

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS, A.C.



LA FUNCIÓN Y CONTRIBUCIÓN DE LOS SEGUROS
PRIVADOS DE SALUD AL SISTEMA DE SALUD

TESINA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO (A) EN ADMINISTRACIÓN Y
POLÍTICAS PÚBLICAS

PRESENTA
JORGE CABALLERO ANGELES

DIRECTOR(A) DE LA TESINA
MTRO. RODOLFO DE LA TORRE GARCÍA

MÉXICO, D.F.

JUNIO 2014

La función y contribución de los seguros privados de salud al sistema de salud

Introducción.....	1
Capítulo I. Los sistemas de salud.....	3
1.1 Funciones y objetivos de los sistemas de salud.....	3
1.2 Criterios de evaluación de los sistemas de salud: Eficiencia, equidad, efectividad y sostenibilidad.....	6
1.3 Seguros privados de salud.....	8
1.4 Clasificación funcional de los seguros privados de salud.....	15
Capítulo II. Los seguros privados de salud en México.....	18
2.1 Personas aseguradas en México.....	23
2.2 La función de los seguros privados de salud.....	35
2.3 La contribución de los seguros privados de salud.....	39
Capítulo III. Esquemas de seguros privados financiados con recursos públicos.....	64
3.1 El esquema de subrogación de servicios médicos del IMSS.....	64
3.2 La deducibilidad de gastos médicos.....	76
Conclusiones.....	84

Lista de tablas

Tabla 1. Participación en la prima emitida del Seguro de Salud, 2009-2013.....	20
Tabla 2. Participación en la prima emitida SGMM, 2009-2013.....	22
Tabla 3. Población con seguro privado de salud, 2010-2012.....	25
Tabla 4. Personas con SGMM y SS, 2000-2012. Miles de personas.....	26
Tabla 5. Motivo de la afiliación a los seguros privados de salud, 2012.....	27
Tabla 6. Población con seguro privado de salud por entidad federativa, 2002-2012.....	28
Tabla 7. Tamaño de la localidad de residencia de los hogares con seguros privados, 2010-2012.....	30
Tabla 8. Estructura de edades a nivel nacional y de la población con seguro privado de salud, 2010- 2012.....	31
Tabla 9. Nivel de escolaridad de las personas con seguro privado de salud, 2012.....	32
Tabla 10. Distribución por deciles de ingreso de los hogares con al menos una persona afiliada a un seguro privado de salud, 2012.....	33
Tabla 11. Estrato socioeconómico de los hogares que cuentan con un seguro privado.....	34
Tabla 12. Población con seguro privado de salud e institución donde se atiende normalmente, 2012.....	39
Tabla 13. Objetivos y metas de política e instrumentos.....	41
Tabla 14. Relación entre aseguradores y prestadores de servicios de salud.....	48
Tabla 15. Distribución de cotizantes por salario base de cotización, 2008	67
Tabla 16. Porcentajes de reversión de las COP del SEM equivalentes, antes y después de la reforma vigente a partir de julio de 1997.....	69
Tabla 17. Argumentos a favor y en contra de los subsidios a los seguros privados de salud.....	81

Lista de figuras

Figura 1. Funciones y objetivos de un sistema de salud.....	4
Figura 2. Función de financiamiento de los sistemas de salud.....	5
Figura 3. Principales criterios de evaluación de los sistemas de salud.....	6
Figura 4. Clasificación funcional de los seguros privados de salud.....	16
Figura 5. Diferencias entre los seguros de gastos médicos mayores y los servicios ofrecidos por las ISES.....	18
Figura 6. Diferentes concepciones de la equidad.....	60

Lista de Gráficas

Gráfica 1. Percepción de la calidad de la atención por tipo de servicio, 2006-2012.....	51
Gráfica 2. Percepción de mejoría en el estado de salud posterior a la atención.....	52
Gráfica 3. Tiempo de espera en minutos para recibir consulta de servicios médicos curativos ambulatorios, 2012.....	53
Gráfica 4. Porcentaje de reversión de COP considerando el riesgo y SBC.....	73

Lista de abreviaturas

Censo	Censo de Población y Vivienda 2010
CNSF	Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
COP	Cuotas obrero patronales
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISES	Instituciones de Seguros Especializadas en Salud
LGISMS	Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros
LSS	Ley del Seguro Social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
SBC	Salario Base de Cotización
SEM	Seguro de Enfermedades y Maternidad
SGMM	Seguro de Gastos Médicos Mayores
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SPS	Seguro privado de salud
SS	Seguro de Salud
SSA	Secretaría de Salud

La función y contribución de los seguros privados de salud al sistema de salud

Introducción

En México, a diferencia de los países desarrollados y otros países de desarrollo similar, el mercado de aseguradoras privadas de salud tiene un nivel de participación relativamente bajo; representa menos del 5% del gasto total en salud y tienen una cobertura menor a 10 millones de personas (Sinais, 2013).

A pesar de la situación anterior, el estudio de los seguros privados de salud resulta relevante puesto que existen pocos estudios previos respecto a su función y contribución al sistema de salud. Asimismo, la importancia también radica en que este año se presentará la propuesta de “Sistema Nacional de Salud Universal” que, probablemente, promoverá una mayor participación de los seguros privados de salud. En este sentido, resulta imprescindible conocer las ventajas y desventajas de los seguros privados como funcionan actualmente.

El objetivo de la presente tesina es contribuir a la discusión sobre el mercado de seguros privados de salud mediante el análisis de la contribución de los seguros privados al sistema de salud y el estudio de dos de los esquemas que implican recursos públicos: subrogación de servicios médicos del IMSS y el de deducibilidad de las primas de los seguros privados.

Debido a la limitación de tiempo, la presente tesina no proporciona criterios suficientes que permitan tomar una decisión sobre la viabilidad y deseabilidad de un

esquema de financiamiento público de seguros privados, en cambio, proporciona elementos que deberían ser considerados en la discusión. Otra limitación es la existencia de pocos estudios previos sobre los seguros privados, por lo tanto, en algunos apartados la discusión se restringe a la evidencia de otros países. En este sentido, el análisis es descriptivo y preliminar

La tesina está estructurada de la siguiente manera. El primer capítulo corresponde a los componentes del sistema de salud. En este capítulo se describen las funciones y objetivos del sistema de salud, así como los principales criterios que se utilizan al evaluar cualquier reforma en el sector salud. Este capítulo proporciona un marco teórico al cual se hará referencia al momento de analizar los seguros privados y los esquemas de financiamiento.

El segundo capítulo describe a los seguros privados de salud en nuestro país. En este apartado se responde la pregunta rectora: ¿cuál es la función de los seguros privados de salud en México? En el tercer capítulo se analiza el esquema de subrogación de servicios médicos del IMSS bajo los convenios de reversión de cuotas y la deducibilidad de las primas de los seguros privados de salud. Finalmente, se presentan las conclusiones.

La función y contribución de los seguros privados de salud al sistema de salud.

Capítulo I. Los sistemas de salud

En este capítulo se presentan los componentes de los sistemas de salud. En este apartado se describen las funciones y objetivos del sistema de salud, así como los principales criterios que se utilizan al evaluar cualquier reforma en el sector salud. El objetivo del capítulo es proporcionar un marco al cual se hará referencia en los siguientes capítulos cuando se analice la participación de los seguros privados en el sistema de salud.

1.1 Funciones y objetivos de los sistemas de salud

Los objetivos de los sistemas de salud (OMS, 2000) son:

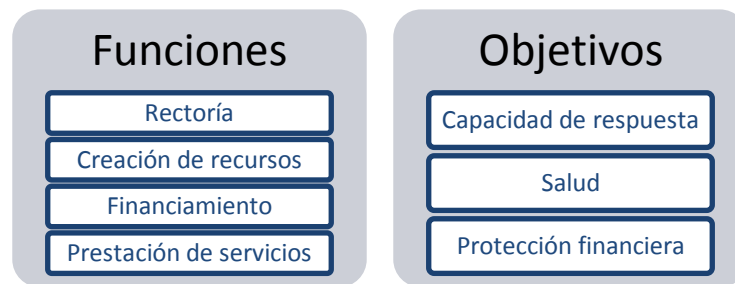
- Mejorar la salud de la población.
- Responder a las expectativas de las personas. Se refiere al trato físico y psicológico que los pacientes esperan recibir. Las expectativas incluyen trato digno, prontitud, confidencialidad, calidez, entre otras.
- Brindar protección financiera contra los gastos de la atención de la salud

Las funciones de un sistema de salud son:

- Rectoría: Supervisión de las demás funciones y la dirección del sistema de salud en su conjunto
- Creación de recursos: Incluye las inversiones en recursos humanos, infraestructura, equipo y generación de conocimiento

- **Financiamiento:** Comprende la recaudación, mancomunación y asignación de recursos para la prestación de los servicios de salud
- **Prestación de servicios:** Incluye la prestación de servicios de salud pública y servicios de salud personales

Figura 1. Funciones y objetivos de un sistema de salud



Fuente: OMS, 2000.

Función de financiamiento de los sistemas de salud

La función de financiamiento se divide en tres componentes (OMS, 2000; Carrin, James y Evans, 2005):

- **Recaudación de ingresos:** Contribuciones de las familias, empresas, gobierno y donaciones al sistema de salud. El financiamiento equitativo en la recaudación se refiere a que cada persona contribuya en función de su capacidad de pago.
- **Mancomunación de recursos:** Las contribuciones son acumuladas y administradas en un fondo con el objetivo de que los costos de la atención médica sean compartidos por todos y no de manera individual. De esta manera, el riesgo de incurrir en gastos de salud es compartido en vez de enfrentado de manera

individual. El fondo puede estar constituido por recursos públicos, privados o ambos.

- Asignación de recursos para la prestación de los servicios de salud: Consiste en el uso de los recursos para comprar o garantizar intervenciones de salud. Los prestadores de los servicios de salud pueden ser públicos o privados.

Figura 2. Función de financiamiento de los sistemas de salud



Fuente: Carrin, James y Evans, 2005.

Existen al menos siete principales fuentes de financiamiento de los sistemas de salud: gasto de bolsillo, seguros privados de salud, seguro social de salud, recaudación general, financiamiento comunitario, ayuda externa-donaciones y cuentas de ahorro para gastos de salud. Para el objetivo de la presente tesina sólo se describen los seguros privados de salud.

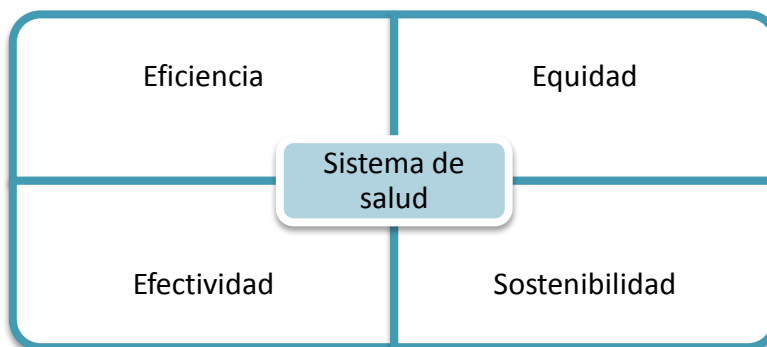
La mayoría de los países combinan diferentes fuentes de financiamiento y no existe evidencia de que alguna de las fuentes de financiamiento sea mejor que las demás. Sin embargo, la evidencia muestra que los esquemas de financiamiento que permiten el prepago y la mancomunación de recursos contribuyen a un financiamiento eficiente (Torres, A. y Knaul, F., 2003). En este sentido, los países cuyo financiamiento es

mayormente a través del gasto de bolsillo implementan medidas para redirigir este gasto hacia esquemas de prepago y mancomunación de recursos.

1.2 Criterios de evaluación de los sistemas de salud: Eficiencia, equidad, efectividad y sostenibilidad

Algunos de los principales criterios para evaluar un programa, el impacto de alguna reforma o el sistema de salud en su conjunto son: eficiencia, equidad, efectividad y sostenibilidad.

Figura 3. Principales criterios de evaluación de los sistemas de salud



Fuente: Elaboración propia a partir de Kai, P., s.f.

Eficiencia: Consiste en el uso de los recursos logrando el máximo producto. En el caso de la salud, la eficiencia es el uso de los recursos del sistema de salud con el mayor número de servicios de salud. La eficiencia se puede subdividir en:

- Eficiencia técnica. Maximización de los productos a partir de los recursos disponibles.

- Eficiencia distributiva. Implica la distribución de los recursos de manera que maximicen el bienestar de la sociedad. En otras palabras, la distribución de los recursos responde a los valores y preferencias de la sociedad.
- Eficiencia económica. Maximización de los productos con los menores costos.

Efectividad: Consiste en los resultados obtenidos a partir de los recursos disponibles. En el caso de la salud, se refiere a la mejora en las condiciones de salud a partir de los recursos disponibles. Por su parte, costo-efectividad se refiere a la mayor contribución a la salud con los menores costos de recursos.

Equidad: Este criterio no tiene un significado único. Algunas de las definiciones comprenden:

- Equidad en el acceso. Las personas tienen acceso al sistema de salud de acuerdo con sus necesidades y no con base en su capacidad de pago.
- Equidad en la distribución de los recursos. Consiste en la asignación de recursos de manera que compense las diferencias en necesidades de salud.
- Equidad en el financiamiento. Las personas contribuyen de acuerdo con su capacidad de pago.
- Equidad horizontal en el financiamiento. Las personas que tienen el mismo nivel de ingreso contribuyen de manera igual.
- Equidad vertical en el financiamiento. La proporción de contribución al sistema de salud se incrementa conforme aumenta el ingreso.

Sostenibilidad: Un sistema de salud es sostenible si la relación de ingresos y gastos permite la continuidad de la prestación de servicios médicos en el corto, mediano y largo plazos. En

diversas ocasiones, los cuatro criterios están en *trade-off* y corresponde a cada país definir la prioridad que se le asigna a cada uno de los criterios.

1.3 Seguros privados de salud

¿Qué son los seguros de salud?

Las características distintivas de los seguros de salud, ya sea públicos o privados, son el prepago y la mancomunación de riesgos y recursos. Por lo tanto, los seguros de salud se pueden definir como un esquema para distribuir el riesgo financiero, asociado con la variación de los gastos de salud de los individuos, mediante la mancomunación de costos en el tiempo (prepago) y entre las personas (mancomunación).

Los seguros de salud permiten incrementar significativamente el nivel de bienestar esperado de los afiliados (Dávila y Guijarro, 2000). El proceso salud-enfermedad es un evento poco predecible, por lo que los individuos pueden elegir proteger sus ingresos y bienestar afiliándose a algún seguro de salud, en vez de afrontar directamente los gastos de salud cuando se presente la enfermedad, como sucede en el pago de bolsillo de los servicios de salud.

El seguro médico implica el prepago, es decir, los desembolsos periódicos de primas. De esta manera, el costo marginal al momento de utilizar los servicios en los seguros médicos, que corresponde al deducible y copago, es menor al costo marginal en que se incurre al atenderse y no contar con un seguro (Dávila y Guijarro, 2000). El deducible y copago representan una fracción del costo total de la enfermedad, mientras que en el caso de no contar con un seguro, se debe cubrir el costo total.

En el caso de las personas no aseguradas, el mayor costo marginal de atenderse puede impedir solventar el costo de la atención médica, lo cual depende del flujo de efectivo con que cuenta el individuo. En otros casos, el costo de la atención médica ocasiona que las familias incurran en gastos catastróficos y/o empobrecedores. En este sentido, se espera que las familias aseguradas tengan mejores niveles de salud que las que no cuentan con seguro (Dávila y Guijarro, 2000). En otras palabras, se espera un mayor nivel de bienestar de los asegurados asociado a la protección financiera del prepago que brindan los seguros médicos.

Por su parte la mancomunación de recursos se refiere a que las contribuciones son acumuladas y administradas en un fondo con el objetivo de que los costos de la atención médica sean compartidos por todos y no de manera individual. La mancomunación de recursos permite que las personas sanas subsidien a las enfermas, las personas de mayores ingresos a las personas pobres y los jóvenes a los adultos mayores. Lo anterior ocasiona un subsidio cruzado entre grupos de ingreso y grupos con diferentes niveles de riesgo. Adicionalmente, ocurre un subsidio intergeneracional en el que las personas jóvenes subsidian a las personas adultas mayores, las cuales, en una perspectiva de ciclo de vida, serán subsidiadas por las personas jóvenes cuando envejezcan.

A nivel individual, el subsidio de personas jóvenes a los adultos mayores resulta atractivo si las personas mantienen el seguro durante todo el ciclo de vida. De otra forma, si el seguro se mantiene únicamente mientras se tenga una relación laboral, no resulta atractivo estar subsidiando a las personas de mayor edad.

El mercado de salud presenta fallas de mercado al no cumplir con el supuesto de información perfecta. Por un lado, el individuo posee menos información que las

aseguradoras respecto de los beneficios cubiertos por el seguro, es decir, desconoce si las intervenciones contenidas en el paquete cubren las principales enfermedades y desconoce si son necesarios los procedimientos médicos que recibe. Por el lado de la oferta, aunque conoce los riesgos promedio, las aseguradoras tienen menos información respecto a los riesgos individuales de los asegurados. Esta asimetría de información crea problemas de selección adversa, selección de riesgos y riesgo moral.

La selección adversa implica que las personas con mayor riesgo de enfermarse tengan incentivos para asegurarse y viceversa, lo cual puede generar un círculo vicioso de elevación de primas y que la mancomunación de riesgos sea inestable (Dávila y Guijarro, 2000). En segundo lugar, la selección de riesgos ocurre cuando la aseguradora intenta seleccionar únicamente aquellos individuos de bajo riesgo. En tercer lugar, el riesgo moral se refiere a que los individuos asegurados tienen menores incentivos para cuidar su salud y mayores incentivos a demandar una mayor cantidad de servicios médicos que las personas que no cuentan con un seguro.

Ante la existencia de estas fallas de mercado existen diferentes mecanismos para disminuir sus efectos negativos. Para evitar la selección adversa o la concentración de malos riesgos, las aseguradoras utilizan estrategias como la renovación anual de las pólizas para ajustar el precio de las primas al riesgo, la exclusión de ciertas enfermedades preexistentes y la inversión en sistemas que permitan obtener mayor información de los riesgos de los asegurados. Asimismo, para evitar el riesgo moral, las aseguradoras establecen esquemas de costos compartidos, como el deducible y el copago, cuyo objetivo es evitar la demanda excesiva de servicios de salud y fomentar la corresponsabilidad en el cuidado de la salud. No obstante, los deducibles y copagos elevan el costo marginal de

atenderse y representan barreras financieras que pueden llegar a impedir el acceso a la atención médica.

Por el lado de la demanda, la regulación pretende limitar la selección de riesgos y el riesgo moral. Para evitar la selección de individuos de bajo riesgo, la regulación puede establecer medidas como esquemas de nivelación de riesgo para aquellas aseguradoras que concentren mayores riesgos que el promedio, subsidios a grupos de riesgo elevados, rangos máximos de incrementos de precio de las primas, la estandarización de paquetes de beneficios, entre otros.

Las ventajas y desventajas de la participación de los seguros privados en el mercado de la salud dependen de su desempeño en el sistema de salud con respecto a los objetivos que el gobierno pretende alcanzar. En este sentido, dependiendo de las metas del gobierno y las políticas implementadas, los seguros privados de salud pueden representar medios para obtener fuentes alternativas de financiamiento, para incrementar la infraestructura de salud, capacidad de respuesta (*responsiveness*), calidad y cobertura del sistema de salud, para disminuir la saturación de los servicios públicos, para aumentar la libertad de elección del paciente y para promover la responsabilidad individual (Colombo & Tapay, 2004; OCDE, 2004a). No obstante, también pueden existir desventajas asociadas a los servicios privados de salud como el incremento significativo de los costos de atención de la salud, en parte debido a los mayores costos administrativos y de publicidad; selección de riesgos; y riesgo moral (demanda innecesaria de servicios médicos y la provisión de servicios médicos innecesarios).

En el estudio de la OCDE (2004a) se presentan los siguientes resultados respecto a la participación de las aseguradoras privadas de salud en los países miembros:

- El aseguramiento privado de salud no parece sustituir el gasto de bolsillo
- El desarrollo de los mercados de aseguramiento privado, medido a través de su proporción en el gasto total o en el porcentaje de población cubierta, no parecen estar correlacionados con el desarrollo económico del país, medido a través del gasto per cápita
- Usualmente, las personas con mayores ingresos, con mayor nivel de escolaridad y los empleados son las personas que mayormente adquieren seguros privados de salud
- Los individuos que incurren en más gastos de salud, como los ancianos y aquellos con enfermedades crónicas, usualmente son asegurados por servicios públicos o servicios privados subsidiados
- Con un marco regulatorio laxo, la selección de riesgos es común en los mercados de seguros de salud
- Los seguros privados de salud reducen el tiempo de espera de los afiliados pero no existe evidencia clara de que reduzcan los tiempos de espera en el sector público
- Existe débil evidencia de que las aseguradoras privadas promueven servicios médicos de alta calidad. Por lo tanto, la participación privada puede no ser la mejor forma de mejorar la calidad de la atención
- Los seguros privados no han representado significativas cargas fiscales para el gobierno, en cambio, incrementan el nivel de recursos financieros del sistema de salud
- La transferencia de costos del sector público al privado ha permanecido baja

- La movilidad de los afiliados es baja y cuando realmente existe competencia, los proveedores no necesariamente responden en términos de precios y calidad
- Si no existe un esquema de costos compartidos con el proveedor de servicios médicos y el asegurado, existen incentivos para las conductas de riesgo moral
- En ninguno de los países de la OCDE, los seguros privados de salud son la principal fuente de financiamiento del sistema de salud.

Diferencias entre seguros públicos y privados

La distinción entre seguros privados y públicos de salud se basa en la fuente de financiamiento principal: si la fuente principal son impuestos o cuotas obrero-patronales se considera que es un seguro público y si son recursos de las empresas o individuos son seguros privados (OCDE, 2004b). Esta distinción no está exenta de críticas puesto que en varios países la fuente de financiamiento es pública pero las aseguradoras son privadas; en este sentido, otros autores argumentan que la distinción entre seguros privados y públicos no es respecto a la fuente de financiamiento sino al carácter público o privado de la institución que mancomuna los recursos.

En general, existen dos tipos de seguros privados, aquellos que cubren gastos médicos mayores y los que brindan protección para los tres niveles de atención de la salud. Las primas de los seguros privados son estimadas mediante el cálculo del riesgo individual de enfermarse o riesgo promedio de un grupo de personas. Por lo tanto, las personas contribuyen de acuerdo con sus necesidades de salud. Lo anterior ocasiona la exclusión de las personas que no tengan la capacidad de pago suficiente.

Existen diferencias significativas entre ambos seguros. Primero, comúnmente la afiliación en los seguros sociales es obligatoria, mientras que en los seguros privados es voluntaria. La repercusión es que la afiliación obligatoria evita el problema de la selección adversa y selección de riesgos, ya que las personas con menos riesgos de salud están obligadas a afiliarse y las aseguradoras no pueden excluir a los pacientes con mayores riesgos.

Segundo, la contribución en los seguros públicos generalmente se basa en el ingreso o la capacidad de pago, mientras que la prima de los seguros privados se basa en el nivel de riesgo de enfermarse. La implicación es que en los seguros privados existe menos subsidios cruzados. Esto es, las personas con mayor ingreso no necesariamente subsidian a las personas de menor ingreso ya que la contribución no depende del ingreso; los individuos con menores riesgos no necesariamente subsidian a las personas de mayor riesgo ya que éstos últimos contribuyen con mayores recursos; y las personas jóvenes no necesariamente subsidian a las personas mayores ya que las primas para éstas últimas pueden ser muy altas y, por lo tanto, impiden solventar el pago de la prima.

Tercero, la mancomunación de riesgos es más estable en el seguro social que en el privado. Por un lado, la afiliación obligatoria permite que las personas con mejores riesgos y mayores recursos se aseguren. Por otro lado, la existencia de un gran número de aseguradoras privadas y la concentración del mercado puede segmentar los riesgos, lo cual puede hacer inestable la mancomunación de recursos y riesgos.

Cuarto, el acceso en los seguros privados está restringido por la capacidad de pago, las exclusiones de enfermedades, los tiempos de espera para atender ciertas enfermedades, el deducible, el copago, entre otros, mientras que en el público generalmente no existen

estos mecanismos que limitan el acceso. No obstante, si bien el acceso es más equitativo, lo anterior puede provocar que el seguro público se encuentre subfinanciado, tenga servicios de menor calidad y, al no existir copago o deducible, que haya una demanda innecesaria de servicios médicos.

1.4 Clasificación funcional de los seguros privados de salud

Los seguros privados de salud pueden clasificarse de acuerdo con la función que desempeñan respecto a los esquemas públicos (OCDE, 2004a; OCDE, 2004b). Las cuatro categorías son:

- **Primario (sustituto/principal).** Las personas no tienen cobertura en algún servicio público porque no existen los servicios, no son elegibles u optaron por no atenderse en ellos.
 - **Sustituto:** seguro privado de salud que sustituye la cobertura de algún esquema público.
 - **Principal:** seguro privado de salud que para las personas representa la única opción ya que no tienen acceso a los servicios públicos.
- **Esquema de duplicación.** El seguro privado de salud provee cobertura a personas que también están cubiertas por el sistema público de salud. El seguro privado y público ofrecen los mismos servicios de salud. La atención médica en servicios privados no excluye a los individuos de contribuir al seguro público.
- **Complementario.** Es un seguro que complementa la cobertura de los servicios asegurados públicamente o seguros de salud sustitutos o principales, el cual financia

solo una parte de los costos de atención mediante la cobertura de todo o parte de los costos residuales que de otra forma no son reembolsados. Por ejemplo, cobertura de copagos u otros esquemas de costos compartido. El principal motivo para adquirir un seguro de salud complementario es reducir la exposición a gastos de bolsillo. La racionalidad de permitir la cobertura de costos compartidos es reducir la inequidad en el acceso asociada a los copagos. No obstante, en tanto que los copagos se utilizan como herramienta de política para moderara la demanda de servicios de salud, la cobertura mediante los seguros privados limita los beneficios de los costos compartidos.

Figura 4. Clasificación funcional de los seguros privados de salud

		Elegibilidad de seguros públicos de salud	
		Individuos tienen cobertura pública	Individuos no tienen cobertura pública
Servicios de salud cubiertos por el esquema de seguros privados de salud (SPS)	SPS cubre servicios medicamente necesarios típicamente cubiertos bajo el sistema público	SPS como esquema de duplicación	SPS Primario: - Sustituto - Principal
	SPS cubre costos compartidos (copagos) aplicables a los sistemas de cobertura públicos	SPS complementario	
	SPS cubre servicios de salud que no están incluidos en los sistemas públicos o SPS primarios	SPS suplementario	

Nota: El SPS puede desempeñar más de una función.

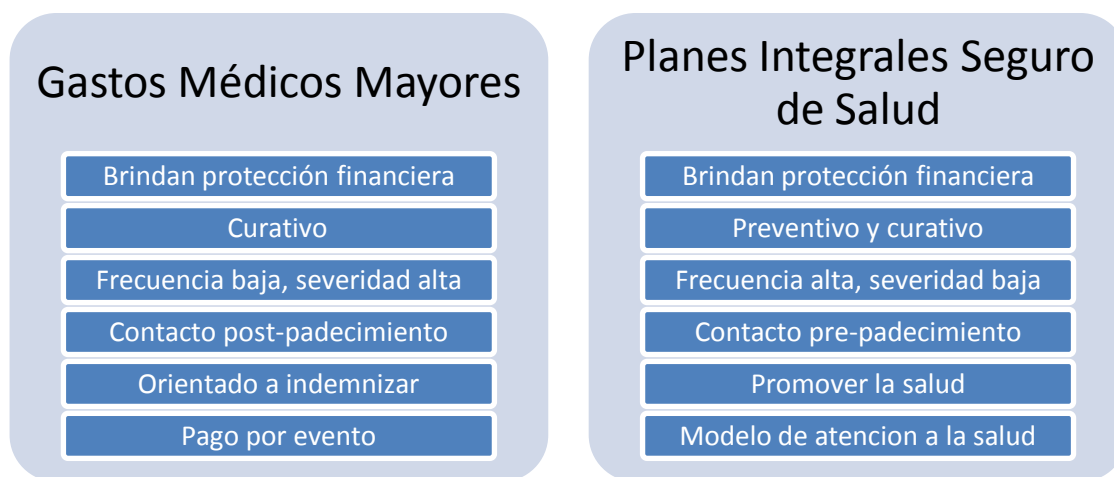
Fuente: OCDE, 2004b

- Suplementario. Las personas tienen o no cobertura en algún servicio público. Sin embargo, el seguro privado de salud ofrece servicios de salud que no están cubiertos por el esquema público. Algunos servicios médicos comúnmente cubiertos por este tipo de seguros son los dentales, ópticos, fisioterapia, cirugía cosmética o mejores condiciones de alojamiento de familiares e internación de pacientes en los hospitales. Algunos de estos servicios pueden considerarse no esenciales.

Capítulo II. Los seguros privados de salud en México

En México, el gasto de los seguros privados de salud representa menos del 5% del gasto total en salud. Este nivel es bajo en comparación con otros países (Durán, Aldaz, Hernández y García, 2010): Los Estados Unidos (63%), Uruguay (68%), Argentina (24%), Brasil (35%), Chile (40%) y Colombia (34%). Lo anterior confirma que el desarrollo de los mercados de aseguramiento privado en salud no parece estar correlacionados con el desarrollo económico (OCDE, 2004a).

Figura 5. Diferencias entre los seguros de gastos médicos mayores y los servicios ofrecidos por las ISES



Fuente: www.calidad.salud.gob.mx

Existen dos tipos de seguros de salud: el Seguro de Gastos Médicos Mayores (SGMM) y los de atención integral proporcionados por las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). Cabe señalar que cualquier aseguradora, no necesariamente especializada en Salud, puede ofrecer los SGMM. Sin embargo, para la

prestación de servicios integrales, la aseguradora debe ser necesariamente una ISES. La figura anterior muestra las diferencias entre los SGMM y los planes de integrales de las ISES. La diferencia principal es que las ISES, además de restaurar y rehabilitar la salud, proporcionan servicios de prevención y mantenimiento de la salud (Lara, 2002).

Seguro de Salud (SS)

En nuestro país, las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) son las encargadas de proporcionar seguros privados de salud. En el año de 1997 se creó el “Ramo de la Salud”, con lo cual quedó instituida la figura de ISES. En este sentido, las ISES son autorizadas desde 1999 por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), previo dictamen aprobatorio emitido por la Secretaría de Salud.

La modificación a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS) dio origen a la creación de las ISES, lo cual respondió a “la necesidad de regular un mercado naciente y dinámico,.... La idea fue propiciar un crecimiento sano y ordenado, a través de aseguradoras especializadas en salud y así dar certidumbre a potenciales inversiones, además de propiciar la contención de costos en la prestación de los servicios de salud, orientar y proteger al consumidor y mejorar los niveles de salud de la población, fortaleciendo acciones de prevención y mantenimiento de la salud” (Lara, 2002, p. 2).

La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (artículo 8) define los seguros de salud como “contratos de seguro que tengan como objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado”.

Las ISES pueden prestar servicios de salud en forma directa, con recursos propios, mediante terceros o ambos. Además de la autorización de la SHCP, las ISES necesitan para operar el dictamen de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), la ratificación del contralor médico y la certificación de proveedores. La CNSF se encarga de evaluar la solvencia financiera, de capital y un manejo de riesgo adecuado por parte de las ISES. Asimismo, las ISES están sujetas a dictámenes anuales que pueden resultar en la revocación del permiso para operar.

Tabla 1. Participación en la prima emitida del Seguro de Salud, 2009-2013

Compañía	2013	2012	2011	2010	2009
Plan Seguro	38.8	43.0	38.3	39.6	34.9
Medi Access Seguros de Salud	29.3	12.4	11.6	11.4	13.5
BBVA Bancomer Seguros Salud	8.7	9.0	12.8	13.7	14.5
Dentegra Seguros Dentales	6.6	5.9	5.9	3.1	1.9
General de Salud Cía. de Segs.	6.2	7.5	8.0	7.4	6.5
AXA Salud	5.4	5.6	7.5	8.7	7.6
Seguros Centauro, Salud Especializada	4.4	5.5	4.1	4.3	5.1
Servicios Integrales de Salud Nova	0.5	11.2	11.3	11.0	10.0
Odontored Seguros Dentales	0.1	n.d	n.d.	n.d.	n.d.
Vitamédica	0.02	0.03	0.04	0.05	0.08
Otras	0.0	0.0	0.4	0.7	6.0

Fuente: Elaboración propia con base en información de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Actualmente, existen once ISES en operación: General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. (autorización 2003); Medi Acces Seguros de salud (2002); Plan Seguro, S.A. de C.V. (2001); Preventis, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer (2002); AXA Salud, S.A. de C.V. (2002); Salud INBURSA, S.A. (2002); Seguros Centauro, Salud Especializada, S.A. de C.V. (2004); Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V. (2004); Vitamédic, S.A. de C.V. (2003); Dentegra, Seguros Dentales, S.A. de

C.V. (2007); y Odontored, Seguros Dentales, S.A. de C.V. (2013). Otras ISES han dejado de operar, algunas porque se les revocó el permiso. Como se aprecia en la tabla anterior, el mercado del SS está concentrado en cinco empresas que participan con el 89.6% del valor de la prima emitida.

Seguros de Gastos Médicos Mayores (SGMM)

Los SGMM son pólizas que cubren los gastos de hospitalización y otros diagnósticos específicos. Las primas varían en función de la cobertura, edad, género y otras características y, en el caso de pólizas colectivas, las primas pueden considerar el historial de salud del grupo asegurado. Los deducibles difieren si el asegurado recibe la atención en la red de prestadores de servicios médicos con quien el asegurador tiene un contrato.

Los SGMM pueden ser ofrecidos por aseguradoras generales, no necesariamente especializadas en seguros médicos (ISES). Las aseguradoras transfieren directamente a los hospitales los montos correspondientes a los servicios médicos que otorgan a los asegurados (OCDE, 2005). En el año 2002, había 24 compañías que operaban el SGMM y el número se incrementó a 31 en 2012.

La LGISMS (artículo 8) define el ramo de gastos médicos como: “los contratos de seguro que tengan por objeto cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del asegurado, cuando se hayan afectado por causa de un accidente o enfermedad”.

Por más de 30 años, los SGMM habían tenido una cobertura menor al 3% de la población, no obstante, a inicios de la década anterior tuvieron un crecimiento importante.

En la Ciudad de México, alrededor del 8% de la población tenía SGMM en el año 2000, la proporción aumentó a 25% para el año 2006 (Durán, Aldaz, Hernández y García, 2010).

Cabe señalar que la prima, el deducible y el coaseguro son los principales gastos en que se incurre al tener un seguro privado. La prima corresponde al monto anual, calculada de forma individual o colectiva. El deducible es el monto que paga el asegurado antes de que el seguro lo cubra, es decir, el seguro empieza a cubrir los gastos cuando la enfermedad rebasa el monto del deducible. La prima y el deducible tienen una relación indirecta, entre mayor sea el monto de la prima, menor es el deducible y viceversa. Por su parte, el coaseguro es la participación porcentual a cargo del asegurado una vez aplicado el deducible, la aseguradora cubre el restante de los gastos cubiertos después de descontar el deducible y el copago.

De forma similar al mercado de los SS, el mercado de SGMM está concentrado en cuatro empresas (Grupo Nacional Provincial, AXA Seguros, MetLife México y Seguros Monterrey New York Life) que concentran el 72.8% del valor de las primas emitidas.

Tabla 2. Participación en la prima emitida SGMM, 2009-2013

Compañía	2013	2012	2011	2010	2009
Grupo Nacional Provincial	26.6	26.7	26.7	27.4	28.1
AXA Seguros	19.4	20.1	20.6	20.9	21.2
MetLife México	16.0	15.4	15.7	16.3	16.2
Seguros Monterrey New York Life	10.9	10.1	10.3	9.7	9.1
Seguros Inbursa	4.8	4.9	4.8	5.1	5.1
Seguros Banorte Generali	4.5	4.7	3.6	2.0	2.2
Seguros Atlas	4.1	3.4	3.7	3.5	3.4
Allianz México	3.7	4.0	3.9	4.1	3.6
Mapfre Tepeyac	3.5	3.3	3.1	2.4	2.6
Otros	6.7	7.4	7.7	8.7	8.4

Fuente: Elaboración propia con base en información de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Existe una concentración del mercado de aseguradoras tanto en el ramo de SGMM como en el SS. En cada seguro, las principales cuatro compañías concentran más del 70% de los asegurados. Aunado a la concentración, también es reducido el número de personas con seguro privado en nuestro país, lo cual puede ocasionar efectos negativos. En primer lugar, existen compañías de seguros con un tamaño de mercado pequeño por lo que su mancomunación de recursos es pequeña o muy segmentada, lo cual puede impactar de forma negativa su sostenibilidad. En segundo lugar, la concentración de mercado puede limitar la competencia entre las aseguradoras; aunque ésta puede no darse en términos de calidad y precio (OCDE, 2004a).

2.1 Personas aseguradas en México

A nivel individual o familiar, la compra de un seguro de salud está determinada por diferentes factores como el ingreso, la probabilidad de enfermarse, los precios, las preferencias, la aversión al riesgo y otras variables demográficas y socioeconómicas. Por su parte, la decisión de una empresa de proporcionar un seguro de salud para sus empleados puede ser función de aspectos como invertir en capital humano, disminuir la rotación laboral o debido a los incentivos fiscales. El nivel educativo y los ingresos familiares están altamente correlacionados con el hecho de tener un seguro o servicio prepago (Knaul, Parker y Ramírez, 1997).

Knaul, Parker y Ramírez (1997) reconocen la dificultad de determinar quién paga el seguro privado basado en el empleo: la familia, el individuo o la empresa. Pueden existir diferentes situaciones: (a) los empleados pueden pagar de su bolsillo el paquete de salud que reciben a través de la empresa, por ejemplo, cuando la empresa negocia mejores

paquetes o primas más bajas que las que podrían obtener de manera individual, (b) los empleados pueden decidir afiliarse o no y pagar mediante deducciones salariales, (c) las prestaciones respecto a la salud pueden ser un factor que los individuos consideran al buscar un trabajo y, en este sentido, la decisión de tener seguro privado sería una combinación de consideraciones del individuo, la familia y la empresa y (d) las prestaciones de salud representan sustitutos de los ingresos y, por lo tanto, se reflejan en los salarios. En la medida en que los empleados no tienen elección de compra, la decisión le corresponde a la empresa.

Como se mencionó anteriormente, un número pequeño de personas cuentan con seguro privado de salud. El Censo de Población y Vivienda 2010 (Censo) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) revelan diferentes cifras en cuanto al total de asegurados (tabla 3). El Censo registra alrededor de dos millones de personas con seguro privado en el año 2010, mientras que la cifra se reduce a 750,000 personas en el 2012, con información de la ENSANUT. En el año 2000, con base en la ENSANUT de ese año, Nigenda, Troncoso, Arreola, López y González, (2003) estimaron que el número de personas con seguro privado representaron el 1.04% de la población total, que corresponde a cerca de un millón de personas.

La ENSANUT y el Censo preguntan de la misma manera sobre la condición de aseguramiento, por lo que la diferencia en el número de asegurados no se explica por la forma de preguntar. Asimismo, en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012 (ENIGH), en su cuestionario para personas de 12 años o más, se pregunta ¿tiene usted contratado voluntariamente un seguro privado de gastos médicos? Si imputamos los valores encontrados en la ENSANUT para la población menor de 12 años a los resultados de la ENIGH, el número de personas con seguros privados de gastos médicos

asciende a 1,233,453. De esta manera, las estimaciones del número de asegurados oscilan entre 750,000 y 2,000,000 de personas.

Tabla 3. Población con seguro privado de salud, 2010-2012

	2010		2012	
Población total	112,336,538		115,170,278	
Porcentaje de la población con seguro privado de salud	1.79		0.65	
Población con seguro privado de salud	2,006,687	100	749,921	100
Únicamente con seguro privado	1,700,568	84.7	508,389	67.8
En dos instituciones de salud	306,119	15.3	241,532	32.2
Con seguro privado e IMSS	260,524	13.0	188,084	25.1
Con seguro privado e ISSSTE	32,623	1.6	25,257	3.4
Con seguro privado y Seguro Popular o SMNG	5,260	0.3	28,189	3.8
Con seguro privado e ISSSTE estatal	3,384	0.2	n.d.	n.d.
Con seguro privado y otra institución	3,164	0.2	n.d.	n.d.
Con seguro privado y PEMEX, SEDENA o SEMAR	1,164	0.1	n.d.	n.d.

Fuente: Elaboración propia con base en el Censo de Población y Vivienda 2010 y la ENSANUT, 2012.

Es posible que exista confusión por parte de las personas acerca de si cuentan con un seguro privado de salud. Probablemente, la mayoría de las personas no consideran a los Seguros de Gastos Médicos Mayores como aseguramiento privado de salud. La confusión puede no estar presente cuando las personas cuentan con un Seguro de Salud. Lo anterior podría evitar que ambas encuestas no capturen el importante número de personas con SGMM. Como se aprecia en la tabla, el número de personas con SGMM en el año 2000 fue de 2.79 millones y de 8.88 en el 2012. Por su parte, el número de personas con SS es muy reducido, para el año 2012, únicamente tenían seguro alrededor de 326,500 personas. Además, desde el año 2006 hay un estancamiento en el crecimiento de los afiliados. En este

sentido, el crecimiento del sector asegurador de la salud está impulsado por el SGMM, mientras que el SS está estancado en cuanto al número de afiliados.

Lo anterior puede reflejar que los seguros privados de salud tienen un componente mayormente curativo que preventivo, lo cual puede impactar negativamente las condiciones de salud si las personas no tienen acceso a otra institución de salud que cubra la parte preventiva. Asimismo, aquellos pacientes con SGMM podrían no pertenecer a un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia debido a que los padecimientos de baja frecuencia y bajo costo podrían estar siendo atendidos en una institución diferente a la que atiende sus gastos médicos mayores.

Tabla 4. Personas con SGMM y SS, 2000-2012. Miles de personas

Año	Total	SGMM	SALUD	Tasa de crecimiento			Porcentaje de la población
				Total	SGMM	SALUD	
2000	n.d.	2,785					n.d.
2001	n.d.	3,090			11.0		n.d.
2002	n.d.	3,463			12.1		n.d.
2003	3,923	3,820	103.1		10.3		3.7
2004	4,202	4,029	173.4	7.1	5.5	68.2	4.0
2005	5,348	5,117	231.0	27.3	27.0	33.2	5.0
2006	5,669	5,354	314.9	6.0	4.6	36.3	5.2
2007	6,331	5,946	384.8	11.7	11.1	22.2	5.8
2008	6,344	6,093	251.0	0.2	2.5	-34.8	5.7
2009	6,741	6,476	264.7	6.3	6.3	5.5	6.0
2010	6,994	6,678	315.8	3.8	3.1	19.3	6.1
2011	8,290	7,958	331.6	18.5	19.2	5.0	7.2
2012	9,209	8,883	326.5	11.1	11.6	-1.6	7.9

TCMA 9.95 10.15 13.66

TC Total 134.8 219.0 216.7

Nota: TCMA Tasa de crecimiento media anual, TC tasa de crecimiento

Fuente: Elaboración propia con base en información de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

De las personas aseguradas, aproximadamente la mitad están afiliadas porque el seguro es una prestación en el trabajo o por contratación propia, mientras que la otra mitad está asegurada por algún familiar en el mismo hogar u otro. Como se mencionó anteriormente, es difícil determinar quien paga (la familia, el individuo o la empresa) el seguro privado basado en el empleo (Knaul, Parker y Ramírez, 1997).

Tabla 5. Motivo de la afiliación a los seguros privados de salud, 2012

Usted está afiliado a tal por:	Población con seguro privado de salud		Con seguro privado y afiliación a otra institución de salud		Únicamente con seguro privado	
	Total	%	Total	%	Total	%
Prestación en el trabajo	198,906	26.5	77,325	32.0	121,581	23.9
Jubilación o invalidez	18,159	2.4	5,036	2.1	13,123	2.6
Algún familiar en el hogar o de otro hogar	345,360	46.1	125,078	51.8	220,282	43.3
Muerte del asegurado	934	0.1	349	0.1	585	0.1
Ser estudiante	9,903	1.3	2,602	1.1	7,301	1.4
Contratación propia	128,927	17.2	26,366	10.9	102,561	20.2
NS/NR	47,731	6.4	4,775	2.0	42,956	8.4
	749,921		241,531		508,389	

Fuente: Elaboración propia con base en la ENSANUT, 2012.

Knaul, Parker y Ramírez (1997) revelaron que en los trabajadores del sector financiero era más común el aseguramiento privado que en los demás sectores. En esa fecha, aproximadamente la cuarta parte de los trabajadores de ese sector tenía un seguro privado; principalmente, mediante la participación del sector bancario en el programa de reversión de cuotas con el IMSS, lo cual sigue vigente, como se verá en el tercer capítulo.

Por otro lado, los resultados de la distribución de la población con seguro privado de salud entre las entidades federativas, a partir de la ENSANUT 2000 y 2012 y el Censo del

2010, son consistentes (tabla 6). El 74.9% de la población asegurada se concentra en diez entidades: Baja California, Coahuila, Chihuahua, Distrito Federal, Jalisco, México, Nuevo León, Puebla, Sonora y Veracruz; las cuales concentran el 54.7% de la población del país. De estas diez entidades, el Distrito Federal, México y Nuevo León concentran el 40.5% de las personas con seguro privado.

Tabla 6. Población con seguro privado de salud por entidad federativa, 2002-2012

	Miles de asegurados		Asegurados		Asegurados		Población		Penetración seguros privados
	2002	%	2010	%	2012	%	2012	%	
Total	1048		2,006,687		749,921		117,053,750		
Aguascalientes	9	0.9	20,312	1.0	7,496	1.0	1,233,921	1.1	0.9
Baja California	47	4.5	95,396	4.8	36,138	4.8	3,328,623	2.8	1.7
BCS	3	0.3	10,737	0.5	1,367	0.2	695,409	0.6	0.3
Campeche	1	0.1	5,783	0.3	1,069	0.1	866,375	0.7	0.2
Coahuila	23	2.2	59,352	3.0	36,003	4.8	2,854,334	2.4	2.0
Colima	3	0.3	7,810	0.4	3,974	0.5	685,394	0.6	0.9
Chiapas	33	3.1	25,653	1.3	4,852	0.6	5,050,568	4.3	0.1
Chihuahua	37	3.5	72,261	3.6	32,937	4.4	3,598,792	3.1	1.4
Distrito Federal	175	16.7	387,314	19.3	125,477	16.7	8,911,665	7.6	2.2
Durango	7	0.7	12,835	0.6	2,821	0.4	1,709,741	1.5	0.3
Guanajuato	98	9.4	64,015	3.2	13,523	1.8	5,668,181	4.8	0.4
Guerrero	5	0.5	13,147	0.7	5,164	0.7	3,499,507	3.0	0.2
Hidalgo	16	1.5	19,058	0.9	10,969	1.5	2,768,973	2.4	0.6
Jalisco	69	6.6	185,322	9.2	44,693	6.0	7,644,152	6.5	0.9
México	81	7.7	244,451	12.2	84,265	11.2	16,106,485	13.8	0.8
Michoacán	21	2.0	36,153	1.8	19,576	2.6	4,494,730	3.8	0.7
Morelos	11	1.0	23,974	1.2	10,239	1.4	1,850,812	1.6	0.9
Nayarit	5	0.5	7,736	0.4	6,310	0.8	1,155,448	1.0	0.9
Nuevo León	113	10.8	249,432	12.4	93,864	12.5	4,868,844	4.2	3.0
Oaxaca	12	1.1	18,305	0.9	2,120	0.3	3,930,833	3.4	0.1
Puebla	39	3.7	56,642	2.8	41,252	5.5	6,002,161	5.1	1.1
Querétaro	10	1.0	46,602	2.3	17,115	2.3	1,912,803	1.6	1.4
Quintana Roo	7	0.7	23,290	1.2	14,537	1.9	1,440,115	1.2	1.6
San Luis Potosí	38	3.6	52,011	2.6	17,036	2.3	2,675,311	2.3	1.0
Sinaloa	22	2.1	31,207	1.6	12,879	1.7	2,905,750	2.5	0.7

Sonora	84	8.0	66,019	3.3	45,545	6.1	2,809,806	2.4	2.5
Tabasco	12	1.1	15,672	0.8	7,195	1.0	2,309,071	2.0	0.5
Tamaulipas	15	1.4	49,485	2.5	11,185	1.5	3,419,338	2.9	0.5
Tlaxcala	15	1.4	11,461	0.6	6,460	0.9	1,224,637	1.0	0.8
Veracruz	25	2.4	51,562	2.6	21,804	2.9	7,858,604	6.7	0.4
Yucatán	12	1.1	34,451	1.7	4,374	0.6	2,036,694	1.7	0.3
Zacatecas	2	0.2	9,239	0.5	7,682	1.0	1,536,674	1.3	0.8

Nota: Nivel de penetración = porcentaje de asegurados de la entidad respecto al total de asegurados a nivel nacional
porcentaje de población de la entidad respecto al total nacional.

Fuente: Elaboración propia con base en SSA (2012) con información de la Encuesta Nacional de Salud 2000, el Censo de Población y Vivienda, 2010, la ENSANUT, 2012 y las proyecciones de CONAPO.

Asimismo, la distribución de las personas con SGMM, con información de la CNSF, es similar a la que resulta de la ENSANUT. Las cuatro entidades con mayor número de personas con SGMM en 2012 coinciden con las que reporta la ENSANUT. Estas entidades son el Distrito Federal con 53%, Nuevo León 10.4%, Jalisco 5.4% y México 5.24%. De esta manera, de los 8.9 millones de personas con SGMM en 2012, 4.7 millones se encuentran en el Distrito Federal. Para el caso del SS, las entidades con mayor número de asegurados son el Distrito Federal con el 37.5%, Nuevo León 25.5%, Sonora 9.4% y Jalisco 5%. Asimismo, las entidades federativas con mayor penetración de seguros privados son: Baja California, Coahuila, Distrito Federal, Nuevo León, Quintana Roo y Sonora.

En cuanto al nivel de penetración sobresale el caso de Nuevo León y Sonora, el primer estado concentra el 4.2% de la población total pero tiene el 12.5% de los asegurados, mientras que los valores para Sonora son 2.4% y 6.1%, respectivamente. Por otro lado, también destaca que cinco de las diez entidades con mayor número de asegurados son estados fronterizos: Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila y Nuevo León. Lo anterior puede indicar que la cercanía con Estados Unidos, junto con el diferencial de precios en la provisión de servicios médicos, ha permitido el establecimiento de

instituciones privadas de salud y, entre ellas, la modalidad de seguros privados. Asimismo, las aseguradoras, además de satisfacer las demandas de los pacientes estadounidenses, han diseñado seguros privados que se ajusten al menor nivel adquisitivo de los residentes mexicanos.

El desarrollo del mercado asegurador en Nuevo León puede deberse a al menos dos factores: su cercanía con Estados Unidos y, a diferencia de los otros cuatro estados, el mayor poder adquisitivo de su población. En los otros cuatro estados es posible que el turismo médico sea el principal detonador del mercado de seguros privados de salud.

Las personas con seguro privado se concentran predominantemente en las localidades con 100,000 y más habitantes, es decir, zonas urbanas. Entre el 80% y 85% de los asegurados están en este tamaño de localidad, mientras que a nivel nacional es del 50%. Asimismo, entre el 90% y 95% de las personas con seguro privado se encuentran en las localidades con 15,000 o más habitantes.

Tabla 7. Tamaño de la localidad de residencia de los hogares con seguros privados, 2010-2012

	Hogares con seguro privado, 2012		Personas con seguro privado, 2010		Nacional
		%		%	
Total	770,229	%	2,006,687	%	%
100,000 y más habitantes	653,759	84.9	1,588,967	79.2	50.4
15,000 - 99,999 habitantes	74,705	9.7	190,288	9.5	14.3
2,500 - 14,999 habitantes	9,738	1.3	116,483	5.8	13.3
1-2,499 habitantes	32,027	4.2	110,949	5.5	21.9

Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH, 2012 y el Censo 2010.

Al revisar la estructura por edades de las personas con seguro privado de salud, se aprecia que la mayor penetración de este tipo de seguros ocurre en el grupo en edad laboral,

es decir, de los 20 a los 60 años (tabla 8), lo cual es consistente con la evidencia internacional. Asimismo, para el grupo en edad laboral, la distribución porcentual de la población con seguro privado por grupos de edad es mayor respecto a la distribución porcentual de la población en general. Los mayores de 60 años representan entre 7.4 y 9.6% de las personas con seguro privado. Cabe señalar que si se utiliza la información generada de los seguros de salud y gastos médicos mayores, el porcentaje resultante es de 4% (AMIS, 2012).

Tabla 8. Estructura de edades a nivel nacional y de la población con seguro privado de salud, 2010- 2012.

Edad	2010				2012				Penetración de los seguros	
	Nacional		Seguro privado		Nacional		Seguro privado		2010	2012
Total	112,336,538	%	2,006,687	%	117,053,750	%	749,921	%		
De 0 a 9 años	21,575,859	19.2	342,316	17.1	22,380,425	19.1	101,367	13.5	1.59	0.45
De 10 a 19 años	21,966,049	19.6	347,438	17.3	22,460,494	19.2	116,198	15.5	1.58	0.52
De 20 a 29 años	18,680,448	16.6	327,278	16.3	19,840,577	16.9	146,804	19.6	1.75	0.74
De 30 a 39 años	16,763,785	14.9	359,852	17.9	17,444,871	14.9	121,946	16.3	2.15	0.70
De 40 a 49 años	12,937,956	11.5	294,306	14.7	14,194,937	12.1	96,136	12.8	2.27	0.68
De 50 a 59 años	8,959,656	8.0	185,564	9.2	9,839,031	8.4	90,944	12.1	2.07	0.92
De 60 a 69 años	5,433,731	4.8	88,214	4.4	5,966,126	5.1	34,397	4.6	1.62	0.58
De 70 a 79 años	3,119,417	2.8	39,947	2.0	3,283,305	2.8	30,443	4.1	1.28	0.93
De 80 y más	1,502,231	1.3	20,847	1.0	1,643,983	1.4	6,474	0.9	1.39	0.39
No especificado	1,397,406	1.2	925	0.0			5,211	0.7		

Nota: La penetración de seguros se calcula como el porcentaje de personas con seguro privado de salud por grupo de edad entre el total de personas de ese grupo de edad

Fuente: Elaboración propia con base en el Censo de Población y Vivienda, 2010, las proyecciones de CONAPO y la ENSANUT, 2012.

De esta manera, en una perspectiva de ciclo de vida, el gasto en salud es mayor en los extremos de la vida (al nacer y en los últimos años de vida) y en el periodo reproductivo en el caso de las mujeres. Esta concentración del gasto puede explicar por qué

existe una menor participación de estos dos grupos de edad en los seguros privados de salud. Es decir, el gasto en deducibles, copagos y primas es mayor en estas etapas de la vida por lo que es más difícil solventar los gastos en que se incurrirían contratando un seguro privado. Otra hipótesis es la posible selección de riesgos por parte de las aseguradoras. Igualmente, si consideramos que en promedio la mitad de los miembros de un hogar tienen seguro privado de salud, es más probable que los que no estén asegurados correspondan a los miembros que no se encuentran en edad laboral.

Tabla 9. Nivel de escolaridad de las personas con seguro privado de salud, 2012.

Grado de estudios	Nacional		Con seguro privado		Penetración del seguro privado
	Total	%	Total	%	
Ninguno	5,380,573	4.7	10,821	1.4	0.20
Preescolar	4,352,795	3.8	20,456	2.7	0.47
Primaria	37,745,592	32.8	111,593	14.9	0.30
Secundaria	26,709,039	23.2	110,076	14.7	0.41
Preparatoria o Bachillerato	14,614,902	12.7	107,775	14.4	0.74
Normal básica	410,194	0.4	7,963	1.1	1.94
Estudios técnicos o comerciales con primaria, secundaria o preparatoria terminada	3,695,561	3.2	30,178	4.0	0.82
Normal de licenciatura	1,615,932	1.4	20,498	2.7	1.27
Licenciatura o profesional	9,028,946	7.8	231,214	30.8	2.56
Maestría	592,976	0.5	38,520	5.1	6.50
Doctorado	101,839	0.1	6,878	0.9	6.75
No disponible	10,921,929	9.5	53,951	7.2	0.49
	115,170,278	100	749,921	100	0.65

Nota: En todos los casos se agrupa en el grado de estudios a las personas que cursaron al menos un año en ese nivel escolar. El cálculo de la penetración del seguro privado es el porcentaje de asegurados respecto al total de la población con ese nivel de escolaridad.

Fuente: Elaboración propia con base en la ENSANUT, 2012.

Existe un marcado contraste entre el nivel de escolaridad de la población en general y los que cuentan con un seguro privado. A nivel nacional, el 56% de la población tiene el nivel de escolaridad de primaria o secundaria, mientras que para las personas con seguro privado, la proporción es de 30%. El mayor contraste del nivel de escolaridad ocurre a partir del nivel de licenciatura. Por ejemplo, a nivel nacional, el 7.8% de las personas tienen una escolaridad de licenciatura y para el caso de los asegurados es del 30.8%. Lo anterior se refleja en que la penetración del seguro privado es mayor en los niveles de licenciatura y posgrado, en el que alcanza valores cercanos al 6.5%, mientras que la penetración a nivel nacional es de 0.65%.

Tabla 10. Distribución por deciles de ingreso de los hogares con al menos una persona afiliada a un seguro privado de salud, 2012.

Deciles	409,051	%
I	16,459	4.0
II	19,256	4.7
III	13,521	3.3
IV	9,145	2.2
V	27,465	6.7
VI	31,596	7.7
VII	30,130	7.4
VIII	59,590	14.6
IX	79,306	19.4
X	122,581	30.0

Fuente: Elaboración propia con base en la ENSANUT, 2012.

Las personas con seguro privado de salud se concentran en los últimos tres deciles de mayor ingresos, los cuales absorben el 64% de los asegurados. En los deciles del V al VII están el 22% de los asegurados y el restante 14% en los primeros cuatro deciles (tabla 5). No obstante, si consideramos la ENIGH 2012, la concentración de asegurados en los

últimos tres deciles es de aproximadamente 85%, en contraste con el 64% que resulta de los datos de la ENSANUT, 2012. Por otro lado, para el año 2012, el ingreso corriente trimestral promedio por hogar a nivel nacional fue de \$38,000 y el mismo valor para los hogares con seguro privado es de \$133,445.

Otra forma de apreciar el nivel de ingresos de los asegurados es mediante el estrato socioeconómico al que pertenecen. Para el caso de los hogares con al menos una persona con seguro privado, el 80% tienen ingresos medios altos y altos, mientras que a nivel nacional el valor es de 27%. Similarmente, con base en la ENSANUT 2012, el 89.7% de los hogares con al menos un asegurado se encuentran en zonas de baja marginación, el restante 10.3% en zonas de alta marginación.

Tabla 11. Estrato socioeconómico de los hogares que cuentan con un seguro privado, 2012

	Hogares con seguro privado		Nacional
Total	770,229	%	%
Bajo	4,909	0.6	19.8
Medio bajo	152,996	19.9	53.4
Medio alto	265,250	34.4	18.9
Alto	347,074	45.1	7.9

Nota: Clasificación de los hogares de acuerdo con ciertas características socioeconómicas de las personas que las habitan, así como características físicas y el equipamiento de las mismas expresadas por medio de 24 indicadores construidos con información del XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH, 2012.

Knaul, Parker y Ramírez (1997) con información del año de 1993, realizaron regresiones logit para predecir la probabilidad de que un trabajador este afiliado a un seguro privado. Entre los hallazgos, los autores encontraron que la probabilidad de tener un seguro médico privado es mayor en los trabajadores con mayores niveles de capital humano, los que trabajan en grandes empresas y los hombres tienen una mayor probabilidad. En el año

2010, de las personas con seguro de salud, el 50% eran mujeres, mientras que respecto al seguro de gastos médicos mayores, la proporción fue de 48% (AMIS, 2012). Los autores también concluyen que existen significativos movimientos de entrada y salida de los planes de salud prepagados en periodos de tiempo cortos, lo cual se explica, en parte, porque perdieron el empleo.

2.2 La función de los seguros privados de salud

La función de los seguros privados de salud depende de la relación que éstos tienen con los servicios públicos de salud. Como se expuso en el primer capítulo, figura 4, los seguros privados pueden cumplir una función de duplicación, complementario, suplementario o de aseguramiento primario (sustituto o principal).

En los esquemas de aseguramiento público en México no existen los esquemas de costos compartidos, por ejemplo, los copagos. Por lo tanto, los seguros privados de salud no tienen una función de complementariedad en tanto que no financian los costos de atención que no son cubiertos por los seguros públicos de salud. Los seguros privados tampoco tienen una función de aseguramiento primario principal (única opción para las personas que no tienen acceso a servicios públicos) ya que cualquier persona que no pertenezca a los institutos de seguridad social puede afiliarse al seguro popular. En otras palabras, todas las personas tienen acceso a los servicios públicos de salud. De esta manera, los seguros privados de salud en nuestro país cumplen con una función de duplicación, sustitución y suplementariedad.

Función de aseguramiento primario sustituto

En su *función de aseguramiento primario sustituto* se incluyen las personas que, a pesar de ser elegibles en el sistema público de salud, decidieron no atenderse en ellos y contrataron un seguro privado. Uno de los motivos de la decisión es que las personas perciben los servicios públicos de baja calidad, calidez y tiempos de espera elevados. En este sentido, los seguros privados responden a las demandas insatisfechas del sector público. No obstante, en algunos casos la sustitución no es perfecta ya que el seguro privado cubre un paquete de servicios más limitado que el de los servicios públicos. Asimismo, se puede argumentar que la diferencia de calidad entre los seguros privados y los servicios públicos ocasiona que no se consideren bienes con características similares o sustitutos.

Las personas afiliadas en este grupo son mayormente aquellas que no tienen acceso a los institutos de seguridad social, deciden no afiliarse a esquemas públicos, como el seguro popular o el seguro de salud para la familia del IMSS, y tienen la capacidad de pago para contratar un seguro privado. Este grupo de personas trabajan por cuenta propia, ya sea en la economía formal o informal, o en empresas que no proporcionan seguridad social. Igualmente, en este grupo se incluyen los afiliados que son asegurados por algún familiar del hogar o de otro hogar, y los trabajadores que no tienen acceso a seguridad social, pero el seguro privado corresponde a una prestación del trabajo.

Función de duplicación

Por su parte, en su *función de duplicación*, las personas pertenecen a una institución pública de salud y además tienen un seguro privado. En la medida en que la mayoría de las personas con aseguramiento privado tienen un seguro de gastos médicos mayores y no un

seguro integral de salud, la función de duplicación corresponde a aquellos padecimientos que están cubiertos tanto por el seguro privado como por la institución pública.

Una parte importante de los asegurados privados en la función de duplicación, 32% de acuerdo a los datos de la ENSANUT, tiene un seguro privado por ser una prestación en el trabajo, el resto es porque algún otro familiar los aseguró (51.8%) o por contratación propia (10.9%). A este grupo corresponden las personas con acceso a los institutos de seguridad social por la condición laboral del cónyuge, quién también les proporciona cobertura en esquemas de aseguramiento privado.

Función de suplementariedad

Por último, *la función de suplementariedad* corresponde a aquellas intervenciones médicas cubiertas por el seguro privado que no se otorgan en los esquemas públicos. Por ejemplo, las intervenciones fuera del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) del seguro popular, las cirugías estéticas o algunos componentes de los servicios dentales u oftalmológicos. Igualmente, una parte importante del segmento de suplementariedad corresponde a las mejores condiciones de atención en los hospitales del sector privado en cuanto a condiciones de alojamiento de familiares e internación de los pacientes. Por ejemplo, mejores instalaciones, menor tiempo de espera, mayor privacidad, atención más personalizada, acceso a mejor equipo y tecnologías más avanzadas, entre otras.

Si bien ocurre una función de aseguramiento primario sustituto, duplicación y suplementariedad, el aseguramiento privado puede verse interrumpido en diversas circunstancias a lo largo del ciclo de vida. En primer lugar, en determinado momento, las personas podrían no tener la solvencia económica para cubrir el copago y deducible por lo

que deben acudir a los servicios públicos. En segundo lugar, los afiliados podrían no tener los recursos suficientes para renovar la prima de los seguros privados. La ocurrencia de esta situación es mayor en la etapa del retiro o al envejecer, en la que los ingresos disminuyen, las enfermedades son costosas y crónicas, y la prima del seguro, ajustada por el riesgo, tiene un precio mayor. En tercer lugar, dada la incertidumbre del proceso salud-enfermedad, a lo largo de la vida puede haber episodios de alta ocurrencia de enfermedades en los que se rebasa el monto de gastos médicos cubiertos por el seguro y es posible que se tenga la necesidad de recurrir a los servicios públicos. Asimismo, como se mencionó, la duplicación puede ser parcial (sólo en algunas enfermedades) o el seguro puede no cubrir algunas enfermedades, por lo que es necesario acudir a los servicios públicos.

Incluso cuando las personas cuentan con doble aseguramiento, la evidencia muestra que las personas se atienden mayormente en los servicios públicos en comparación con los servicios del seguro privado. En la siguiente tabla, al cuestionar a las personas ¿dónde se atiende normalmente?, se aprecia que de las personas en la función de duplicación o doble aseguramiento, el 57.7% decide atenderse en las instituciones públicas de salud y la proporción restante en los servicios privados. A nivel hospitalario, el 20% de las personas con seguro privado se atienden en alguna institución pública.

Lo anterior puede explicarse al menos por dos razones. Primero, si bien las personas cuentan con un seguro privado, ya sea por contratación propia, prestación laboral o mediante algún familiar, los gastos de bolsillo al momento de utilizar el servicio privado (copagos y deducibles) podrían estar actuando como una barrera financiera para el uso de estos servicios. En este sentido, si bien los copagos reducen la utilización innecesaria de servicios médicos, también pueden estar afectando el acceso a la atención. Segundo, en la medida en que la mayoría de los asegurados optan por el SGMM, la atención en el primer

nivel de atención y padecimientos de costo bajo o moderado podrían no estar incluidos en su seguro y, por lo tanto, acuden a las instituciones públicas de salud.

Tabla12. Población con seguro privado de salud e institución donde se atiende normalmente, 2012

	Donde se atienden normalmente										Se automédica	No se atiende
	Total	Total %	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	ISSSTE Estatal	Centro de Salud u Hospital de la SSA	Médico privado	Consultorios dependientes de farmacias	Otro lugar		
Población con seguro privado de salud	749,921	100.0	15.8	0.2	0.9	0.6	4.3	69.4	5.1	2.2	0.6	0.7
Únicamente con seguro privado	508,389	67.8	2.3	0.2	0.0	0.0	2.3	84.1	6.1	3.3	0.8	0.9
En dos instituciones de salud	241,532	32.2	44.4	0.2	2.8	1.8	8.5	38.7	2.9	0	0.2	0
Con sp e IMSS	188,084	25.1	55.2	0.0	0.0	0.0	1.6	39.6	2.7	0.0	0.3	0.6
Con sp e ISSSTE	25,257	3.4	0.0	0.0	27.2	17.3	2.3	53.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Con sp y Seguro Popular o SMNG	28,189	3.8	11.4	1.8	0.0	0.0	60.5	19.5	6.9	0.0	0.0	0.0

Nota: Seguro privado (sp). El supuesto es que la clasificación "médico privado" pertenece a los servicios del seguro

Fuente: Elaboración propia con base en la ENSANUT, 2012.

2.3 La contribución de los seguros privados de salud

La contribución de los seguros privados de salud al desempeño del sistema de salud puede evaluarse desde diversas perspectivas. En este apartado se analiza la contribución de los seguros privados respecto a las funciones, valores y objetivos del sistema de salud expuestos en el primer capítulo. En algunos apartados la discusión es estrictamente teórica y basada en evidencia de otros países.

Funciones del sistema de salud

(a) Rectoría

La regulación resulta imprescindible en el mercado de aseguramiento y puede representar el principal instrumento del gobierno para conseguir sus objetivos respecto a los

seguros privados. En particular, en el mercado de aseguramiento, la información asimétrica provoca selección adversa, riesgo moral y selección de riesgos por parte de las aseguradoras, lo cual justifica la regulación del gobierno.

La regulación puede tener varios objetivos, como son: aminorar los efectos negativos de las fallas de mercado, alinear el comportamiento de las aseguradoras privadas con los objetivos del sistema de salud, promover el acceso de las personas de alto riesgo, establecer estándares de calidad y cobertura, controlar el crecimiento de los costos de salud, promover el desglose de información comprensible por parte de las aseguradoras privadas, establecer requisitos de renovación de seguros y protecciones de portabilidad. De esta manera, mediante una regulación adecuada se pueden evitar problemas como el incumplimiento de las condiciones pactadas, la calidad irregular, la problemática en la renovación de las primas, la demanda inducida por la oferta, entre otros.

En nuestro país, las reglas para la operación del ramo de salud (DOF, 24/05/2010) obligan a las ISES a especificar si existe la renovación obligatoria de los planes y la edad máxima de renovación. Además, las ISES están sujetas a criterios que intentan evitar la discriminación selectiva en la renovación de planes. Adicionalmente, la regulación establece en qué casos las ISES pueden rechazar una reclamación por un padecimiento preexistente y se obliga a especificar los padecimientos con períodos de espera. El incremento del precio en cada renovación se sujetara a la nota técnica registrada ante la CNSF, la cual establece rangos de variación del precio de la prima basados en la edad. Esta Comisión también se encarga de que esté garantizada la suficiencia financiera mediante la vigilancia de las reservas técnicas y, por su parte, la Secretaría de Salud (SSA) vigila el apego a la práctica médica adecuada mediante la figura del contralor médico en cada ISES.

En el año 2003, Sámano *et al.*, (2003) encontraron que las aseguradoras usan el concepto de preexistencia de una enfermedad a su conveniencia para dejar de responsabilizarse del reembolso del costo de los servicios. Asimismo, los autores sostienen que las aseguradoras limitan la libertad de elegir el médico de confianza ya que los pacientes deben aceptar a un médico de la red, a quien desconocen. Las aseguradoras crean redes de médicos integradas por aquellos que aceptan las políticas restrictivas del asegurador; entre ellas: negar o diferir estudios y procedimientos diagnósticos o terapéuticos, no autorizar la consulta con el médico especialista.

De esta manera, la regulación resulta indispensable para el funcionamiento del mercado de aseguradoras. Una mala regulación puede exacerbar las inequidades, asegurando a los jóvenes y saludables, y provocar una escalada de costos (Sekhri y Svedoff, 2005). Sin embargo, existen diferentes instrumentos para regular a los mercados privados y que sirvan al interés público, como muestran Sekhri y Savedoff (2006) en la siguiente tabla.

Tabla 13. Objetivos y metas de política e instrumentos

Meta de política	Objetivo de política	Instrumentos de política potenciales para lograr los objetivos
Proteger a los consumidores	Asegurar la solvencia financiera de los aseguradores	1. Establecer requerimientos de reserva y capital mínimos 2. Establecer requerimientos de reporte financiero y asegurar la transparencia en los reportes
	Promover la competencia y alentar la asequibilidad y elección del consumidor	3. Establecer requerimientos de reserva que permitan a diferentes tipos de aseguradores entrar al mercado. Por ejemplo, para aseguradores menos capitalizados. 4. Establecer reglas contra la fijación de precios de monopolio.
	Promover la transparencia y la justicia en las transacciones entre consumidores y aseguradores	5. Establecer requerimientos de desglose de información y asegurar que su contenido es comprensible. 6. Monitorear la publicidad y las prácticas comerciales para asegurar la protección del consumidor 7. Proveer mecanismos independientes para resolver controversias de consumidores
	Asegurar que los paquetes contengan una protección	8. Definir al menos un paquete de beneficios estándar que todos los aseguradores deben ofrecer y requerir a los aseguradores que fijen las primas para este paquete de forma similar.

	financiera adecuada	
	Atender los bienes deseables y las externalidades	<p>9. Proveer directamente o comprar intervenciones de salud que son definidas como bienes públicos mediante fondos públicos</p> <p>10. asegurar un paquete de beneficios médicos que contenga aquellos servicios que son considerados bienes públicos</p> <p>11. Subsidiar a los aseguradores mediante fondos públicos respecto a la provisión de cobertura de bienes públicos</p>
Promover equidad	Minimizar la selección adversa y alentar una más amplia mancomunidad de riesgos	<p>12. Establecer aseguramiento obligatorio al menos para ciertas categorías de hogares</p> <p>13. Alentar al aseguramiento grupal mediante grupos de empleados, asociaciones, cooperativas y sindicatos.</p> <p>14. Crear incentivos para personas de bajo riesgo que se aseguren (por ejemplo, incentivos fiscales)</p>
	Minimizar la selección de riesgo y promover una amplia mancomunidad de riesgos	<p>15. Permitir periodos de espera para condiciones preexistentes.</p> <p>16. Permitir a los aseguradores revisar la historia clínica de los afiliados</p> <p>17. Cubrir individuos de alto riesgo mediante programas financiados públicamente</p> <p>18. Proveer mecanismos para proteger a los aseguradores tales como pools de alto riesgo, reaseguramiento y esquemas de compensación de riesgos</p> <p>19. Requerir la renovación garantizada junto con guías de precios que impidan que las primas sean inasequibles para individuos más enfermos</p> <p>20. Limitar las exclusiones y periodos de espera para la primera vez que un individuo compre aseguramiento continuo.</p>
	Establecer guías de fijación de precios de primas que promuevan subsidios cruzados entre sanos y enfermos y entre niveles de ingreso	<p>21. Requerir fijación de primas basada en la comunidad para promover subsidios cruzados entre enfermos y sanos.</p> <p>22. Promover contribuciones basadas en el ingreso cuando sea posible para promover subsidios cruzados entre individuos de alto y bajo ingreso.</p>
Promover la contención de costos	Reducir la demanda inducida por la oferta	23. Promover métodos de pago a proveedores que compararan riesgos y recompensas con los proveedores.
	Reducir la demanda inducida por el consumidor (riesgo moral)	24. Permitir esquemas de costos compartidos con los consumidores mediante deducibles y copagos. Monitorear las prácticas de costos compartidos para asegurar que éstas no limiten el acceso a los servicios y tengan protección financiera adecuada.

Fuente: Sekhri, N. y Savedoff, W. (2006). Regulating private health insurance to serve the public interest: policy issues for developing countries.

Además, el mercado de la salud está dominado por la oferta, en gran parte por la asimetría de información sobre la necesidad de procedimientos médicos. En este sentido, la

regulación es el mecanismo mediante el cual el gobierno equilibra la disparidad entre la oferta y la demanda (Bolis, 2003). En suma, la regulación es uno de los mecanismos que contribuyen a crear las condiciones para conseguir los objetivos de las políticas públicas.

(b) Recursos

Como se presentó en el primer capítulo, una de las funciones de los sistemas de salud es la creación de recursos, que incluye las inversiones en recursos humanos, infraestructura, equipo y generación de conocimiento. Como confirman otros estudios (Gómez *et al*, 2011, p. 227): “No hay información actualizada sobre el número de médicos y enfermeras que trabajan en el sector privado”. Lo mismo puede afirmarse sobre la infraestructura y equipo disponible en el sector privado y mucho menos existe una desagregación entre servicios privados de prepago y de desembolso de recursos al utilizar los servicios. Sin embargo, la existencia de la red de prestadores de servicios de los seguros privados aumenta la capacidad de atención del sistema de salud.

Así como en el sistema público de salud existe una concentración de médicos, infraestructura y equipo en las zonas urbanas; para el caso de las aseguradoras privadas, la concentración es mayor debido a que las personas afiliadas se caracterizan por tener altos salarios y vivir en zonas predominantemente urbanas. Como se mostró anteriormente, las personas que cuentan con un seguro privado se concentran en pocas entidades federativas del país. En este sentido, el crecimiento del sector asegurador en salud contribuiría a la concentración de recursos del sector salud en las zonas urbanas o con mayor ingreso.

Si bien los servicios privados de salud contribuyen a la inequidad en el acceso a los servicios de salud, en el esquema actual no existen los incentivos, de ganancia o de

sostenibilidad financiera en caso de los servicios sin fines de lucro, para que los seguros privados de salud incursionen en los estados con menor desarrollo. Independientemente de si es la mejor manera de asegurar el acceso a la salud de la población no urbana y en la medida en que el ingreso es una de las principales barreras para el aseguramiento privado, una forma con la cual el gobierno puede crear las condiciones de mercado es mediante esquemas de financiamiento público como la creación de subsidios a las primas para las personas de menores recursos.

(c) Financiamiento

En cuanto a la función de financiamiento, los seguros privados contribuyen con recursos monetarios adicionales. El valor del mercado de seguros privados de salud ha incrementado su participación dentro del gasto en salud, tanto como proporción del gasto total y como proporción del gasto privado en salud. No obstante, representa menos del 5% del gasto total en salud, que equivale a aproximadamente 0.3% del PIB.

En este sentido, los recursos financieros adicionales al sistema de salud mediante los seguros privados se han incrementado aunque no superan 0.5% del PIB. La OCDE reporta que el gasto en seguros privados como proporción del gasto total en salud fue de 2.5% en 2000 y se elevó a 4.04% en el 2011.

El valor de las primas emitidas del SGMM ha aumentado considerablemente desde el año 2000. Del año 2000 al 2011, el valor de las primas creció 170%, que corresponde a una tasa de crecimiento media anual de 9.45%. En contraste, para los mismos años, el valor de las primas del Seguro de Salud decreció 28%, equivalente a una disminución anual de 2.9% (AMIS, junio, 2012). El valor de las primas del SGMM se concentra en diez

entidades federativas que, en el año 2012, absorbieron el 85.1%. Entre ellas destaca el Distrito Federal (40.2%), Nuevo León (14.7%), Jalisco (8%) y México (6.9%) que en su conjunto representan el 70%. El valor del SS también se concentra en el Distrito Federal (37.5%), Nuevo León (25.5%), Sonora (9.4%) y Jalisco (5.03%), que en su conjunto representan el 77.5%.

La función de financiamiento se subdivide en recaudación de ingresos, mancomunación de recursos y asignación de recursos para la prestación de servicios de salud. En cuanto al primer elemento, la recaudación de ingresos es mayormente a través de prepagos, lo cual contribuye a la protección financiera, y gasto de bolsillo en el caso de los deducibles y copagos.

En segundo lugar, la mancomunación de recursos resulta importante para subsidiar entre personas enfermas y sanas y entre asegurados de alto y bajo ingreso. En los seguros privados resulta más significativo el subsidio entre personas enfermas y sanas, ya que la subsidización cruzada entre ingresos es menor porque la mayoría tiene ingresos altos, en comparación con el seguro público. Como se mencionó, en la medida en que el mercado está concentrado y las personas aseguradas son un porcentaje pequeño de la población, comparado con otros países, es probable que algunas empresas tengan un pequeño segmento de mercado, lo cual podría estar afectando la mancomunación de recursos y con ello la sostenibilidad financiera.

En tercer lugar, no existen estudios sobre la información relativa a la forma de pago entre la aseguradora y su red de prestadores de servicios médicos. El desconocimiento sobre los métodos de pago prospectivos o retrospectivos empleados por la aseguradora impide evaluar si existen incentivos para evitar la demanda inducida por la oferta, para la

contención de costos, entre otros. En parte, estos comportamientos están determinados por la forma en que se divide el riesgo: si lo asume el asegurador, el paciente, el proveedor de servicios médicos o si está repartido.

Además de los recursos adicionales que aportan los seguros privados al sistema de salud, la liberación de recursos es otro tipo de contribución. La liberación de recursos se refiere a la oportunidad de utilizar los recursos públicos en otras actividades en el sector salud o fuera de él debido al ahorro que generan al sistema público las personas que contratan y se atienden en servicios de salud mediante el aseguramiento privado.

En este sentido, la liberación de recursos ocurre cuando las personas con acceso a las instituciones públicas de salud contratan un seguro privado y no utilizan la infraestructura pública. En otras palabras, las personas que contratan un seguro privado tienen la obligación de seguir aportando a la seguridad social, al igual que los patrones y la aportación gubernamental, pero al no hacer uso de los servicios públicos, esos recursos, tanto financieros como de utilización de la infraestructura, equipo y personal médico, son liberados para atender a otras personas, contribuyendo a la subsidización cruzada.

Aunque el número de personas con doble aseguramiento es reducido y, como se apreció anteriormente, una parte significativa (aproximadamente 58%) de las personas prefieren hacer uso de los servicios públicos en vez de los privados, la liberalización de recursos podría tener una magnitud importante si consideramos que la mayoría de las personas con seguro privado tienen altos ingresos y, por lo tanto, es probable que también tengan un salario base de cotización elevado.

Por otro lado, existen posturas que argumentan que los recursos adicionales y la liberación de recursos que ocasionan los seguros privados reducen la saturación de los

servicios públicos. En nuestro país, es probable que no se reduzca significativamente la saturación de los servicios públicos de salud dado que el número de personas con seguro privado es reducido y una parte de ellas sigue utilizando los servicios públicos. Tamez y Valle (2005) afirman que la principal razón a favor de incentivar la participación privada es precisamente la saturación de los servicios del IMSS. En el estudio de la OCDE (2004a) sobre los países miembros se identificó que los tiempos de espera, una medida de la saturación de los servicios de salud, se reducía para las personas que contrataban un seguro privado, pero no existía evidencia clara de reducción de los tiempos de espera en el servicio público.

En contraparte a la liberación de recursos, los seguros privados también pueden comprometer recursos adicionales, principalmente financieros. En primer lugar, cuando el seguro privado es parte de las prestaciones laborales y el empleador es el gobierno, se demandan mayores recursos públicos para el cuidado de la salud. En segundo lugar, como se explicará en el siguiente capítulo, el esquema de subrogación de servicios médicos del IMSS, mediante convenios de reversión de cuotas, podría estar comprometiendo más recursos de los que se utilizarían para atender a los asegurados en las clínicas y hospitales del IMSS. En tercer lugar, la deducción fiscal de gastos médicos también compromete recursos que podrían tener algún otro destino fuera y dentro del sector salud. En cuarto lugar, indirectamente, también pueden contabilizarse otros recursos públicos. Por ejemplo, el monitoreo, evaluación y regulación de los seguros privados y la formación de médicos especialistas.

Cabe señalar que estos recursos adicionales asociados a la participación de los seguros privados no necesariamente son un aspecto negativo. Por el contrario, si bien implican mayor uso de recursos públicos, también pueden generar recursos adicionales al

mejorar la condición de salud, aportar al crecimiento económico, pueden estar respondiendo a demandas insatisfechas por parte del sector público (por ejemplo, mejor trato, oportunidad en la atención médica, entre otras) o responder a otros valores.

(d) Prestación de servicios

En los seguros privados se diferencia entre la función de aseguramiento y la de prestación de servicios de salud. La relación entre aseguradores y prestadores de servicios de salud puede clasificarse en tres tipos, como se aprecia en la siguiente figura (OCDE, 2004a).

Tabla 14. Relación entre aseguradores y prestadores de servicios de salud

Modelo de reembolso o indemnización	Los aseguradores tienen una relación contractual con los asegurados pero no directamente con los proveedores de servicios de salud. El reembolso ocurre entre el asegurador y el paciente, quien reclama el reembolso del costo después de ser tratado.
Arreglo contractual entre proveedores y aseguradores (sin integración)	Los aseguradores mantienen relaciones contractuales o acuerdos con proveedores. Los aseguradores comúnmente pagan a los proveedores mediante una tarifa por servicio y los precios son el principal tema de negociación. Otras condiciones de atención médica como volumen, tipo y calidad de la atención tienen menos relevancia en las negociaciones o acuerdos contractuales. Los aseguradores pueden celebrar contratos con todos los prestadores o ser selectivos con un subgrupo limitado de ellos. En este último caso, los aseguradores pueden reembolsar a los pacientes si eligen un prestador que no tenga convenio con la aseguradora, pero los pacientes reciben, generalmente, un reembolso menor o mayores esquemas de costos compartidos.
Sistemas integrados de atención de la salud	Los aseguradores a menudo crean, son dueños o contratan una red de hospitales afiliados y proveedores para cubrir un paquete completo de servicios de salud a sus miembros. En este sentido, los esquemas de aseguramiento combinan el financiamiento de la salud y la prestación de servicios en la misma entidad.

Fuente: OCDE (2004a).

En México existen principalmente arreglos contractuales sin integración y el modelo de reembolso o indemnización. Generalmente, las ISES y las aseguradoras de gastos médicos mayores contratan una red de prestadores de servicios, en las que los pacientes tienen precios preferenciales y condiciones preferentes en copagos, con respecto a la utilización de prestadores fuera de la red. Asimismo, los gastos médicos mayores operan como modelos de reembolso o mediante una red de proveedores. Sin embargo, no existen estudios sobre los efectos que generan el método de pago entre proveedores y aseguradores.

Por otro lado, diversos estudios señalan que los costos del sector salud crecen más que la inflación general (Bodenheimer, 2005). Adicionalmente, la participación de los seguros privados de salud se ha asociado con un mayor crecimiento de los costos de atención comparado con el sector público, lo cual repercute en el financiamiento y sostenibilidad financiera del sistema. Los precios de las primas crecen en mayor proporción que la inflación general. De acuerdo con Sandoval y Sandoval (2007), las tarifas de los seguros de gastos médicos mayores han crecido aproximadamente 14% anualmente del año 2000 al 2006. Lo anterior es consistente con estudios para otros países (Mossialos *et al*, 2002).

La tendencia en los costos administrativos de los seguros privados es que estos sean mayores que los de los servicios públicos de salud (OCDE, 2004a). Del 2009 al 2011, el gasto en rectoría y administración de seguros médicos como porcentaje del gasto en salud fue de 19.4% en el FASSA, IMSS-Oportunidades y la Secretaría de Salud, 20.6% en el gasto estatal, 21.2% en el IMSS, ISSSTE y PEMEX y de 23.9% en los seguros privados de salud. La diferencia suele ser significativa, en Chile por ejemplo, la diferencia de costos administrativos era de 4% y 20% del gasto total en salud para el sector público y privado, respectivamente (Mossialos *et al.*, 2002).

Los costos de administración suelen ser mayores en los seguros privados por la necesidad de contar con personal para evaluar riesgos, establecer primas, diseñar los paquetes de beneficios y revisar, pagar y rechazar quejas. Asimismo, los seguros privados de salud suelen gastar más en publicidad (Mossialos *et al.*, 2002).

En este sentido, la evidencia internacional muestra que los costos en el sector privado y su crecimiento son mayores que en el sector público. Lo anterior se asocia a los mayores costos administrativos, el gasto en *marketing*, los fines lucrativos de algunos servicios privados, las mejores instalaciones y la utilización de equipo de alta tecnología (Mossialos *et al.*, 2002). De esta manera, la contención de costos se puede lograr mejor de otra forma que a través de la expansión de los seguros privados (Colombo y Tapay, 2004). Asimismo, los sistemas de salud con gran participación del seguro privado generalmente no controlan los costos a pesar de la existencia de técnicas de administración del cuidado de la salud agresivas (Mossialos *et al.*, 2002).

Objetivos del sistema de salud

(a) Capacidad de respuesta

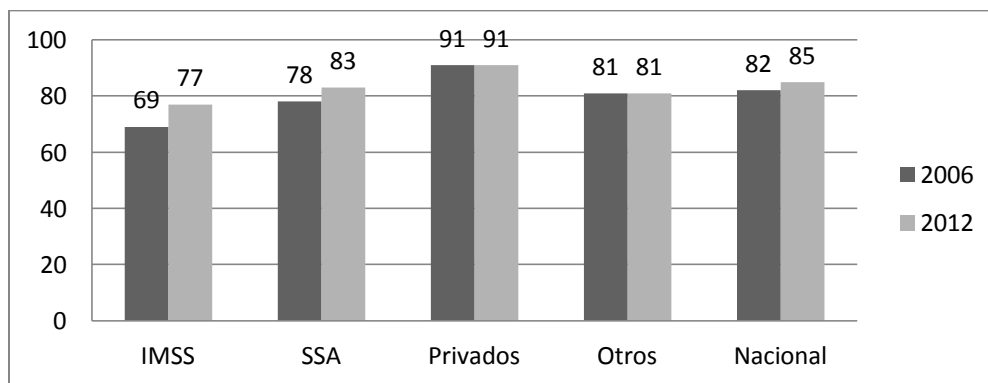
La capacidad de respuesta se refiere a la forma en que los servicios de salud responden a las expectativas de las personas. Incluye, calidad, trato físico y psicológico, digno, prontitud, confidencialidad, calidez, entre otras.

En esta sección, se comparan los resultados del desempeño de las instituciones públicas y privadas, con base en los datos de la ENSANUT 2012, en cuanto a la calidad como respuesta a las expectativas de las personas. En los servicios privados de salud, la ENSANUT reporta resultados en consultorios dependientes de farmacia y médicos

privados. No hay una opción específica de servicios de salud de los seguros privados, por lo tanto, es probable que las personas con seguro hayan elegido la opción de médicos privados. Ante la inexistencia de opción de seguros privados, el supuesto es que los servicios de las aseguradoras privadas de salud son al menos de la misma calidad que los servicios clasificados como médico privado.

En los resultados de la ENSANUT, la percepción de calidad de la atención en los servicios ambulatorios es mayor en los servicios privados que en cualquier institución pública. La proporción de usuarios que reportaron buena o muy buena percepción del servicio en instituciones privadas es de 91%, tanto en 2006 y 2012, mientras que el promedio de todas las instituciones ha sido de 82% y 85%, respectivamente. Igualmente, cuando se les pregunta si regresarían a la misma institución de atención, los servicios privados reportan mayores respuestas positivas que la mayoría de las instituciones públicas.

Gráfica 1. Percepción de la calidad de la atención por tipo de servicio, 2006-2012



Notas: SSA: Centro de salud u hospital de la SSA.

Privados: Médicos privados, consultorios dependientes de farmacias

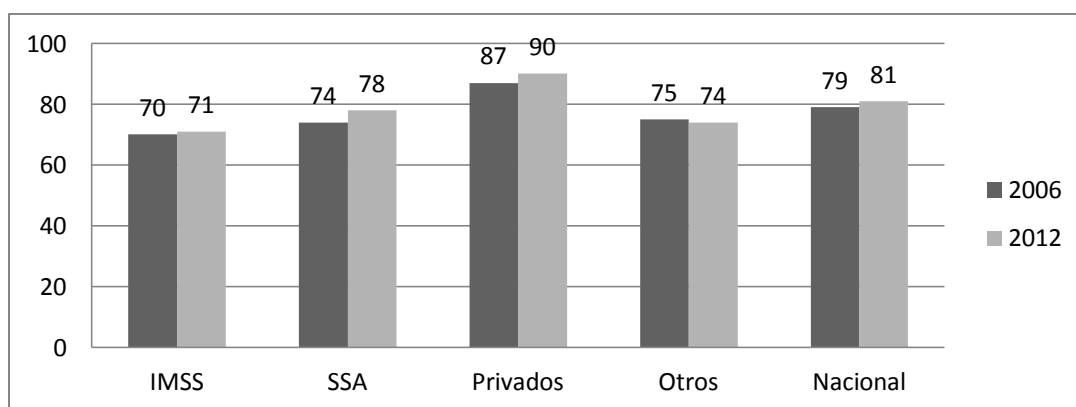
Otros: PEMEX, Defensa, Marina, IMSS-Oportunidades, ISSSTE, ISSSTE Estatal, otro lugar.

Fuente: ENSANUT, 2012a.

Cabe señalar que los servicios de PEMEX, Sedena y Semar obtienen mejores resultados, tanto en percepción de calidad de la atención y en la respuesta positiva a regresar a la institución, que los servicios privados. El mejor desempeño de PEMEX comparado con el IMSS, ISSSTE, los servicios estatales de salud y los de la SSA puede estar asociado a que su gasto por asegurado es más de dos veces superior que el de cualquiera de estas instituciones.

La tendencia se mantiene en el nivel de servicios hospitalarios: la percepción de la calidad como buena y muy buena de los usuarios es mayor en los hospitales privados que en cualquiera de las instituciones públicas, con excepción de la PEMEX, Sedena y Semar (ENSANUT, 2012b). Por otro lado, la percepción de mejoría en el estado de salud posterior a la atención es mayor en los servicios privados que en los públicos. La proporción en los servicios privados aumentó de 87% a 90% de 2006 a 2012 y de 79% a 81% en las instituciones de salud en su conjunto.

Gráfica 2. Percepción de mejoría en el estado de salud posterior a la atención, 2006-2012



Notas: SSA: Centro de salud u hospital de la SSA.

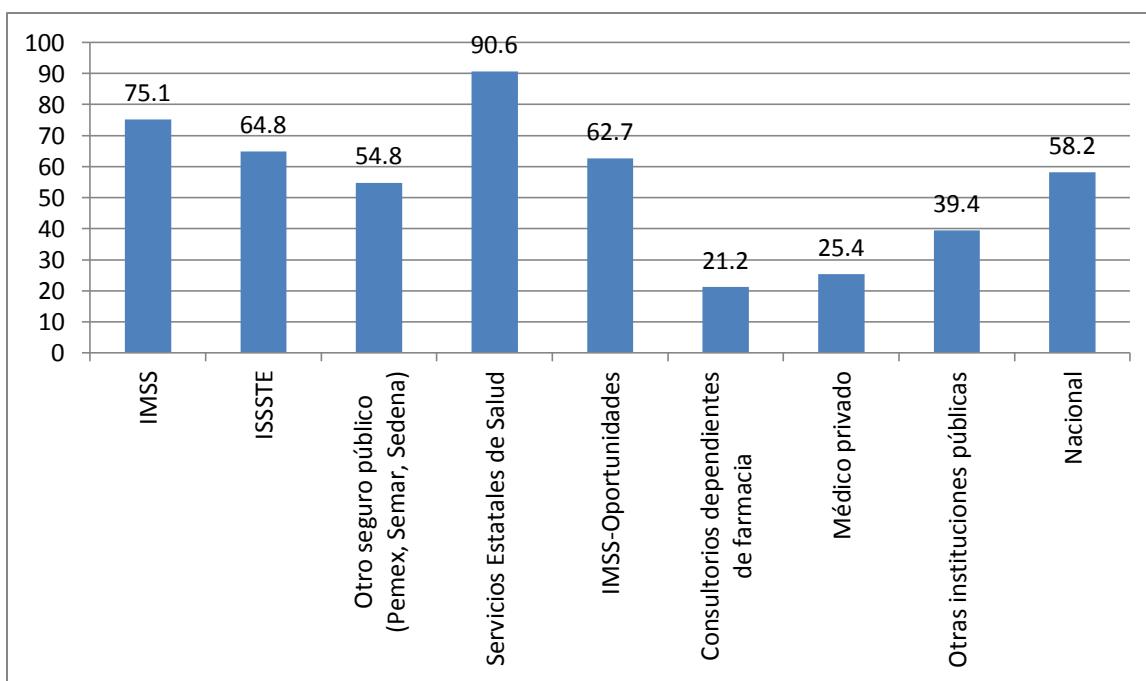
Privados: Médicos privados, consultorios dependientes de farmacias

Otros: PEMEX, Defensa, Marina, IMSS-Oportunidades, ISSSTE, ISSSTE Estatal, otro lugar.

Fuente: ENSANUT, 2012a.

Otro de los aspectos que impactan la calidad en el servicio es el tiempo de espera. Los resultados de la ENSANUT muestran que el tiempo de espera para recibir servicios médicos ambulatorios en la mayoría de las instituciones públicas supera los 50 minutos, mientras que en los médicos privados el promedio es de 25.4 minutos. Cabe señalar que el programa SICalidad establece 30 minutos como tiempo de espera aceptable.

Gráfica 3. Tiempo de espera en minutos para recibir consulta de servicios médicos curativos ambulatorios, 2012.



Fuente: ENSANUT, 2012b.

El largo tiempo de espera o las “colas” es un método de racionamiento de recursos públicos y de traslación de demanda hacia los servicios privados. Este método puede ocasionar que las personas con mayores necesidades de salud, con menores recursos

económicos o más bajo costo de oportunidad estén dispuestas a pagar el costo en forma de tiempo de espera¹. Stiglitz (2000, p. 91-92) afirma:

“Este mecanismo [el de las colas] permite adaptar en cierta medida el nivel de provisión a las necesidades de los consumidores. Los que demandan más servicios médicos están más dispuestos a esperar su turno en la consulta... las colas pueden constituir un mecanismo eficaz para discriminar entre los que necesitan verdaderamente asistencia médica... y los que necesitan menos. Pero las colas distan de ser un instrumento perfecto para averiguar quién merece asistencia médica, ya que los que están parados o jubilados, pero no están tan necesitados de asistencia médica, quizá estén más dispuestos a hacer cola que el atareado ejecutivo o el trabajador mal remunerado y pluriempleado. De hecho, estamos sustituyendo el criterio de la disposición a pagar para asignar los servicios médicos por el de la disposición a esperar en la consulta. La utilización de la cola como mecanismo de racionamiento tiene, además, un coste social real que es el tiempo pasado haciendo cola y que podría evitarse si se utilizaran los precios como mecanismo de racionamiento”.

(b) Salud

La calidad como respuesta a las expectativas de las personas (menor tiempo de espera, mejor percepción del servicio, etc.) impacta las condiciones de salud de la población. Sin embargo, resulta pertinente preguntarse cómo influyen los seguros privados de salud en las condiciones de salud con su apego y mejora de los protocolos y guías de práctica médica (calidad en la práctica clínica).

En los países de la OCDE (p. 14, 2004a), existe débil evidencia que los seguros privados de salud han promovido servicios de atención de salud de alta calidad: “En la

¹ En la literatura sobre economía de la salud una forma de medir el costo del tiempo de espera es mediante el ingreso de las personas por unidad de tiempo. En este sentido, para las personas con mayores ingresos resulta más costoso esperar en la “cola” y es probable que prefieran utilizar servicios médicos privados.

mayoría de los países, los aseguradores privados de salud no se han involucrado en esfuerzos significativos para influir en la calidad de los servicios de salud que financian y en el impacto en la calidad del cuidado ha sido probablemente mínimo en la mayoría de los países de la OCDE”.

La organización menciona que lo anterior tiene múltiples causas como la carencia de incentivos fiscales y regulatorios o la resistencia de los proveedores de salud de introducir nuevas fuentes de influencia sobre las decisiones del cuidado de la salud. La conclusión de la OCDE es que los seguros privados de salud no parecen haber cambiado fundamentalmente las prácticas clínicas y que éstos podrían no ser la mejor forma de buscar mejor calidad en la atención de la salud, particularmente en los países en donde su rol en el sistema de salud es pequeño, como sucede en México.

Es difícil comparar la contribución de los servicios de salud de los seguros privados en cuanto a mejora de las condiciones de salud. No obstante, en cuanto a la calidad como respuesta a las expectativas de las personas, las personas afiliadas a los seguros privados tienen una mejor percepción de la calidad del servicio comparado con el sistema público de salud. En este sentido, los seguros privados responden de mejor manera al objetivo del sistema de salud: capacidad de respuesta a las expectativas de las personas.

Las personas que se atienden en los servicios privados perciben una mayor calidad en la atención, una mayor percepción de mejoría en el estado de salud posterior a la atención médica y un menor tiempo de espera en los servicios privados. Lo anterior puede tener importantes repercusiones positivas en el cuidado de la salud, es decir, si las personas perciben los servicios médicos de calidad, ello puede derivar en sinergias para el cuidado de su salud. Por ejemplo, la calidez en el trato y confianza en el médico puede derivar en

una mayor tasa de adherencia al tratamiento, estos mismos factores y un tiempo de espera aceptable pueden provocar que los pacientes acudan oportunamente a los servicios médicos.

En suma, se desconoce la contribución en la mejora de las condiciones de salud de los seguros privados de salud comparados con el sector público. No obstante, los seguros privados responden de mejor manera al objetivo de capacidad de respuesta, lo cual puede crear sinergias en la mejora de las condiciones de salud. Sin embargo, el énfasis curativo del SGMM podría repercutir negativamente en las condiciones de salud, ya que carecen de una atención integral de la salud que incluya el componente preventivo y de promoción de la salud. Lo anterior ocasiona que los pacientes deben acudir a otra institución de salud, pública o privada, para atenderse los padecimientos que no se incluyen en el SGMM.

(c) Protección financiera

La protección financiera se refiere al riesgo de que los hogares incurran en elevados gastos de salud que repercutan en su estabilidad financiera. Tradicionalmente se han utilizado dos formas para medir la protección financiera (Wagstaff, 2008). La primera define al gasto como catastrófico cuando excede cierto porcentaje del ingreso o alguna otra medida de calidad de vida. El segundo método define al gasto como empobrecedor si el hogar cae por debajo de la línea de pobreza.

En general se asume que los seguros incrementan la protección financiera (Wagstaff y Lindelow, 2005; Sekhri y Savedoff, 2005; Knaul, Parker y Rodríguez, 1997). El argumento es que los seguros son servicios de prepago que evitan el desembolso de elevados montos de dinero al utilizar los servicios y permiten dividir la carga financiera a lo

largo del tiempo. En contraste, los esquemas de pago de bolsillo, las familias incurren en elevados gastos al momento de utilizar los servicios. Sin embargo, existe evidencia que un seguro no necesariamente aumenta la protección financiera.

Los seguros pueden incrementar el riesgo de gastos catastróficos o empobrecedores (Wagstaff y Lindelow, 2005) porque: permiten el acceso al cuidado de salud utilizando equipo costoso de alta tecnología, la asimetría de información que puede ocasionar demanda inducida por la oferta, los altos precios de las primas, deducibles y coaseguros.

En nuestro país, los seguros privados de salud, al ser de prepago, aumentan la protección financiera en comparación con las personas que realizan gastos de bolsillo. No obstante, dos situaciones afectan la protección financiera de los seguros privados de salud.

Primero, como se mencionó anteriormente, al preguntar a las personas con seguro privado y acceso a otra institución pública de salud en dónde se atienden normalmente, la mayor parte (57.7%) respondió que se atienden en los servicios públicos. Lo anterior implica que la protección financiera es parcial por dos posibles explicaciones. Por un lado, las personas se atienden en las instituciones públicas ya que los seguros privados sólo cubren padecimientos que implican alto costo, hospitalización o son de baja frecuencia. Por lo tanto, la protección financiera es parcial ya que se limita a cubrir los gastos médicos mayores, sin cubrir otros padecimientos de menor costo pero de mayor frecuencia.

Por otro lado, la utilización de los servicios públicos podría tener como explicación que los gastos de bolsillo al momento de utilizar los seguros privados (copagos y deducibles) podrían estar actuando como una barrera financiera para el uso de los servicios. En este sentido, los seguros privados podrían no estar cumpliendo adecuadamente con el objetivo de protección financiera. Cabe señalar que una parte importante de los afiliados

declara estar asegurados por algún miembro del hogar o de otro hogar, por lo que esta dependencia financiera en la afiliación puede indicar que algunas de estas personas no tienen la capacidad de pago para cubrir el deducible y copago. Por lo tanto, estas personas también dependen de algún familiar para cubrir este gasto o es posible que la insolvencia para cubrir el copago y deducible (actúan como barrera financiera) ocasione que no acudan a los servicios.

Segundo, la protección financiera también podría ser parcial si analizamos el seguro privado desde una perspectiva de ciclo de vida. En este sentido, como se apreció, la mayoría de las personas con seguro privado se encuentran en edad laboral, mientras que la penetración de los seguros privados disminuye significativamente para los adultos mayores. Por lo tanto, es probable que la afiliación a un seguro privado, y por lo tanto la protección financiera asociada a este, se mantenga mientras las personas trabajen y, una vez retirados, no se tenga la capacidad de seguir pagando el seguro privado.

La duración de la afiliación en los seguros privados repercute en la protección financiera y en las condiciones de salud. Si las personas permanecen periodos de tiempo relativamente cortos en los seguros privados, ello puede impactar en las condiciones de salud si no existe un adecuado seguimiento del expediente clínico al cambiar de institución de salud. En cuanto a la protección financiera, las personas que mantienen su aseguramiento privado en un largo plazo pueden obtener mejores condiciones de pago respecto a la renovación del contrato, incremento en el precio de las primas, entre otras; comparadas con las personas que no permanecen en los seguros privados a lo largo del ciclo de vida. En el estudio de Knaul, Parker y Ramírez (1997) se plantean estas dos repercusiones negativas en protección financiera y condiciones de salud al encontrar que había un gran dinamismo en la entrada y salida de los seguros privados de salud.

Por último, en el estudio sobre los seguros privados de los países miembros de la OCDE (2004a) se afirma que a nivel nacional el aseguramiento privado de salud no parece sustituir el gasto de bolsillo. Sin embargo, debido a que nuestro país tiene una proporción de gasto de bolsillo respecto al gasto total mucho mayor que el promedio de los países de la OCDE es posible que si se pueda experimentar, hasta cierto punto, sustitución entre estas dos formas de financiamiento. Asimismo, Pauly *et al.* (2006) sostienen que si las personas realizan pagos de bolsillo, también pueden ser capaces de contratar algún tipo de aseguramiento privado que pueda esparcir el riesgo. De esta manera, además de incrementar la protección financiera a nivel individual, para el caso mexicano, al reducir la proporción del gasto financiado mediante el gasto de bolsillo, pueden incrementar también la protección financiera a nivel nacional.

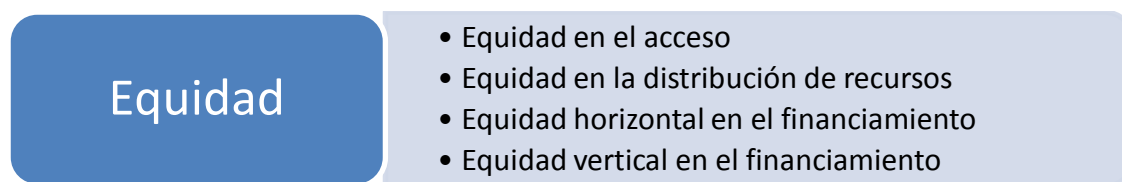
Valores del sistema de salud

Los principales valores identificados en los sistemas de salud son la eficiencia, la equidad, la efectividad y la sostenibilidad. En este apartado se hace referencia, principalmente, al valor de la equidad y se hacen algunas observaciones con respecto a la eficiencia y sostenibilidad, con base en la evidencia para los países de la OCDE. Por último, el valor de la efectividad no se discute ya que ésta se analiza en mayor medida a nivel de intervenciones o programas y, para el caso de México, no existen estudios sobre la efectividad comparada de los servicios privados y el sector público.

(a) *Equidad*

Como se expuso en el capítulo I, la equidad puede ser entendida de distintas formas. Con base en estas cuatro definiciones, se puede afirmar que el acceso a los seguros privados de salud es inequitativo ya que el precio de las primas se basa en las condiciones de riesgo o necesidades de salud y, por lo tanto, el acceso está determinado por la capacidad de pago de las personas. Debido a lo anterior, como se mostró, es común que las personas aseguradas sean aquellas pertenecientes a los deciles de ingreso alto y que los pobres, enfermos y adultos mayores no estén asegurados.

Figura 6. Diferentes concepciones de la equidad



Fuente: Elaboración propia

En nuestro país, no existe algún esquema de regulación que significativamente promueva la equidad en el acceso. En la literatura sobre el tema existen mecanismos para promover la equidad tanto por el lado de la demanda como en la oferta. En el caso de la demanda pueden otorgarse subsidios para las personas con altos riesgos o bajos ingresos para que puedan asegurarse. En el caso de la oferta, para evitar la selección de riesgos y con ello reducir la inequidad en el acceso, pueden existir esquemas de compensación de riesgos en el que se transfieran recursos a aquellas aseguradoras que tengan afiliados con riesgos mayores al promedio.

Asimismo, los seguros privados de salud tampoco promueven la equidad en la distribución de los recursos ya que contribuyen a la concentración de los recursos humanos, equipo e infraestructura en estados con mayor urbanización, como sucede también en el sistema público de salud.

En cuanto a la equidad vertical en el financiamiento, los seguros privados en nuestro país son inequitativos ya que las primas dependen del riesgo y no están relacionadas con el ingreso. Similarmente, los seguros privados de salud generan inequidad horizontal en el financiamiento porque personas con el mismo ingreso pagan diferentes primas, las cuales dependen de su nivel de riesgos de salud. No obstante, esquemas como los que se analizarán en el siguiente capítulo, subrogación de servicios médicos mediante reversión de cuotas y deducibilidad de primas, contribuyen a la equidad horizontal en las personas con doble aseguramiento. Es decir, permiten que se reduzca la cantidad de recursos financieros adicionales que las personas pagan además de las cuotas a la seguridad social, lo cual reduce la brecha de contribución de recursos monetarios de las personas con doble aseguramiento y las que sólo pertenecen a los institutos de seguridad social. Sin embargo, estos esquemas también podrían estar subsidiando a personas que tienen la capacidad de pago para contratar seguros privados, lo que reduce la equidad vertical en el financiamiento.

(b) Eficiencia

En nuestro país no existen estudios que analicen la contribución de los seguros privados de salud en la eficiencia. La evidencia del estudio sobre los sistemas de salud de los países miembros de la OCDE (2004a) señala que si bien se ha considerado a los seguros

privados como una herramienta para mejorar la eficiencia, la evidencia amuestra una pequeña contribución al respecto. Entre las razones está que las aseguradoras mantienen altos costos administrativos y de transacción para atraer y retener a los pacientes, para proveerles diferentes esquemas o paquetes de salud y para mantener las relaciones contractuales con los prestadores. Cabe señalar que en nuestro país los costos administrativos en los seguros privados son mayores que en el sector público. Asimismo, varios países de la OCDE tienen bajos incentivos para contener los costos debido a que no desean restringir la elección individual. Además, cuando existe competencia entre aseguradoras, ésta generalmente no ocurre en términos de mejora de eficiencia.

Si bien no sabemos la eficiencia del sector público y privado, un esquema que promueva la mayor cobertura de seguros privados puede repercutir positivamente en la eficiencia al utilizar la capacidad instalada, no saturada, de los servicios de salud de los seguros privados.

(c) Sostenibilidad

De los apartados anteriores se puede analizar la sostenibilidad en tres aspectos. A nivel individual, la mayor parte de la población no tiene la capacidad de pago para contratar un seguro privado de salud. Asimismo, es probable que para las personas que están afiliadas a una aseguradora privada les resulte insostenible seguir pagando las primas cuando sean adultas mayores porque se incrementa el precio de la prima. Por tal motivo, la penetración de los seguros es menor para este grupo de edad.

A nivel empresa, la concentración del mercado de seguros en pocas empresas ocasiona que el resto tenga un grupo pequeño de asegurados. En consecuencia, su

mancomunación de recursos es baja, lo cual puede ser un riesgo para las finanzas de las aseguradoras. A nivel nacional, el financiamiento de esquemas de seguros privados se puede volver insostenible si la regulación no resulta efectiva en la contención o escalada de costos, como posiblemente sucede en los Estados Unidos. Lo anterior se ha asociado a la adopción de nuevas tecnologías costosas y, en general, a la mayor inflación del sector salud comparada con la inflación general y el mayor crecimiento de costos en el sector privado respecto del público.

La función, contribución y desarrollo de los seguros privados de salud está determinada en gran medida por su relación con el sistema público de salud. Si consideramos que el desarrollo de los mercados de aseguramiento privado en salud no parece estar correlacionados con el desarrollo económico (OCDE, 2004a), es probable que el gobierno tenga un papel primordial en establecer las condiciones para que se desarrolle este mercado. En este sentido, dos de los principales elementos que influyen en esta relación pública-privada son la regulación y las acciones gubernamentales que fomentan o restringen el desarrollo de los seguros privados de salud. En este apartado se analizó la regulación y en el siguiente capítulo se analizan dos esquemas de financiamiento público que incrementan la participación de los seguros privados de salud.

Capítulo III. Esquemas de seguros privados financiados con recursos públicos

Además de la regulación, las acciones gubernamentales que restringen o fomentan el seguro privado de salud determinan significativamente la función y contribución de los seguros privados de salud. Al respecto, en este capítulo se analizan dos medidas que contribuyen al desarrollo de los seguros privados de salud al financiar total y parcialmente los seguros privados.

3.1 El esquema de subrogación de servicios médicos del IMSS

El esquema de subrogación de servicios médicos del IMSS bajo reversión de cuotas consiste en que la empresa recibe el reembolso de un porcentaje de las cuotas obrero patronales pagadas por el Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) a cambio de garantizar la provisión de los servicios de salud de los trabajadores.

Esta modalidad de subrogación de servicios médicos está presente desde que se creó el IMSS en 1944. No obstante, no existían los reglamentos para que cualquier empresa pudiera solicitar el convenio (El Asegurador, 31 de agosto de 2013). A finales de los años noventa, se examinó la posibilidad de ampliar los convenios de reversión de cuotas del IMSS a cualquier empresa que satisficiera los requisitos, los cuales nunca se definieron (Lara, 2005), en parte se debió a la oposición del sindicato que la consideraba una medida privatizadora. Sin embargo, en agosto del 2013, las Disposiciones de Carácter General para la Prestación Indirecta de Servicios Médicos y Hospitalarios, así como para la Reversión Parcial de Cuotas Obrero Patronales se publicaron en el Diario Oficial de la Federación

(DOF, 12/08/2013). Sin embargo, hasta finales de marzo de 2014 no se ha suscrito ningún convenio de subrogación de servicios médicos tras la publicación de los lineamientos.

En el año de 1947 se registra el convenio más antiguo y, a partir de esa fecha, los porcentajes de reversión de las cuotas obrero patronales (COP) han permanecido casi bajo las mismas condiciones; a pesar de que el esquema de financiamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad fue significativamente modificado en 1997 (IMSS, 2009).

Algunos especialistas advirtieron los efectos negativos que podría traer consigo el esquema de subrogación de servicios médicos. López y Blanco (2001, p. 48) argumentaron que: “la propuesta de reversión de cuotas... impulsa la privatización dentro del sistema de aseguramiento y sienta las bases para el éxodo de cotizantes de mayores ingresos hacia los servicios privados. En tanto estos cotizantes (alrededor de 20%) aportan el 45% de los recursos cotizados por los trabajadores (Laurell, 1995), se prevé una profundización del desfinanciamiento de los servicios médicos del IMSS y una selección adversa para la institución pública, que se quedará con los trabajadores de menores ingresos y mayores riesgos, así como con aquellos excluidos de la atención privada por la complejidad, costo y/o cronicidad de su patología (Barreiro, 1996)”.

Cabe señalar que la reversión de cuotas no implica necesariamente que las empresas provean los servicios médicos a través de seguros privados de salud, también lo pueden hacer mediante servicios médicos que no sean de prepago. Sin embargo, dado que la mayoría de los convenios son con la banca comercial, es probable que la provisión de servicios de salud si sea a través de seguros privados. Una de las ventajas del aseguramiento grupal es que las primas tienen un menor precio que si la forma de aseguramiento es individual y el incremento anual de la prima también es menor.

La mayor parte de la información relativa a la subrogación de servicios médicos mediante reversión de cuotas es información clasificada como reservada. En el año 2013, el IMSS registró en la Modalidad 17 Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios a 132,111 trabajadores (IMSS, 2013), lo cual representa una proporción muy baja respecto del número total de trabajadores. El número de cotizantes en esta modalidad no ha aumentado significativamente, en 2008 fue de 126,465.

En el año 2008, los trabajadores bajo la modalidad de reversión de cuotas por subrogación de servicios cotizaron con un salario base de cotización (SBC) de \$591.60 diarios (IMSS, 2009), equivalente a 11.24 salarios mínimos de 2008. En contraste, el SBC promedio del IMSS fue de aproximadamente \$224.5 pesos diarios. Como se aprecia en la siguiente tabla, alrededor de 93% de los cotizantes del IMSS tienen un SBC menor que el SBC promedio de los trabajadores bajo la modalidad de reversión de cuotas². En ese año, el 90.3% de los cotizantes bajo la modalidad de reversión de cuentas pertenecían a la banca comercial, el 6.6% a la banca de desarrollo, el 0.12% a las uniones de crédito y el 2.9% restante a otras.

El propio IMSS (2009, p. 134-135) reconoce que “el riesgo de celebrar convenios de reversión de COP con empresas cuyos trabajadores cotizan con SBC elevados radica en que el Instituto tiene que financiar con menos ingresos el gasto de la atención médica de los

² Se presenta la información relativa al año 2008 debido a que la información necesaria para hacer la comparación con datos actuales está clasificada como reservada. Respecto a los asegurados y derechohabientes por sexo, edad y salario base de cotización bajo la modalidad de reversión de cuotas, el IMSS (solicitud de información con folio 0064100532914) afirma: “...el Instituto se encuentra imposibilitado para proporcionar documentos, datos e informes que los trabajadores, patrones y demás personas proporcionen al Instituto en cumplimiento de las obligaciones que les impone la Ley, mismos que serán estrictamente confidenciales y no podrán comunicarse o darse a conocer en forma nominativa e individual, de acuerdo a lo previsto en el artículo 22 primer párrafo de la Ley del Seguro Social y de los artículos 18 y 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental”.

trabajadores que cotizan con menores salarios, provocando una selección adversa que contribuye al desfinanciamiento del seguro”.

Tabla 15. Distribución de cotizantes por salario base de cotización, 2008

Rango salarial	Distribución porcentual cotizantes	Distribución porcentual acumulada cotizantes	Salario Base de Cotización máximo por rango (pesos de 2008)
W1	3.1	3.1	52.6
W2	31.2	34.3	105.2
W3	22.6	56.9	157.8
W4	12.9	69.8	210.4
W5	7.4	77.2	263.0
W6	5.1	82.3	315.5
W7	3.4	85.6	368.1
W8	2.4	88.1	420.7
W9	1.9	90.0	473.3
W10	1.4	91.4	525.9
W11	1.2	92.6	578.5
W12	1.0	93.6	631.1
W13-W25	6.4	100.0	

Nota: En el rango salarial W2 se encuentran los que cotizan con más de uno y hasta dos salarios mínimos y así sucesivamente.

Fuente: Elaboración propia con base en IMSS (2009).

En la publicación anual del IMSS (2009) sobre la “Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales”, el Instituto realiza un estudio sobre el balance financiero de los convenios de reversión de cuotas por subrogación de servicios, cuyo objetivo es “determinar el porcentaje óptimo de las COP que debe revertir el IMSS para evitar un mayor desfinanciamiento del SEM, considerando el nuevo esquema de financiamiento de este seguro y las condiciones que prevalecen en la actualidad” (p. 135).

En el estudio no se ofrece la definición de reversión óptima de las COP. En realidad, el estudio propone una nueva metodología para calcular el porcentaje de reversión de cuotas más que un porcentaje óptimo de reversión de COP. La nueva metodología permitiría que el IMSS retenga un mayor monto de recursos, en otras palabras, genera un menor porcentaje de reversión de cuotas que como se estimaban anteriormente.

Actualmente, existen 26 convenios de subrogación de servicios médicos, a los cuales, en su mayoría, se les modificaron los porcentajes de reversión tras la reforma a la Ley del Seguro Social (LSS) en 1995. Con los cambios de la LSS se favoreció a los trabajadores y patrones con mayores SBC (Laurell, 2001; IMSS, 2009). Entre mayor es el SBC, cuyo límite es de 25 salarios mínimos del Distrito Federal, mayor es el beneficio que obtuvieron trabajadores y patrones. Incluso, tras la reforma, se recaudó la mitad de ingresos por COP en las prestaciones en especie del SEM en el año 2008 (IMSS, 2009).

En este sentido, la disminución de las aportaciones de las COP al SEM ocasionó el establecimiento de nuevos porcentajes de reversión en los convenios de subrogación. La aportación al SEM por las prestaciones en especie de las empresas con convenios de reversión de cuotas, con la nueva ley, representa el 26.67% de lo que aportaban con el esquema anterior al primero de julio de 1997 (IMSS, 2009). Ante la drástica disminución de la contribución de cuotas obrero patronales, el monto de reversión debería haber aumentado considerablemente, no obstante, no existe información pública disponible al respecto.

De acuerdo con el IMSS (2009, p. 143): “el porcentaje de reversión de COP por las prestaciones en especie del SEM que registran las empresas del sector bancario-comercial se encuentra entre el 65.8 y el 76.4 por ciento, los cuales fueron establecidos o modificados,

en su mayoría, en el año 1998”. Con esta información se puede calcular que si el porcentaje de reversión con la nueva ley es de 65.8%, el porcentaje de reversión equivalente con la ley anterior es 17.5%. Por su parte, las empresas con el mayor porcentaje de reversión con la nueva ley, 76.4%, tendrían como equivalente el 20.37% con la ley anterior.

Tabla 16. Porcentajes de reversión de las COP del SEM equivalentes, antes y después de la reforma vigente a partir de julio de 1997.	
Antes de la reforma	Después de la Reforma
1%	3.70%
10%	37.50%
17.50%	65.80%
20%	75.00%
20.37%	76.40%
26.60%	100%
30%	112.50%
60%	225.00%
70%	262.50%
71.50%	268%
80%	300.00%

Fuente: Elaboración propia con base en IMSS (2009).

No obstante, se desconoce el porcentaje de reversión de los convenios con la ley vigente hasta 1997. Únicamente se conoce de un convenio entre el IMSS y la Asociación Mexicana de Bancos en el que el monto de reversión, a partir de abril de 1986, fue de 83% de las cuotas obrero patronales del SEM, el cual se redujo a 71.5% en enero de 1988. Si el porcentaje de reversión de 71.5% se mantuvo hasta las reformas que entraron en vigor julio de 1997, resultó imposible mantener el mismo volumen de recursos revertidos ya que el 71.5% de reversión con la ley anterior equivaldría a revertir el 268% de las cuotas obrero patronales del SEM con la nueva ley.

Lo anterior apunta a que es probable que los porcentajes de reversión antes de la vigencia de la nueva ley, julio 1997, transfirieran una suma elevada de recursos a las empresas con convenios de subrogación. Dicho monto de recursos revertidos pudo haber sido imposible de sostener con la nueva ley debido a la reducción de 73.3% de las COP del SEM para el caso de las empresas que tenían celebrado un convenio de reversión. Incluso, el documento del IMSS (2009) propone una fórmula para aumentar el porcentaje de COP que retiene el IMSS.

Con la información pública disponible se desconoce la fórmula y porcentajes de reversión que se han utilizado hasta antes del año 2004. En ese año se desarrolló una nueva metodología para el cálculo de los porcentajes de reversión de las COP. Esta metodología se utilizó en 2004 en el convenio con la Universidad de Montemorelos y en 2007-2008 en la revisión del convenio con BBVA Bancomer (IMSS, 2009).

Como señala el IMSS (2009), esta metodología se basa en tres elementos: el SBC de los trabajadores de la empresa con la que se firma el convenio, el SBC promedio que registra el IMSS de todos los patrones afiliados y las estadísticas contables institucionales.

$$\%REV_{PE} = \frac{\left(\frac{G_{PE}}{G_{SEM}} \right) * S_R}{S_E}$$

Donde³:

$\frac{G_{PE}}{G_{SEM}}$ = Porcentaje de gasto de las prestaciones en especie por nivel de atención respecto al gasto total del seguro

$$S_R = S_E, \text{ si } S_E \leq S_{IMSS}$$

$$S_R = S_{IMSS}, \text{ si } S_E > S_{IMSS} \text{ en donde:}$$

S_R = Salario promedio para el cálculo de la cuota de reversión.

S_E = Salario base de cotización promedio de la empresa.

S_{IMSS} = Salario base de cotización promedio del IMSS.

Destacan dos aspectos de la fórmula de reversión. Primero, el término del porcentaje de gasto de las prestaciones en especie por nivel de atención respecto al gasto total del seguro no es lógico que se integre en la fórmula. Este porcentaje tendría razón de estar en la fórmula si el porcentaje final de reversión se hiciera sobre las COP del SEM pero se hace únicamente sobre las COP de las prestaciones en especie del SEM. Segundo, y más importante, la fórmula no toma en cuenta el nivel de riesgos de salud que tiene la empresa con la que se firma el convenio, lo que ocasiona que empresas con riesgos elevados no tengan incentivos a celebrar convenios.

A partir de la publicación de las disposiciones de carácter general para la prestación indirecta de servicios médicos y hospitalarios, así como para la reversión parcial de cuotas obrero patronales (DOF, 12/08/2013), se utiliza una metodología diferente para el cálculo de la reversión de cuotas, con la cual no se han celebrado convenios al menos hasta marzo

³ La fórmula de reversión que se presenta resulta de la manipulación de los factores en la fórmula original del documento del IMSS (2009). Cabe señalar que en la fórmula original existen factores redundantes, es decir, el mismo factor está en el numerador y denominador.

del 2014. Dicha metodología es muy similar a la fórmula anterior: únicamente se incluye un factor de riesgo.

$$\%REV_{PE} = \frac{\left(\frac{G_{PE}}{G_{SEM}} \right) * S_R}{S_E} * (1 - FR)$$

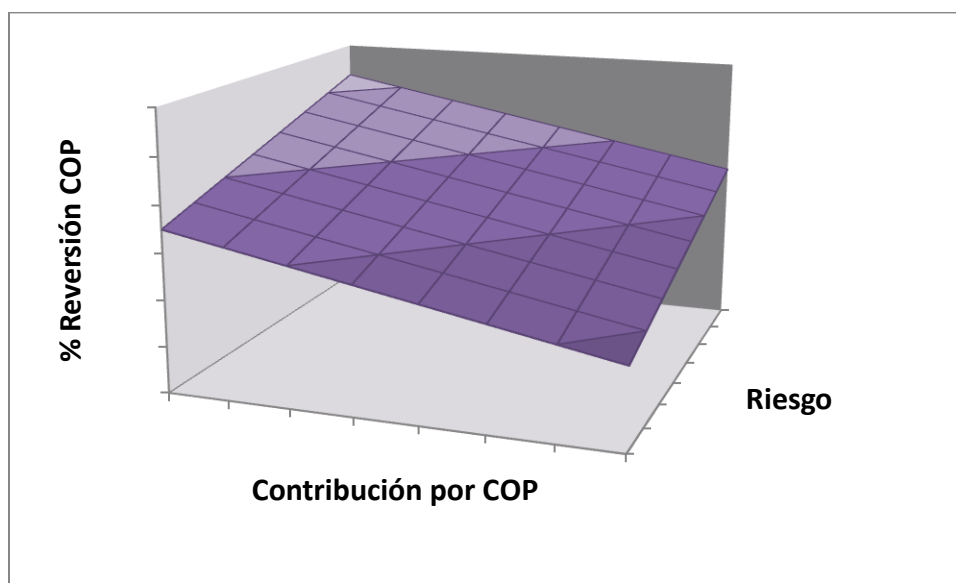
En el documento sobre las disposiciones para la reversión de cuotas (DOF, 12/08/2013) no se especifica cómo se calcula el factor de riesgo. No obstante, la fórmula indica que cuanto mayor sea el factor de riesgo de una empresa menor es el porcentaje de reversión, lo cual desincentivaría a las empresas con mayores riesgos a firmar convenios.

En suma, los convenios suscritos antes de la publicación de la fórmula de reversión de cuotas han ocasionado que aquellas empresas con mayores rangos salariales y menores riesgos sean las que firmen los convenios. Por su parte, la fórmula actual, con la cual aún no se han firmado convenios, desincentiva a las empresas con mayores riesgos a firmar convenios.

Es necesario prestar especial atención al diseño de los convenios de reversión para evitar las consecuencias negativas de su posible expansión. Por ejemplo, Mossialos *et al* (2002) afirmaron que en el caso chileno, los cotizantes pueden dirigir su contribución a un asegurador privado (ISAPRE) o al esquema público (FONASA). La decisión se basa en el valor de la contribución y el costo de los paquetes. El resultado es que en general las personas jóvenes, de mayor ingreso y saludables se han concentrado en el sector privado, mientras que los adultos mayores, los pobres y personas con alto riesgo usan el sector público.

Considerando las repercusiones de la fórmula actual, es necesaria una fórmula que considere lo siguiente: conforme aumente la contribución por COP, manteniendo el riesgo de enfermarse constante, debería disminuir el porcentaje de reversión. Similarmente, conforme aumente el riesgo, manteniendo la contribución por COP constante, debería aumentar el porcentaje de reversión. Lo cual evitaría que empresas de alto SBC y bajos riesgos de salud sean las únicas que tengan incentivos a celebrar convenios. Gráficamente, la fórmula se ilustra a continuación.

Gráfica 4. Porcentaje de reversión de COP considerando el riesgo y SBC



Fuente: Elaboración propia

En el IMSS ocurre un subsidio cruzado entre las personas de mayor ingreso y/o menor riesgo y las personas de menor ingreso y/o mayor riesgo. En otras palabras, parte del monto que aportan las personas de mayor SBC y menor riesgo se utiliza para financiar a aquellas personas de baja contribución y mayores riesgos. Esta situación significaría que si las autoridades del IMSS están dispuestas a firmar convenios de reversión de cuotas con

empresas con estructura de riesgo alta y bajos salarios, tendrían que revertir más del 100% de las COP.

Adicionalmente, si consideramos los mayores costos de atención por paciente en los servicios privados que en el IMSS y que esta brecha es mayor en cuanto mayor sea el riesgo del asegurado, el monto revertido implicaría una suma significativa de recursos que, ante la debilidad financiera del IMSS, sería difícil de sostener. En este sentido, es poco probable que el IMSS pueda celebrar convenios de subrogación de servicios médicos mediante la reversión de cuotas con empresas de bajo SBC y/o con una planta laboral con altos riesgos de enfermarse.

Como argumentan Knaul, Parker y Ramírez (1997, p. 211-212): “La expansión del programa requiere de una visión clara sobre cuáles empresas podrían funcionar bajo un sistema de reversión... el potencial para la expansión se relaciona con el monto de la reversión y si ello cubre o no el costo de un plan privado. A la vez, las compañías aseguradoras y de prepago pueden desarrollar planes y paquetes parciales ajustados a la reversión, siempre y cuando cubran por lo menos un paquete mínimo uniforme...”

Por otro lado, las disposiciones para la reversión parcial de cuotas obrero patronales (DOF, 12/08/2013, p. 3) expone los motivos por los cuales se pueden celebrar los convenios:

“El Instituto podrá autorizar y formalizar convenios de subrogación de servicios médicos con reversión de cuotas, cuando se cumplan las condiciones siguientes:

- a) El Instituto no pueda atender directamente la totalidad de la demanda de sus derechohabientes en el área geográfica en la que se ubica el centro de trabajo del patrón solicitante del convenio, o

b) En los casos en que, existan ventajas financieras al proporcionarlos en forma indirecta.”

En el documento no se especifica los criterios para medir cuando se considera que no se puede atender la totalidad de la demanda, ni especifica a qué tipo de ventajas financieras se refiere. No obstante, si en la actualidad permanece la situación de 2008 en la que el 90.3% de los cotizantes bajo la modalidad de reversión de cuentas pertenecían a la banca comercial (IMSS, 2009), ninguno de los dos criterios parecen justificar la firma de los convenios. Por un lado, las empresas de la banca comercial no se encuentran en áreas geográficas aisladas en las que no haya servicios del IMSS. Por el otro lado, no parecen existir ventajas financieras para firmar convenios con estas empresas ya que tienen un SBC mayor al promedio, presumiblemente, riesgos menores al promedio y, por lo tanto, también hacen menor uso de los servicios médicos (tanto porque se enferman menos y porque algunos prefieren atenderse en los servicios privados).

Asimismo, podría pensarse que los convenios permiten disminuir la saturación de los servicios públicos de salud. No obstante, el estudio sobre los países miembros de la OCDE (2004a) argumenta que no existe clara evidencia que se reduzca la saturación de los servicios públicos al aumentar la participación de los servicios privados. En nuestro país, existe una relación inversa entre la incidencia de utilización de servicios médicos y el SBC (IMSS, 2009). Por lo tanto, las empresas que mantienen convenios de reversión de cuotas, que tienen SBC mayor al promedio, tienen una menor utilización de los servicios públicos, por lo tanto, al firmar los convenios, no se reduce significativamente la saturación de los servicios públicos.

Lo anterior también apunta a que se están firmando convenios con empresas en las que algunos de sus empleados tienen la capacidad de pago para atenderse en servicios privados de salud y no hacen uso de las instalaciones del IMSS. De esta manera, al firmar los convenios existe una transferencia del pago de los servicios privados, de los empleados al IMSS por medio de la reversión de cuotas. Es decir, los servicios privados que antes pagaban los empleados de su bolsillo, ahora los financia el IMSS mediante la reversión de cuotas.

Esta situación es justificable en términos de equidad horizontal y en términos de garantizar adecuadamente la provisión de servicios médicos a los asegurados, no obstante, no se justifica si la firma de convenios genera selección de riesgos y desfinanciamiento del Instituto.

3.2 La deducibilidad de gastos médicos

Existen diferentes formas de financiamiento público de seguros privados de salud: financiamiento de un porcentaje de la prima individual, deducción fiscal hasta cierto monto o sin monto máximo, financiamiento total o parcial de intervenciones o medicamentos, vouchers, transferencias a personas de bajo ingreso, compra directa del aseguramiento por parte del gobierno, reversión de cuotas de la seguridad social, entre otros. En contraste, también existen medidas fiscales, como una tasa impositiva a la prima, para desalentar la compra de seguros privados. En este apartado se analiza teóricamente la deducibilidad de las primas de los seguros privados de salud.

El sistema fiscal puede ser una importante vía para subsidiar el aseguramiento privado. Los subsidios fiscales se pueden focalizar en la población pobre o no asegurada

para permitirles solventar un seguro privado (Mossialos y Dixon, 2002). En este sentido, algunas personas no podrían financiar un seguro privado si no existiera el incentivo fiscal.

En México, la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR) permite a las personas físicas deducir de la base gravable los honorarios médicos, dentales, otros gastos hospitalarios y las primas de seguros de gastos médicos efectuados por el propio contribuyente para sí, para su cónyuge o para la persona con quien viva en concubinato, y para sus ascendientes o descendientes en línea recta, siempre que las personas distintas al contribuyente no perciban ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. También serán deducibles los pagos de primas de seguros de gastos médicos que efectúe el contribuyente en beneficio de los trabajadores (LISR, DOF 11/12/13). Esta deducción reduce su ingreso gravable y, por lo tanto, el impuesto a pagar.

Cabe señalar que en nuestro país, la deducibilidad fiscal es del monto de las primas de los seguros médicos, es decir, no hay límite de monto o requerimientos adicionales estrictos. En contraste, otros países han impuesto límites en la cantidad que se puede deducir o han establecido políticas de elegibilidad para la deducción. (OCDE, 2004a). Entre los criterios que restringen el beneficio fiscal están: tope máximo deducible, incentivo fiscal aplicable sólo a algunos grupos etarios de la población, deducción fiscal si los gastos en salud superan cierto nivel de ingreso, deducción fiscal para las personas o familias que ganan menos de cierto ingreso, entre otros.

La deducibilidad de las primas de seguros médicos beneficia a los deciles de mayor ingreso ya que estos son los que comúnmente tienen un seguro de salud. Con base en la información de la ENIGH y la ENSANUT, en los últimos tres deciles de mayor ingreso pertenecen entre el 64% y 85% de las personas con aseguramiento privado. En este sentido,

la deducibilidad de las primas de seguros médicos es una medida regresiva. Incluso en Australia, Frech y Hopkins (2004) encontraron que el subsidio óptimo era en realidad un impuesto de aproximadamente el 93% del valor de las primas.

En su estimación del presupuesto de gastos fiscales, la SHCP (2013) calcula que las deducciones en el ISR por primas de seguros de gastos médicos a personas físicas ascienden a 1,806 millones de pesos en el año 2014, equivalente a 0.01% del PIB. Este gasto fiscal no ha superado el 0.03% del PIB en los años anteriores. Por su parte, las deducciones de honorarios médicos, dentales y otros gastos hospitalarios ascienden a 4,326 millones de pesos en el 2014, que equivale a 0.024% del PIB. Asimismo, en los años anteriores, este gasto fiscal no ha superado el 0.05% del PIB.

Argumentos a favor

Los siguientes argumentos se han propuesto para la incorporación de esquemas fiscales que promuevan la compra de seguros privados: En primer lugar, los seguros privados reducen la demanda de los servicios públicos de salud. Algunas personas migran de los servicios públicos a los servicios privados por lo que se liberan recursos públicos (monetarios, infraestructura, equipo, recursos humanos, etc.), es decir, se genera una externalidad fiscal. Similar al fundamento anterior, los subsidios permiten reducir la pérdida de bienestar asociada a las listas de espera en el sector público, lo cual se logra a partir de la migración del sector público a los seguros privados (Frech y Hopkins, 2004). En tercer lugar, permite que las personas compren seguros privados que de otra forma, sin el incentivo fiscal, no podrían pagar. En cuarto lugar, puesto que las personas en los seguros privados continúan pagando las cuotas al seguro social si se encuentran en la economía

formal, el subsidio puede ser un medio para compensar a estos contribuyentes. En este sentido, el argumento para la existencia del subsidio es en términos de equidad horizontal (Frech y Hopkins, 2004). Finalmente, aumentan la cobertura del sistema de salud, lo cual dependen de la elasticidad precio de la demanda de los seguros privados de salud.

Argumentos en contra

En contraste, varios autores señalan desventajas de los beneficios fiscales para la compra de seguros privados de salud. Mossialos y Dixon (2002) argumentan que los subsidios son inequitativos, ineficientes y regresivos debido a las siguientes razones: subsidian a personas de altos ingresos, que mayormente son las que forman parte de los seguros privados; el valor del subsidio fiscal es mayor para los contribuyentes con tasas impositivas marginales más altas, lo cual es regresivo; los subsidios fiscales son complejos administrativamente y, por lo tanto, generan altos costos de transacción; afectan la demanda de seguros privados de salud al distorsionar las señales de precios, lo que resulta en una compra excesiva de seguros y; los subsidios fiscales crean oportunidades adicionales para el fraude y la evasión fiscal.

Adicionalmente, los incentivos fiscales pueden implicar una importante suma de recursos que puede ser mayor que los ahorros que se generen en el servicio público de salud. Se ha señalado que esta suma de recursos provoca el traspaso de recursos del sector público al privado, lo cual tiene repercusiones negativas en el acceso y calidad de la atención médica en los servicios públicos (Frech & Hopkins, 2004). En otras palabras, el costo de oportunidad y costo en términos monetarios es alto. Similarmente, otros autores

argumentan que no existe evidencia concluyente sobre el impacto de los incentivos fiscales en la afiliación de largo plazo en los seguros privados (OCDE, 2004a).

De acuerdo con Mossialos y Thomson (2002), posiblemente uno de los argumentos más contundentes en contra de los tratamientos fiscales es que en realidad no parecen ser exitosos en incentivar a las personas a comprar seguros privados de salud. La OCDE (2004a) argumenta que es difícil evaluar el incremento de la afiliación tras un subsidio fiscal ya que ello depende no solo de la elasticidad precio de la demanda sino de otros factores como la calidad de los seguros públicos y privados.

La evidencia sobre la elasticidad precio de la demanda de los seguros privados no es concluyente. Algunos estudios sugieren una demanda inelástica cuando existen subsidios a las primas (Gruber y Washington, 2003; Ahking, Giaccoto y Santerre, 2009; Ringel, Hosek, Vollaard y Mahnovski, n.d.) y, en contraste, otros estudios afirman que si se quitaran los subsidios el sistema de salud sufriría una importante pérdida de cobertura (Henderson y Taylor, 2002, Thomasson, 2003 citados en OCDE, 2004a; Custer, 1999; Stabile, 2001). Otros estudios sugieren una elasticidad ingreso de la demanda inelástica (Ahking, Giaccoto y Santerre, 2009; Liu y Cholet, (2006).

En Canadá se estima que si se quitara el subsidio, la cobertura de los seguros privados suplementarios de salud se reduciría en 20%. En el Reino Unido, por ejemplo, las deducciones fiscales de las primas para personas de 60 años y más fueron suprimidas tras siete años en funcionamiento, del 2000 a 2007, puesto que implicaban un significativo valor de recursos monetarios y el número de afiliados se incremento únicamente en 50,000 personas, equivalente a un incremento de 1.6%, en esos siete años. Además, se argumentó que era probable que el costo del subsidio fuera mayor que el ahorro de recursos del sector

público de salud (OCDE, 2004a). Para el caso de México no existe un cálculo sobre la elasticidad precio de la demanda y elasticidad ingreso de la demanda de seguros privados de salud. Únicamente se tienen estudios sobre la elasticidad ingreso del gasto en salud en ciertos servicios de salud (Parker y Wong, 1997; Cruz, Luna, Morales y Coello, 2006).

Tabla 17. Argumentos a favor y en contra de los subsidios a los seguros privados de salud

Argumentos a favor	Argumentos en contra
De manera focalizada, la deducción fiscal podría subsidiar a personas que no podrían pagar un seguro privado o permite garantizar su acceso a los servicios de salud.	Beneficia a personas de mayor ingreso, con capacidad de pago para contratar un seguro privado
Reducen demanda servicios públicos (liberan recursos públicos)	Regresivo: a mayor ingreso, mayor subsidio
Reducen pérdida de bienestar asociada al sistema de colas	Distorsionan señales de mercado: precios
Contribuyen a la equidad horizontal	Costosos: el costo puede ser mayor que el ahorro generado por la reducción demanda de servicios públicos. Costo de oportunidad
Aumentan la cobertura del sistema de salud	Evidencia no concluyente de que aumenten la cobertura (elasticidad baja). Existen otros instrumentos (por ejemplo, regulación) que pueden ser más efectivos para aumentar la cobertura
	Son complejos administrativamente

Fuente: Elaboración propia

La OCDE (2004a, p.58) concluye: “la demanda de seguros privados de salud parece ser relativamente precio inelástica en varios países, aunque hay una gran variación”. Similarmente, en la revisión de más de ochenta estudios sobre elasticidad de demanda de seguros de salud y servicios de salud, Liu y Cholet (2006) concluyen que la demanda de seguros de salud es, en general, precio inelástica. No obstante, el rango de las elasticidades estimadas es amplio.

Aunado a que los subsidios pueden ser costosos y pueden no incrementar significativamente el número de afiliados, la OCDE (2004a) afirma que otras intervenciones regulatorias pueden ser más efectivas que los incentivos fiscales para lograr ciertas metas. Por ejemplo, en Australia los especialistas consideraron que los incentivos fiscales fueron menos efectivos que la introducción de primas ajustadas por la edad para incrementar la compra de aseguramiento privado en salud (Frech y Hopkins, 2004).

En México, los subsidios no están focalizados para las personas de bajo ingreso o sin cobertura en los servicios públicos de salud. Sin embargo, si es probable que haya personas que sin la posibilidad de deducir las primas de los seguros, no sean capaces de solventarlas. Por otro lado, la deducibilidad de primas difícilmente reduce la saturación de los servicios públicos, en primer lugar, es muy reducido el número de personas que tienen seguro privado y, en segundo lugar, es probable que sin el beneficio fiscal, las personas acudan a servicios privados de menor costo que los seguros privados o incluso puedan seguir pagando el seguro privado.

Si bien los seguros privados contribuyen a la equidad horizontal, en nuestro país, la deducibilidad beneficia a las personas de mayores ingresos, las cuales probablemente tienen la capacidad de solventar el seguro sin necesidad del beneficio fiscal puesto que pertenecen a los deciles de mayor ingreso. Asimismo, en tanto que no existen criterios de elegibilidad o montos máximos deducibles, la deducibilidad de las primas es una medida regresiva. El valor del subsidio fiscal es mayor para los contribuyentes con tasas impositivas marginales más altas. Para aminorar la regresividad se pueden establecer criterios de elegibilidad como: acceso al beneficio fiscal si el ingreso es inferior a cierto monto o si se tiene cierto rango de edad. Asimismo, se puede establecer la deducción hasta cierto monto o porcentaje del valor de la prima. No obstante, estos criterios están ausentes en nuestro país.

El costo de la deducibilidad de las primas de los seguros privados en nuestro país es bajo, menos de 0.1% del PIB, debido a que son pocas las personas que están aseguradas en el sector privado. Sin embargo, en términos relativos, el beneficio fiscal puede ser costoso. Por un lado, la reducción de la demanda de servicios públicos puede ser baja porque los beneficiados son personas con ingresos altos, los cuales tienen una tasa de incidencia de utilización de servicios públicos de salud menor a la personas de ingresos bajos. Por lo tanto, el ahorro (liberación de recursos) asociado a la reducción de la demanda puede ser menor que el costo del tratamiento fiscal. Por otro lado, la cantidad de recursos monetarios que una persona no paga en impuestos, debido a la deducibilidad de las primas, puede ser mayor que lo que cuesta atender a esa persona en las instalaciones públicas de salud.

Conclusiones

Actualmente no existe un estudio que analice la función y contribución de los seguros privados de salud al sistema de salud a pesar de que este año se presenta la propuesta de “Sistema Nacional de Salud Universal”, en la que probablemente se promueva una mayor participación de los seguros privados en el sistema de salud. La presente tesina es un primer intento por revelar la importancia de los seguros privados en nuestro país.

En México, a diferencia de los países desarrollados y otros países de desarrollo similar, el mercado de aseguradoras privadas de salud tiene un nivel de participación bajo. Respecto al gasto total en salud, los seguros privados representan menos del 5% y tienen una cobertura menor a 10 millones de mexicanos.

El mercado de los SS y de los SGMM están concentrados, cinco empresas participan con el 89.6% del valor de la prima emitida en el primer caso y cuatro empresas concentran el 72.8% en el segundo caso, lo cual puede ocasionar efectos negativos. En primer lugar, existen compañías de seguros con un tamaño de mercado pequeño por lo que su mancomunación de recursos es baja, lo cual puede impactar de forma negativa su sostenibilidad. En segundo lugar, la concentración de mercado puede limitar la competencia entre las aseguradoras.

El aseguramiento privado en salud está correlacionado con el nivel educativo y los ingresos. Asimismo, las personas aseguradas se caracterizan por estar en edad laboral y se concentran en las grandes ciudades y en los estados del norte. Lo anterior puede indicar que la cercanía con Estados Unidos, junto con el diferencial de precios en la provisión de servicios médicos, ha permitido el establecimiento de instituciones privadas de salud y,

entre ellas, la modalidad de seguros privados. Asimismo, las aseguradoras, además de satisfacer las demandas de los pacientes estadounidenses, han diseñado seguros privados que se ajusten al menor nivel adquisitivo de los residentes mexicanos.

La mayor parte de los asegurados cuentan con SGMM (8.9 millones, 96.5%) y sólo una fracción pequeña tienen SS (0.33 millones, 3.5%). De esta manera, los seguros tienen un componente mayormente curativo que preventivo, lo cual puede impactar negativamente las condiciones de salud si las personas no tienen acceso a otra institución de salud que cubra la parte preventiva. Asimismo, aquellos pacientes con SGMM podrían no pertenecer a un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia debido a que los padecimientos de baja frecuencia y bajo costo podrían estar siendo atendidos en una institución diferente a la que atiende sus gastos médicos mayores.

Los seguros privados cumplen una función de duplicación, sustitución y complementariedad. En su función de aseguramiento primario sustituto se incluyen las personas que, a pesar de ser elegibles en el sistema público de salud, decidieron no atenderse en ellos y contrataron un seguro privado. Por su parte, en su función de duplicación, las personas pertenecen a una institución pública de salud y además tienen un seguro privado. Por último, la función de complementariedad corresponde a aquellas intervenciones médicas cubiertas por el seguro privado que no se otorgan en los esquemas públicos. Esta función de complementariedad podría tomar relevancia si la propuesta del “Sistema Nacional de Salud Universal” es cubrir un paquete básico para toda la población y el resto queda cubierto por la contratación voluntaria de seguros suplementarios.

Una parte significativa de las personas con doble aseguramiento (57.7%) se atienden en los servicios públicos. Lo anterior puede explicarse al menos por dos razones.

Primero, los gastos de bolsillo al momento de utilizar el servicio privado (copagos y deducibles) podrían estar actuando como una barrera financiera. Segundo, la atención en el primer nivel de atención y padecimientos de costo bajo o moderado podrían no estar incluidos en su seguro, que usualmente es de gastos médicos mayores.

La contribución de los seguros privados de salud se puede ubicar en distintas dimensiones: funciones, objetivos y valores del sistema de salud. En cuanto a las *funciones*, los seguros privados aumentan la capacidad de atención del sistema de salud, sin embargo, contribuyen a la concentración de recursos en las áreas urbanas o con mayor ingreso. En la función de financiamiento, los seguros privados contribuyen con recursos monetarios adicionales aunque éstos no superan el 0.5% del PIB. En esta misma dimensión, en los seguros privados resulta más significativo el subsidio entre personas enfermas y sanas, ya que la subsidización cruzada entre ingresos es menor porque la mayoría de los asegurados tiene ingresos altos.

Además de los recursos adicionales, la liberación de recursos es otro tipo de contribución. Ésta ocurre cuando las personas con acceso a las instituciones públicas contratan un seguro privado y no utilizan la infraestructura pública. Aunque el número de personas con doble aseguramiento es reducido y una parte significativa se atiende en los servicios públicos, la liberalización de recursos podría tener una magnitud importante si consideramos que la mayoría de las personas con seguro privado tienen altos ingresos. En contraste, los seguros privados también pueden comprometer recursos adicionales, principalmente financieros.

Por otro lado, existen posturas que argumentan que los recursos adicionales y la liberación de recursos que ocasionan los seguros privados reducen la saturación de los

servicios públicos. En nuestro país, es probable que no se reduzca significativamente la saturación en las instituciones públicas debido a que el número de personas con seguro privado es reducido y una parte de ellas sigue utilizando los servicios públicos.

La participación de los seguros privados de salud se ha asociado con un mayor crecimiento de los costos de atención, por lo tanto, la contención de costos es uno de los objetivos de la mayoría de los gobiernos respecto a los seguros privados. Adicionalmente, en cuanto a la rectoría, la regulación resulta imprescindible para el efectivo funcionamiento del mercado y puede representar el principal instrumento del gobierno para conseguir sus objetivos respecto a los seguros privados.

En cuanto a los *objetivos* del sistema de salud. Los seguros privados responden de mejor manera al objetivo de capacidad de respuesta a las expectativas de las personas. Los afiliados perciben una mayor calidad en la atención, una mayor percepción de mejoría en el estado de salud posterior a la atención médica y un menor tiempo de espera en los servicios privados. De esta manera, los seguros privados responden a demandas insatisfechas en el sector público.

Los seguros privados de salud mejoran la protección financiera ya que evitan el desembolso de elevados montos de dinero al utilizar los servicios, permiten dividir la carga financiera a lo largo del tiempo (pre pago) y evitan que el riesgo financiero se enfrente de manera individual (mancomunación de recursos). A diferencia de la evidencia en los países de la OCDE, es posible que el seguro privado sustituya, hasta cierto punto, el gasto de bolsillo en nuestro país.

No obstante, dos situaciones afectan la protección financiera de los seguros privados de salud. Primero, la protección financiera es parcial cuando las personas con seguro

privado se atienden en las instituciones públicas, ya sea porque sus padecimientos no están cubiertos por el seguro privado o los gastos de bolsillo actúan como barrera financiera. Segundo, la protección financiera también es parcial desde una perspectiva de ciclo de vida. Es decir, por diversas circunstancias se puede interrumpir la afiliación a un seguro privado, lo cual es más probable que ocurra en la etapa de adulto mayor cuando los riesgos de salud se incrementan y los ingresos disminuyen.

Respecto a los principales *valores* del sistema de salud. Los seguros privados provocan inequidad en el acceso y en la distribución de recursos. Asimismo, contribuyen a la inequidad vertical y horizontal en el financiamiento. En cuanto a la sostenibilidad, a nivel individual la mayor parte de la población no tiene la capacidad de pago para contratar un seguro privado y es probable que para algunas personas resulte insostenible seguir afiliado conforme aumenta la edad. A nivel empresa, la concentración del mercado de seguros podría afectar su sostenibilidad financiera. A nivel nacional, el financiamiento de esquemas de seguros privados se puede volver insostenible si la regulación no resulta efectiva en la contención o escalada de costos.

Respecto a los dos esquemas que promueven una mayor participación de los seguros privados. El diseño del esquema de subrogación de servicios médicos del IMSS bajo reversión de cuotas ha provocado la selección de riesgos, es decir, las empresas que han firmado los convenios se caracterizan porque sus empleados tienen menores riesgos de salud y mayores SBC que el promedio de los cotizantes del IMSS. Lo cual puede estar provocando el desfinanciamiento del seguro al reducir la capacidad del seguro de promover los subsidios cruzados entre personas de alto y bajo riesgo y alto y bajo SBC..

Por lo tanto, es necesaria una fórmula que considere una relación inversa entre la contribución por COP y el porcentaje de reversión y una relación directa entre riesgo y porcentaje de reversión. Lo anterior evitaría que empresas de alto SBC y bajos riesgos de salud sean las únicas que tengan incentivos a celebrar convenios. No obstante, el monto revertido para los cotizantes de alto riesgo, debido al diferencial de precios en el sector público y los seguros privados, implicaría una suma significativa de recursos que, ante la debilidad financiera del IMSS, sería difícil de sostener.

Los convenios suscritos no parecen justificarse bajo los criterios establecidos en los documentos oficiales: incapacidad para atender la demanda y ventajas financieras. Asimismo, la modalidad de subrogación de servicios médicos tampoco reduce significativamente la saturación del IMSS. Adicionalmente, esta modalidad podría estar transfiriendo el pago de los seguros privados de los trabajadores al IMSS, ya que para algunos empleados, los servicios privados que antes pagaban de su bolsillo, ahora los financia el IMSS mediante la reversión de cuotas.

En cuanto a la posibilidad de deducir el costo de las primas de seguros privados del ingreso gravable, este tratamiento fiscal puede subsidiar a algunas personas que no son capaces de solventar las primas y, por otro lado, contribuir a la equidad horizontal. En contraste, las desventajas de este esquema es que difícilmente reduce la saturación de los servicios públicos; beneficia a las personas de mayores ingresos, las cuales probablemente tienen la capacidad de solventar el seguro sin necesidad del beneficio fiscal; existen mejores instrumentos para aumentar la cobertura que la deducibilidad de las primas; es una medida regresiva y es costosa en términos relativos. Para aminorar algunos de los efectos negativos del beneficio fiscal se puede establecer una regulación más estricta en cuanto a los criterios de elegibilidad y monto límite de deducibilidad.

Bibliografía

Ahking, F., Giacotto, C. y Santerre, R. (2009). The Aggregate Demand for Private Health Insurance Coverage in the United States. *Journal of Risk and Insurance*, 76 (1), pp. 133-157.

AMIS (junio, 2012). *Sistema Nacional de Salud. México* [Presentación Power Point]. Recuperado de: www.amis.org.mx/InformaWeb/Documentos/Archivos/Mexico.ppt

Bodenheimer, T. (2005). High and Rising Health Care Costs. Part 1: Seeking and Explanation. *Annals of internal medicine*, 142 (10), pp. 847-854.

Bolis, M. (2003). *Marco jurídico para la regulación del financiamiento y aseguramiento del sector de la salud*. Ponencia presentada durante el Taller sobre Nuevos Marcos e Instrumentos para la Regulación del Financiamiento y el Aseguramiento en el Sector de la Salud, Santiago de Chile, 16-19. Disponible en: http://190.94.81.194/index/documentos/Regulacion_Financiamiento.pdf

Carrin, G., James, C. y Evans, D. (2005). *Achieving Universal Health Coverage: Developing the health financing system*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (Technical Briefs for Policy-Makers No. 1).

Colombo, F. and N. Tapay (2004). Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems, *OECD Health Working Papers*, 15, OECD Publishing.

Cruz, C., Luna, G., Morales, R., y Coello, C. (2006). Gasto catastrófico en salud y elasticidades ingreso por tipo de gasto en servicios de salud en México. *Bienestar y política social*, 2 (1), pp. 51-73.

Custer, W. (1999), *The Tax Preference for Employment-Based Health Insurance Coverage, Severing the Link Between Health Insurance and Employment: What Happens if Employers Stop Offering Health Benefits?*, Employee Benefit Research Institute-Education and Research Fund (EBRI-ERF) Policy Forum, Washington, DC, May.

Dávila y Guijarro (2000). *Evolución y reforma del sistema de salud en México. Serie financiamiento del desarrollo, 91*. Chile: CEPAL.

DOF (12/08/2013). *Disposiciones de Carácter General para la Prestación Indirecta de Servicios Médicos y Hospitalarios, así como para la Reversión Parcial de Cuotas Obrero Patronales*. SSA.

DOF (24/05/2010). *Reglas para la operación y desarrollo del ramo de salud*. SHCP.

Durán, L., Aldaz, V., Hernández, L. y García, L. (2010). *Los Seguros Médicos Privados en México: su contribución al sistema de salud*. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/libro_pdf.html

El Asegurador (31 de agosto de 2013). *Publica DOF acuerdo de reversión de cuotas del IMSS. Oportunidad para mejorar los programas privados de salud*. Disponible en: <http://www.elasegurador.mx/index.php/12-cnot/peaprinicipal/355-publica-dof-acuerdo-de-reversion-de-cuotas-del-imss-oportunidad-para-mejorar-los-programas-privados-de-salud>

ENSANUT (2012a). *Calidad de los procesos de atención ambulatoria en los servicios de salud: estándares y mejora organizacional. Evidencia para la política pública en salud*. México: INSP, SSA.

ENSANUT (2012b). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012. Resultados Nacionales*. México: INSP, SSA.

Frech III, H. E. y Hopkins, S.(2004). Why Subsidise Private Health Insurance? *The Australian Economic Review*, 37 (3), pp. 243-256

Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V. Knaul, F., Arreola, H. y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública Méx* 2011, 53(2):220-232.

Gruber, J. and E. Washington (2003), Subsidies to Employee Health Insurance Premiums and the Health Insurance Market, *Working Paper, 9567*, National Bureau of Economic Research, Cambridge, Mass.

IMSS (2009). *Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales*. México: IMSS

IMSS (2013). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012-2013*. México: IMSS.

Kai, P. (s.f.). *Health care financing: conceptual framework and policy options* [Diapositivas de PowerPoint]. Lee Kuan Yew School of Public Policy. National University of Singapore.

Knaul, F., Parker, S. y Ramírez, R. (1997). El prepago por servicios médicos privados en México: determinantes socio-económicos y cambios a través del tiempo. En: Frenk, J. (coord.) *Observatorio de la salud: necesidades, servicios, políticas*. México: FUNSALUD

Lara, E. (2005). *Seguros de salud: factores para impulsar su crecimiento*. México: Milliman.

Lara (2002). Las ISES a dos años de su creación. *Entre actuarios*, 16 (4), pp. 2-6.

Laurell, A. C. (2001). Health reform in Mexico: The promotion of inequality. *International Journal of Health Services* 31(2), pp. 291-321.

Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Ley del Impuesto Sobre la Renta, nueva ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de diciembre de 2013.

López, O y Blanco, J. (2001). La polarización de la política de salud en México. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 17 (1), pp. 43-54

Liu, S. y Chollet, D. (2006). Price and Income Elasticity of the Demand for Health Insurance and Health Care Services: A Critical Review of the Literature. *Mathematica Policy Research, Inc.* pp. 1-79.

Mossialos, E. y Dixon, A. (2002). Funding health care: an introduction. En Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. y Kutzin, J. (eds.). *Funding health care: options for Europe*. Pp. 1-31. European observatory on health care systems series: Open university press.

Nigenda, G., Troncoso, E., Arreola, H., López, M. y González, M. (2003). Mezcla público-privada en el sector salud. Reflexiones sobre la situación en México. En *Caleidoscopio de la Salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*. Knaul, F. y Nigenda, G. (editores). México: FUNSALUD.

OCDE (2004a). *Private Health Insurance in OECD Countries*. The OECD Health Project: OECD

OECD (2004b). *Proposal for a Taxonomy of Health Insurance*, OECD Private Health Insurance Study.

OCDE (2005). *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de Salud*. Mexico. OCDE.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo, 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2010). *Informe sobre la salud en el mundo, 2010. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra: OMS.

Parker, S. y Wong, R. Household Income and Health Care Expenditures in Mexico. *Health Policy*, 40 (3), pp. 237-255.

Parrao, A. (2012). *Análisis descriptivo del sistema estadístico del seguro de salud*. Documento de trabajo no. 134, México: CNSF.

Pauly, M., Zweifel, P., Scheffler, R., Preker, A. y Bassett, M. (2006). Private Health Insurance in Developing Countries, *Health Affairs*, 25 (2), pp. 369-379

Ringel, J., Hosek, S., Vollaard, B. y Mahnovski, S. (n. d.). *The Elasticity of Demand for Health Care. A Review of the Literature and Its Application to the Military Health System*. Rand Health, National Defense Research Institute, pp. 1-56.

Sámamo, F., Fernández, H., Pérez, J., Páramo, M., Iñarritu, A. y Flores, H. (2003) Problemática actual de los seguros privados para la atención a la salud en México. *An Med Asoc Med Hops ABC*, 48 (1), pp. 68-75.

Sandoval, L y Sandoval, H. (2007). *Viabilidad del Seguro de Salud para la vejez*. Trabajo presentado para el XIV Premio de Investigación sobre Seguros y Fianzas 2007. Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Sekhri, N. y Svedoff, W. (2005). Private health insurance: implications for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 83 (2), pp. 127-137.

Sekhri, N. y Savedoff, W. (2006). Regulating private health insurance to serve the public interest: policy issues for developing countries. *Int J Health Plann Mgmt*, 21, pp. 357–392.

SHCP (2013). *Presupuesto de gastos fiscales 2013*. México: SHCP.

Sinais (varios años). *Sistema Nacional de Información en Salud*. México: SSA. Disponible en: www.sinais.salud.gob.mx [Revisado en mayo de 2014]

SSA (2002). *Poblaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de México: Definición y Construcción. Síntesis ejecutiva*. México: SSA

Stabile, M. (2001), Private Insurance Subsidies and Public Health Care Markets: Evidence from Canada, *Canadian Journal of Economics*, 34 (4).

Stiglitz, J. (2000). *Economía del sector público* (tercera edición). España: Antoni Bosch.

Tamez, S. y Valle, R. (2005). Desigualdad social y reforma neoliberal en salud. *Revista Mexicana de Sociología*, 67 (2), pp. 321-356.

Torres, A. y Knaul, F. (2003). Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000, en *Caleidoscopio de la salud* (eds. Nigenda y Knaul), pp. 209-225, México: FUNSALUD.

Wagstaff, A. y Lindelow, M. (2005). Can insurance increase financial risk? The Curious Case of Health Insurance in China. *Policy Research Working paper 3741*, pp. 1-22. World Bank.

Wagstaff, A. (2008). *Measuring Financial Protection*. Policy Research Working paper 4554, pp. 1-31. World Bank.