Comportamiento de la demanda de servicios de salud en

la población incorporada al Seguro Popular de Salud

- Reducción del gasto de bolsillo en las regiones incorporadas al Seguro Popular de Salud

Ordenamiento y regulación de los esquemas de prepago privado

Para la evaluación y seguimiento de los esquemas de prepago privado, se considerarán los siguientes indicadores de evaluación:

- Número de dictámenes otorgados en tiempo
- Número de visitas de inspección realizadas de acuerdo al calendario
- Número de informes de contralor revisados en tiempo
- Número de reuniones con Contralores Médicos de acuerdo con el calendario
- Difusión puntual de información al público

Referencias

- Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD). *Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud*, México: 2000.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). *Censo Nacional de Población*, México: 2000.
- - - - - *Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto de los Hogares*, México: 2000.
- Organización Mundial de la Salud, *Reporte Sobre la Salud en el Mundo*, Ginebra, 2000.
- Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Salud, México, 2000*.
- - - - - *Documento Técnico del Seguro Popular, México, 2001*.
- www.worldbank.org