

Capítulo 4

Realignar el financiamiento para cubrir mejor las necesidades de la atención de la salud individual

El enfoque fragmentado de México al financiamiento de la atención de la salud refuerza la estructura igualmente dividida del sistema de salud, lo cual impide la eficacia en la generación y asignación de los recursos. Es de especial urgencia implantar en el país un enfoque más articulado, dado que cada año un gran número de personas transitan entre las instituciones de seguridad social y el Seguro Popular debido a cambios en su situación laboral y esto interrumpe la continuidad en la atención. Empezar esfuerzos hacia un financiamiento más integrado —o el equivalente funcional— permitiría que la atención se transfiera con mayor facilidad entre aseguradoras y podría conducir a mejoras en la eficiencia.

Si bien los principales actores del sistema concuerdan en la necesidad de consolidar en cierta medida los recursos financieros, el reto es crear un fondo común de recursos que proporcione beneficios al sistema y a la vez resulte políticamente aceptable. En este capítulo se examina la generación de más recursos financieros para la salud, la redistribución de fondos de manera más equitativa y los mecanismos que permitan a los mexicanos cambiar de empleo sin perder continuidad en su atención.

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes competentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

México es el país de la OCDE que menos recursos nacionales asigna para la salud y la evidencia sugiere que los recursos que se gastan no siempre se utilizan de manera eficiente para lograr beneficios para la salud. Si bien contribuyen diversos factores, una razón clave para los niveles y distribución de recursos inadecuados es la fragmentación: el sistema de salud de México se caracteriza por esquemas separados de aseguramiento que tienen sus propias estructuras de gobierno y rendición de cuentas, sólo ofrecen acceso a sus afiliados a los servicios a través de redes separadas de proveedores y son financiados mediante mecanismos distintos.

Como resultado de la estructura del sistema, existe una coordinación limitada para recaudar ingresos adicionales y para garantizar que los recursos se asignen de modo proporcional a las necesidades de todo el sistema. La asignación de recursos deficiente genera variabilidad en la atención, así como obstáculos de acceso en áreas con escasa capacidad. Estas cuestiones son particularmente importantes ya que los afiliados no tienen la posibilidad de elegir a su asegurador, mantener a este asegurador cuando cambia su situación laboral, ni recibir atención gratuita en el punto de servicio de los proveedores que no pertenecen a su esquema (los que puede considerar que ofrecen una mejor calidad de servicios, están mejor ubicados, o tienen horarios de trabajo más flexibles). Esto ocasiona que muchas personas paguen de su bolsillo por servicios en el sector privado.

Para abordar estas inquietudes, el uso de enfoques unificados de financiamiento, como un fondo mancomunado de los recursos, es de gran interés para diversos actores interesados. Si bien la creación de un fondo común único que distribuya recursos entre los esquemas de acuerdo con las necesidades puede ser un objetivo de largo plazo para algunos de estos actores, en la práctica hay una serie de obstáculos importantes para su consecución en el corto plazo, como la existencia de una gran fuerza laboral informal que impide la recaudación de impuestos y la posición muy arraigada de los esquemas de seguridad social actuales como instituciones propias. Sin embargo, un fondo común único definido estructuralmente no es una necesidad absoluta; en la práctica, el objetivo político de mejorar la equidad en el acceso puede lograrse mediante reformas alternativas de financiamiento gradual que funcionalmente articulen los esquemas desde el punto de vista del usuario.

En este capítulo se revisan cuestiones relacionadas con la generación y la asignación de recursos financieros para el sistema de salud. En la primera sección se analiza la necesidad de contar con más recursos financieros para la salud y la posibilidad de obtener ingresos adicionales. La sección 4.2 se centra en la distribución del gasto y examina enfoques para asignar eficazmente los recursos según las necesidades. La sección 4.3 trata de separar la afiliación al seguro de salud de la situación laboral, de modo que las personas puedan conservar a su asegurador, sin importar cambios en ella. Aun reconociendo las barreras políticas y financieras para la reestructuración de los arreglos institucionales actuales, puede empezarse a emprender reformas graduales que funcionalmente aseguren algunos beneficios de contar con un fondo común, sobre todo el uso más amplio de convenios de intercambio de determinados servicios entre los subsistemas.

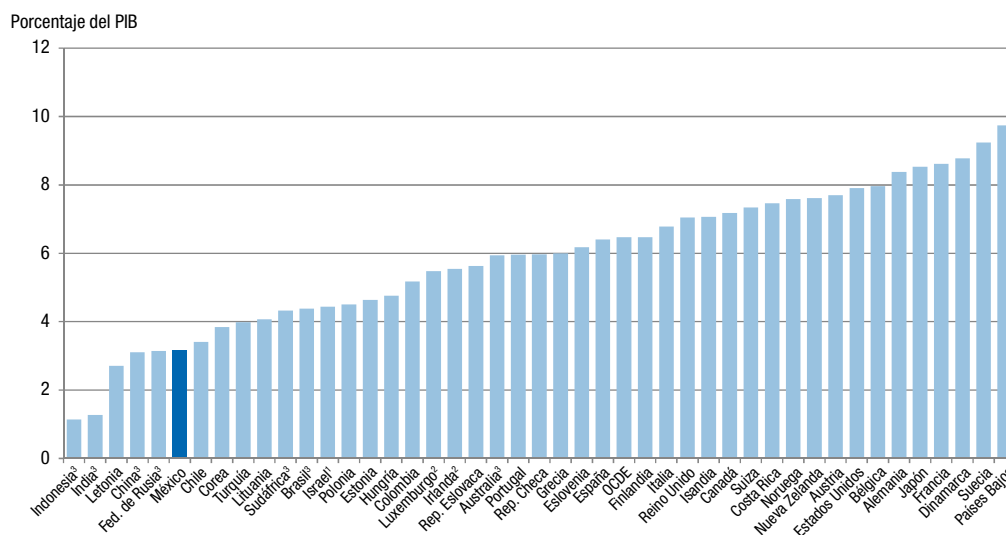
4.1. El bajo nivel de gasto público destinado a la salud contribuye a la mala calidad de los servicios y a desigualdades en el acceso

En esta sección se revisa el gasto en salud de México en el contexto de otros países de la OCDE y se demuestra que el nivel del gasto público del país en este rubro es comparativamente bajo. Como resultado directo de la falta de financiamiento del sistema de salud, hay un exceso de gasto de bolsillo para obtener atención de la salud en el sector privado. Para mejorar el nivel y la seguridad del financiamiento, México debe considerar un cambio hacia una mayor dependencia de financiamiento basado en impuestos, por ejemplo, para subsidiar las aportaciones de los asegurados que cambian su situación laboral, pero que quieren mantener su aseguradora actual. En otra sección de este capítulo y en otros capítulos se analizan las reformas para generar una mayor eficiencia.

El gasto público en salud debe incrementarse para acercarse a los niveles encontrados en otros países de la OCDE

Los sistemas de salud deben contar con recursos suficientes para salvaguardar y promover la cobertura universal de salud y para satisfacer las necesidades de salud de sus poblaciones. En comparación con el gasto público de otros países de la OCDE, el gasto público total en salud en México es bastante bajo. Como porcentaje del producto interno bruto de México es el más bajo de los países de la OCDE (3.2% del PIB). Según los datos más recientes, para coincidir con los niveles de gasto en salud per cápita promedio de la OCDE (Australia), México tendría que incrementar su gasto en salud por persona por más de 2000 dólares estadounidenses PPA, o más de cuatro veces su gasto actual por persona (aunque los niveles absolutos de gasto son, por supuesto, afectados por los precios locales).

Gráfica 4.1. **Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 2013 (o año más reciente)**



Nota: Se excluyen las inversiones a menos que se indique lo contrario.

1. Estimaciones preliminares.
2. Los datos se refieren a 2012.
3. Incluye inversiones.

Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; y WHO Global Health Expenditure Database, <http://apps.who.int/nha/database>.

Con el sistema actual existen barreras para obtener recursos adicionales para el sector salud. Es importante destacar que algunos encargados de tomar decisiones informan que el nivel de gasto no es necesariamente insuficiente, sino que hay un problema más fundamental: que los niveles existentes de financiamiento no se utilizan de manera correcta, lo que contribuye a resultados de salud pobres, como la baja esperanza de vida (seis años por debajo de la media de la OCDE), las tasas de mortalidad materna e infantil, que son las más altas entre los países de la OCDE (37.4 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos y 12.7 muertes infantiles por 1 000 nacidos vivos en 2014) y las altas tasas de mortalidad por enfermedades crónicas. Aumentar los niveles de gasto sin mejorar la manera como se gasta el dinero puede no generar, por sí solo, mejores resultados de salud.

Demostrar el uso eficiente de los recursos es una estrategia común utilizada por otros países para persuadir a los Ministerios de Finanzas de aportar fondos adicionales (World Health Organization, 2010). Aunque el incremento del gasto no conducirá por sí solo a mejoras en la eficiencia, la ineficiencia tampoco justifica los bajos niveles de gasto. Desde una perspectiva política, puede ser más factible incrementar la asignación de recursos para la salud si el sector salud es capaz de demostrar que puede alcanzar el mayor costo-beneficio en algunos aspectos dados sus recursos actuales. Como resultado, se deben hacer esfuerzos para llevar a cabo una evaluación completa del rendimiento del sistema de salud para generar esta evidencia. El IMSS recopila algunos indicadores de eficiencia (como los Indicadores Médicos de Coordinación de Programas Integrados de Salud). Sin embargo, hay que actualizar un estudio realizado previamente al Seguro Popular para evaluar el desempeño estatal en áreas como la cobertura y la protección financiera, e incluir medidas de eficiencia las cuales no parecen haberse incluido en el análisis original (Gakidou *et al.*, 2006). Al medir el desempeño es probable que se fomente la mejora, pues como suele decirse “lo que se mide, se hace”.

Aparte de la percepción de que el sistema de salud puede hacer más con su nivel actual de recursos al mejorar la eficiencia, existen barreras importantes para aumentar los ingresos adicionales que se encuentran fuera de la esfera de influencia del sector salud. En particular, la dificultad de cobrar efectivamente impuestos a la nómina y al consumo a los grandes sectores informales como el de México reduce los ingresos gubernamentales. Se ha establecido bien las ganancias fiscales que podrían obtenerse al reducir la informalidad en México (Flores *et al.*, 2004). Por ejemplo, actualmente hay una reforma pendiente de aprobación en el Senado que busca mejorar el cumplimiento tributario al homogeneizar las definiciones de impuestos a la nómina y compensación salarial en la Ley del Seguro Social y la Ley del Impuesto sobre la Renta, respectivamente. Si se aprueba, este sería un primer gran paso para reducir la informalidad en México. También ha habido reformas fiscales para incrementar los ingresos públicos mediante la desaparición de lagunas fiscales, la reducción de subsidios a la gasolina e incentivos al trabajo formal al subsidiar temporalmente las aportaciones a la nómina para nuevos trabajadores. El incremento en la formalización de la fuerza laboral (mediante el registro de trabajadores en los regímenes de seguridad social, por ejemplo) o la mejora en el cumplimiento de la recaudación de impuestos son reformas importantes, que generarían recursos considerables que podrían utilizarse para la salud. Las políticas para promover la formalidad, reducir la

corrupción e impulsar el crecimiento económico se analizan con mayor detalle en el *Economic Survey of Mexico 2015* (Estudio Económico de la OCDE para México 2015) (OECD, 2015).

Otra barrera importante para aumentar el nivel de gasto en salud es el límite actual propuesto por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público que no permite más de 2% de crecimiento anual para presupuestos operativos en todos los sectores del gobierno federal. Sin quitar este límite, o llevar a cabo una revisión del gasto en el sector salud, será difícil aumentar los recursos del sistema de salud en forma sustancial en el corto plazo. Otros países tienen límites de gasto similares para poder controlar el gasto excesivo; sin embargo, hay enfoques más flexibles. En Francia, por ejemplo, los límites de gasto se determinan cada año (Chevreul *et al.*, 2010). Desde 1996, el Parlamento francés ha aprobado un límite nacional anual máximo para el gasto del seguro de salud obligatorio (en virtud de un método de asignación de recursos conocido como el *Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie* (Objetivo Nacional de Gastos del Seguro de Salud – ONDAM), mediante el cual el gobierno propone la tasa máxima de crecimiento para el siguiente año. Históricamente se ha permitido que la tasa de crecimiento varíe cada año; entre 1997 y 2008 ha variado de 1% a 5.3%. Para limitar el gasto excesivo en Francia, se estableció en 2004 un Comité de Alerta y en 2010 se creó un grupo de control estadístico del ONDAM, el cual puede recomendar planes de intervención o rescate financiero en caso de gasto excesivo. De conformidad con la experiencia de Francia, México debería adoptar una disposición menos rígida determinando su límite de gasto sobre una base anual que refleje los cambios en las necesidades.

Debe disminuirse la elevada proporción de gasto de bolsillo mediante el aumento de la capacidad del sector público

Una consecuencia de los bajos niveles de gasto público en salud es que gran parte de la atención de salud en México se obtiene del sector privado. Casi toda esta asistencia privada se financia con gasto de bolsillo, ya que el aseguramiento privado constituye un segmento muy pequeño del mercado (aproximadamente 4% del total del gasto en salud en 2012). México tiene el mayor gasto de bolsillo como porcentaje del PIB entre los países de la OCDE (Gráfica 4.2).

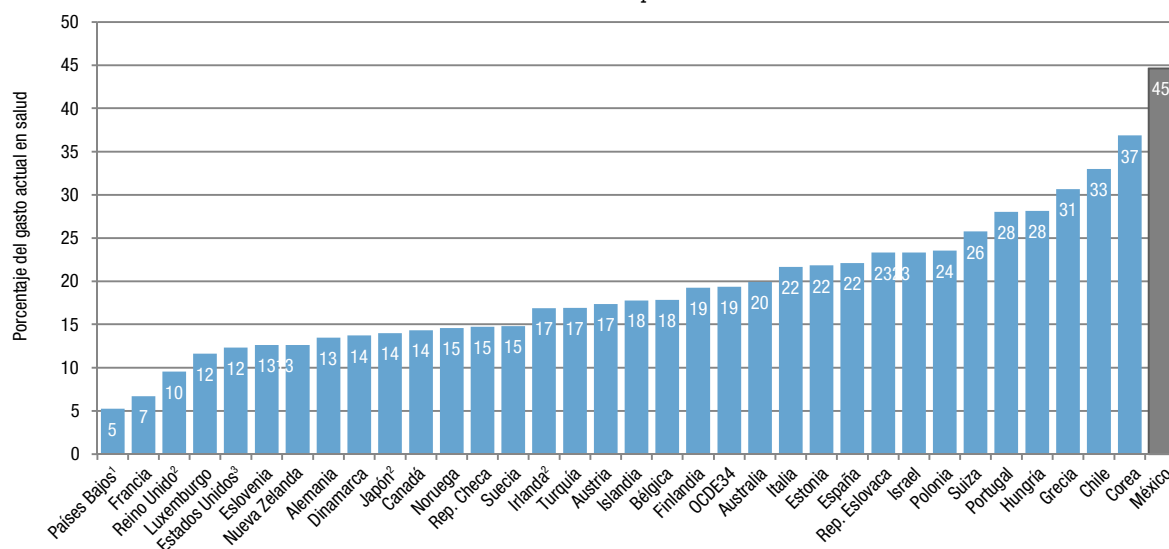
Los países de la OCDE que dedican más fondos públicos a la salud como porcentaje del PIB tienen un menor gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud (Gráfica 4.3).

El alto gasto de bolsillo también es característico en países que no son miembros de la OCDE que luchan para generar ingresos fiscales suficientes, como los antiguos países soviéticos de Europa del Este (Rechel y McKee, 2009). Es comúnmente aceptado que el gasto de bolsillo es la fuente menos equitativa de financiamiento en salud pues no existe un fondo común entre personas y el acceso a la atención se otorga sólo a aquellos con capacidad de pago, y no necesariamente a los que tienen la necesidad; es, de hecho, un impuesto sobre los enfermos. En México, los hogares situados en el quintil más alto de ingresos incurren en un gasto de bolsillo casi tres veces mayor que los hogares en el quintil de ingresos más bajo (Cuadro 4.1).

Gráfica 4.2. **Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud, 2013**

(o año más reciente)

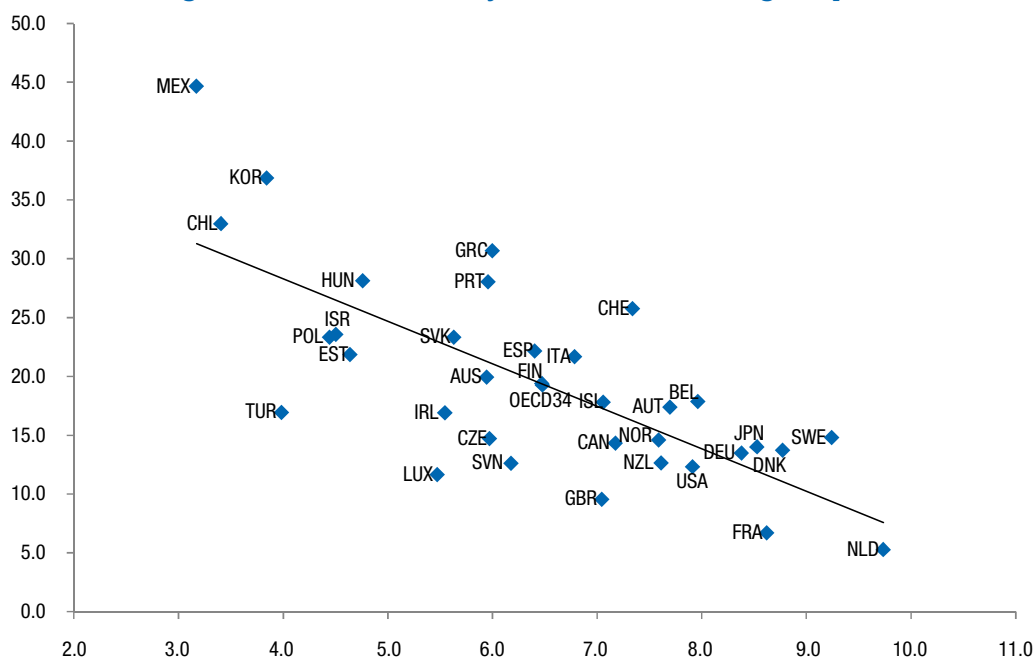
Gasto de bolsillo privado



1. Los Países Bajos reportan un coaseguro obligatorio en el seguro de salud y en la Ley de Gastos Médicos Excepcionales de la seguridad social en lugar de gasto de bolsillo privado, lo que significa una subestimación del porcentaje del gasto de bolsillo.
2. Los datos se refieren al gasto total en salud (= gasto en salud actual más formación de capital).
3. La seguridad social se reporta junto con el gobierno general.

Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Gráfica 4.3. **El gasto de bolsillo disminuye al incrementarse el gasto público en salud**



Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Cuadro 4.1. **Gasto de bolsillo por quintil de ingreso de las familias, 2012**

En pesos

| Quintil de ingreso | Gasto de bolsillo (trimestral) Promedio por hogar |
|--------------------|--|
| I | 707 |
| II | 717 |
| III | 1 221 |
| IV | 1 213 |
| V | 2 033 |

Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 2012.

La dependencia del gasto de bolsillo para financiar la atención de la salud impide que las personas con bajos ingresos obtengan atención médica y puede generar niveles catastróficos o empobrecedores de gasto. La investigación sugiere que si el gasto de bolsillo comprende más de 20% del gasto total en salud, el porcentaje de hogares con gasto catastrófico (definido como gasto de bolsillo mayor a 40% de la capacidad de pago) aumenta sustancialmente (Xu et al., 2010). Claramente, esto parece ser un tema importante en México, donde 45% del gasto en salud es gasto de bolsillo.¹ Si bien la incidencia de gasto catastrófico se ha reducido en México como resultado del Seguro Popular, estudios recientes sugieren que aún existe una variabilidad significativa en el gasto catastrófico en función del lugar donde viven los afiliados y el tipo de instalaciones que son accesibles (Grogger et al., 2014).

La propensión de las personas a buscar atención en el sector privado es muy similar en todos los esquemas de aseguramiento, lo que significa que los determinantes del gasto de bolsillo no son específicos de un esquema en particular, sino más bien, son un indicativo probable de deficiencias de todo el sistema. Por ejemplo, según datos de la ENSANUT 2012, PEMEX tiene el porcentaje más bajo de afiliados que buscan atención ambulatoria en el sector privado (para quienes 27.2% de los servicios son privados), mientras que los afiliados del Seguro Popular son sólo ligeramente más propensos a buscar atención privada (31.1%) (Programa Sectorial de Salud 2013-2018). Aunque podría suponerse que las personas prefieren el sector privado porque los servicios públicos disponibles son de mala calidad, el grado en que los servicios del sector público son en realidad de menor calidad que los del sector privado o se perciben de menor calidad no está claramente documentado. De acuerdo con datos de la ENSANUT, la percepción de mala calidad en la atención en el sector público no es generalizada, no varía de manera considerable entre los distintos esquemas, y no se reporta sustancialmente más que en el sector privado (Cuadro 4.2).

En muchos países, reducir el porcentaje de gasto de bolsillo puede implicar reducir los niveles de copago o incrementar las exenciones de atención gratuita en el punto de servicio. Sin embargo, en el caso de México, el coaseguro del sector público comprende únicamente una pequeña porción del gasto de bolsillo; a menudo, los afiliados pagan para obtener atención en el sector privado por razones que incluyen, además del tema de la calidad antes mencionado, el acceso reducido a los servicios debido al horario limitado de las instalaciones públicas, la falta de unidades en los alrededores y la incapacidad para visitar proveedores fuera de la red de un esquema (véase el tema

de la portabilidad de los servicios en el Capítulo 5). Por ejemplo, dentro del Seguro Popular, los servicios de atención primaria por lo general sólo están disponibles de las 8:00 a.m. a las 3:30 p.m.

Cuadro 4.2. **Percepción de los usuarios de la calidad de los servicios de salud, 2012**

| | Porcentaje de usuarios que reportaron que los hospitales ofrecen mala calidad | Porcentaje de usuarios que reportaron que la atención ambulatoria es de mala calidad |
|------------------------|---|--|
| IMSS | 7 | 6 |
| ISSSTE | 7 | 6 |
| Instalaciones públicas | 6 | 4 |
| Privadas | 3 | 1 |
| Otros | 3 | 1 |

Fuente: Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

Además, cerca de una quinta parte de la población no tiene acceso fácil a los centros de salud debido a su ubicación geográfica. Es posible reducir el porcentaje de gasto de bolsillo en este sentido al focalizarse en los factores que hacen que las personas no acudan al sistema de salud público. Esto es importante, ya que la eliminación de cuellos de botella o la actualización de procesos pueden ofrecer ganancias en calidad y eficiencia a un precio relativamente bajo. El aumento del acceso a servicios públicos mediante el incremento de financiamiento del sector público (véase más adelante), el aumento de horas de trabajo en las instalaciones públicas y una mayor regulación de la atención privada otorgada por personal del sector público de salud —también conocida como doble práctica— serían estrategias efectivas para mejorar el acceso a los servicios públicos de salud, reduciendo con ello el gasto de bolsillo (Recuadro 4.1).

Recuadro 4.1. **Estrategias que disuaden a los pacientes de evitar usar el sistema público: experiencias internacionales**

Realizar pagos de bolsillo para evitar usar el sistema público es común en algunos países, en particular cuando en el sector público se utilizan largas listas de espera para racionar implícitamente los servicios de salud (Gotsadze y Gaál, 2010; Tambor *et al.*, 2014). Por tanto, las estrategias para reducir el gasto de bolsillo deben centrarse en mejorar el acceso a los servicios de salud del sector público, por ejemplo, aumentar sus horas de trabajo y regular de manera más estratégica los servicios privados ofrecidos por personal del sector público de salud.

Aumentar horas de trabajo en instalaciones públicas

Una estrategia eficaz para reducir el gasto de bolsillo sería aumentar las horas de trabajo en las instalaciones del sector de salud público, con el fin de que las personas no busquen atención privada. Evidencia de Estados Unidos señala que los beneficiarios de Medicaid que estaban afiliados a proveedores de atención primaria que ofrecían al menos 12 horas de atención en la tarde-noche eran 20% menos propensos a evitar a su proveedor y buscar atención más costosa que los beneficiarios de Medicaid cuyos proveedores de atención primaria no ofrecían horarios extra de atención (Lowe *et al.*, 2005).

Recuadro 4.1. **Estrategias que disuaden a los pacientes de evitar usar el sistema público: experiencias internacionales** (Cont.)

Regular la prestación privada por trabajadores del sector público de salud

El alto gasto privado en salud es una característica destacada en países donde los proveedores del sector público están autorizados para ofrecer también atención privada. Conocido como doble práctica, este tipo de acuerdo tiene varios beneficios, incluyendo la mayor facilidad para contratar proveedores calificados para el sector público, pero puede dar lugar a que estos se remitan a sí mismos a pacientes que podrían haber sido atendidos con recursos públicos (García-Prado y González, 2007). Para mejorar el acceso a la atención de las personas que no tienen la capacidad de realizar pagos de bolsillo, se pueden utilizar varias estrategias. Por ejemplo, los proveedores públicos que deseen practicar también en el sector privado podrían ser alentados a desarrollar sus prácticas privadas dentro de las instalaciones públicas, a cambio de horas adicionales de trabajo en el sector público atendiendo a pacientes de bajos ingresos. En países europeos se han puesto en marcha enfoques similares, entre ellos Italia, Austria, Alemania, Francia e Irlanda, lo que permite monitorear más estrechamente las actividades de los proveedores en el sector privado y garantizar el acceso de los pacientes que no pueden permitirse el lujo de pagar de su bolsillo. En el Capítulo 5 se analiza la doble práctica con mayor detalle.

Realizar inversiones para apoyar horarios de trabajo más largos en instalaciones públicas o incluso una atención de 24 horas sería un método eficaz para reducir el gasto de bolsillo. Puede haber restricciones legales que compliquen trabajar horas extra dentro del Seguro Popular. Sin embargo, parece no haber resistencia para hacerlo en el IMSS, donde un pequeño programa piloto, Consulta de Séptimo Día, ofrece servicios de medicina general los fines de semana. El ISSSTE también tiene algunos proveedores que trabajan horas extra, aunque los arreglos dependen de las negociaciones con los sindicatos. Este tipo de programas deberán ampliarse dado su aparente éxito.

Además, el fomento de más alianzas público-privadas podría ser una buena manera de ampliar la infraestructura y al mismo tiempo mejorar el acceso a servicios públicos. Por ejemplo, podría usarse financiamiento privado para la construcción de una instalación pública y dedicar una parte del edificio a servicios públicos, y otra a servicios privados, pero con algún tipo de contratación con el sector público.

Depender más de ingresos por impuestos generales para financiar la atención de la salud mejoraría la confiabilidad del financiamiento

De acuerdo con datos de la OCDE, en 2013, 28.7% del total del gasto en salud fue pagado con fondos de la seguridad social, mientras que 22.4% fue financiado con fondos generales del gobierno.² Las fuentes precisas de los fondos varían según el esquema. Para el Seguro Popular, el financiamiento que se proporciona a los estados proviene de los ingresos fiscales generales, mientras que las instituciones de seguridad social se financian con ingresos fiscales generales, y con aportaciones a la nómina de trabajadores públicos y privados con empleo formal, respectivamente. Alrededor de dos tercios de los fondos del IMSS se derivan de las aportaciones sobre la nómina, un tercio proviene de impuestos generales, y el resto se cubre con las reservas.

Habría muchos beneficios al depender en menor medida de las aportaciones a la seguridad social para financiar las instituciones de seguridad social y, más bien, cambiar a un financiamiento basado en impuestos generales, sobre todo en lo que respecta a nuevos ingresos para el sistema de salud. En primer lugar, es importante que los sistemas de salud garanticen la estabilidad y previsibilidad de los ingresos para mantener la calidad de los servicios de salud. En este sentido, las aportaciones a la seguridad social pueden ser fuentes de financiamiento menos confiables que los impuestos generales, sobre todo si hay fluctuaciones en los niveles de empleo. Durante la reciente crisis financiera en Europa, en muchos sistemas de salud que dependen de las aportaciones a la seguridad social se redujo el nivel de sus recursos; algunos de estos países son Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Eslovenia, Estonia, Hungría, Lituania, Macedonia, Moldavia, Montenegro, Polonia, la República Eslovaca, Rumania, Serbia y Suiza (Thomson, 2014). Este es un tema de especial relevancia en México donde muchos trabajadores se desplazan dentro y fuera del gran sector informal, en el que la mayoría de las personas no aportan a la seguridad social.

La investigación también ha demostrado que los impuestos directos tienen un efecto redistributivo más fuerte que el seguro social de salud (Van Doorslaer et al., 1999). Una razón de ello es que cuando los esquemas de aseguramiento son responsables de recolectar sus propias aportaciones de los afiliados, puede ser más difícil redistribuir los recursos en función de las necesidades y garantizar la equidad para toda la población. Hasta cierto punto esto se debe a que las personas que pagan en un esquema de salud sienten que deben recibir mejores beneficios, incluso si no tienen grandes necesidades (Kutzin, 2001). Depender más de impuestos generales alejaría la generación de ingresos de los propios esquemas, lo que haría políticamente más factible asignar los recursos según las necesidades.

Otros países con bajos salarios y grandes sectores informales también enfrentan a menudo dificultades para recaudar las aportaciones de los seguros (Rechel y McKee, 2009). Esto puede obstaculizar mucho los esfuerzos para hacer cumplir la afiliación obligatoria de las personas autoempleadas y otros trabajadores informales. En este escenario, el gobierno desempeña un papel importante. Corea, por ejemplo, implementó con éxito la afiliación obligatoria de los trabajadores autónomos a un seguro de salud. La experiencia de Corea fue excepcional, ya que fue impuesta por un régimen político autoritario durante un periodo de rápido desarrollo económico, lo que permitió que se instauraran subsidios gubernamentales de gran escala para que los pobres pudieran obtener cobertura de salud y así elevar la afiliación (Kwon, 2009). Sociedades de seguros de salud locales para los trabajadores autoempleados jugaron un papel decisivo para asegurar el cobro de las primas.

Es poco probable que el uso de aportaciones a la seguridad social para financiar las instituciones de seguridad social cambie en un futuro cercano. Sin embargo, el cambio hacia un financiamiento basado en impuestos no requiere un cambio completo inmediato en el enfoque del financiamiento. Muchos países han utilizado estrategias variables para depender en mayor medida de impuestos generales; Lituania ofrece un estudio de caso interesante que podría aplicarse en México, aunque el sector informal mexicano podría dificultar la implementación de este modelo de manera efectiva (Recuadro 4.2).

Recuadro 4.2. **Estabilizadores automáticos para cambiar hacia un financiamiento más basado en impuestos: estudio de caso de Lituania**

Una reforma política que podría ser eficaz en México para depender en mayor medida de ingresos fiscales generales sería la creación de un sistema estabilizador automático que contrarreste las fluctuaciones de las aportaciones a la seguridad social. Por ejemplo, en Lituania el presupuesto del Estado realiza aportaciones al fondo del seguro de salud en representación de los desempleados y de quienes no pertenecen a la fuerza laboral (Murauskiene *et al.*, 2013). Los niveles de aportación se determinan con base en los niveles salariales promedio de las personas en los últimos dos años, lo que incrementa la estabilidad de los ingresos durante periodos de alto desempleo. También se requiere que el fondo del seguro de salud acumule reservas en los periodos en que las aportaciones son altas. Para apoyar esta política, en 2009, Lituania puso en marcha una reforma fiscal que aumentó los ingresos fiscales generales y a la vez disminuyó el tamaño del sector público. El empleo de este enfoque contra cíclico al financiamiento de la salud ayudó a Lituania a mantener su financiamiento del sistema de salud durante la crisis financiera y podría utilizarse en México para pagar las aportaciones a las instituciones de seguridad social de las personas que de otra forma se ven obligadas a abandonar su aseguradora, por ejemplo, debido a cambios en su situación laboral.

También surgen diversos cuestionamientos sobre la forma precisa de financiamiento basado en impuestos que sería más adecuado en México. Si bien la elección entre impuestos al consumo o al ingreso es relevante más allá del sector salud, debido a la gran fuerza de trabajo informal, es más probable que los impuestos al consumo generen ingresos. Aunque México ya cuenta con impuestos a las bebidas gaseosas, al tabaco y al alcohol, puede haber margen para aumentar los impuestos a conductas no saludables y destinar estos impuestos “al pecado” para la salud. Por ejemplo, en 2013 Francia estableció un impuesto a la cerveza, que fue etiquetado para la salud y se espera que genere 480 millones de euros (Thomson, 2014). Otros países se han centrado en otras conductas no saludables, incluidos alimentos con un alto contenido de grasa. Sin embargo, esto puede ser difícil en el corto plazo, ya que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público se comprometió a evitar nuevos impuestos o aumentos de los impuestos existentes hasta el año 2018.

No obstante, la evidencia sugiere que etiquetar no sólo reduce la flexibilidad en la manera de utilizar los recursos (Heller, 2006), sino que puede también provocar reducciones de fondos no etiquetados para la salud si la Secretaría de Hacienda y Crédito Público decide que los nuevos impuestos etiquetados están generando suficientes ingresos. Esto ocurrió, por ejemplo, a finales de la década de 1990 en Kazajistán, donde los ingresos de un nuevo impuesto sobre la nómina fueron compensados con disminuciones en los ingresos de gobiernos locales (Kutzin *et al.*, 2010). Por consiguiente, esta “compensación” anula el propósito de etiquetar en primer lugar. Una estrategia para evitar esto es establecer legislativamente el porcentaje del gasto público total que se asigna al sector salud; esta estrategia se adoptó en la República de Moldavia y ha demostrado ser efectiva para asegurar que se mantenga el gasto en salud.

4.2. Los recursos financieros deben distribuirse y asignarse de manera más eficiente para reflejar las necesidades de salud

Mejorar la asignación de recursos es de gran importancia, sobre todo si hay poco o ningún espacio fiscal que permita ingresar más recursos al sistema de salud en el corto plazo. En esta sección se describe cómo mejorar el proceso de distribución de los recursos. El análisis se centra sobre todo en la asignación de fondos para el Seguro Popular entre las entidades federativas pues bajo el sistema actual, las instituciones de seguridad social son responsables de su propio financiamiento y de las decisiones de asignación de recursos; no hay mecanismo alguno para reasignar los fondos entre los sistemas. Se necesita una mejor asignación de recursos entre los otros sistemas, aunque antes de considerarla se requiere contar con un fondo común o el equivalente funcional que permita que los recursos se distribuyan de manera efectiva en todas las instituciones (ver sección 4.4). No obstante, el análisis presentado en esta sección sobre la asignación de recursos ofrece lecciones importantes y análogas para la redistribución de recursos a lo largo de los sistemas, suponiendo que se dispone de un fondo común o su equivalente funcional.

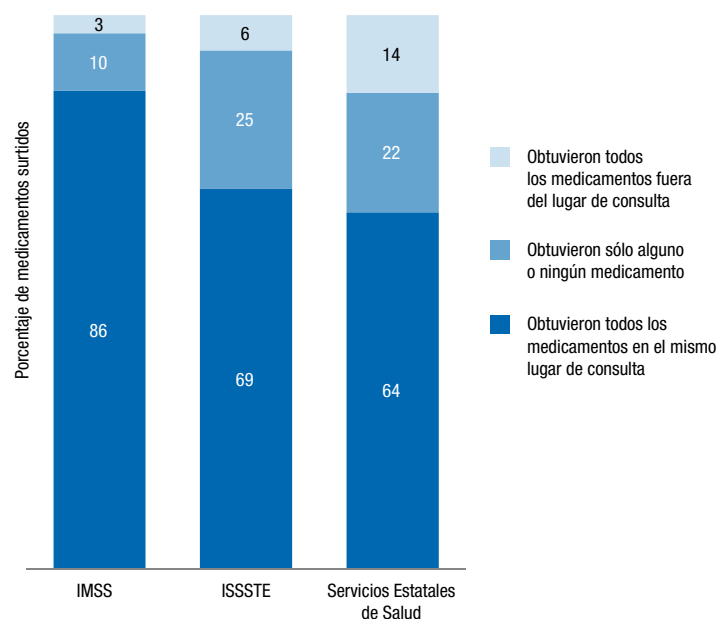
Las transferencias a las Secretarías de Salud estatales deben llevarse a cabo en las fechas programadas para mejorar la previsibilidad de la disponibilidad de recursos

La manera en que los fondos llegan a los estados es compleja; primero, se transfieren de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público a la Tesorería del estado, la cual después los traspasa a la Secretaría de Salud del estado. Sin embargo, hay inquietud respecto a que las transferencias federales a los estados no se realizan sin complicaciones, y los estados a menudo se quejan de que los recursos no les llegan a tiempo. La falta de previsibilidad de los recursos financieros ha contribuido históricamente a diferencias en calidad entre las regiones, así como a una considerable variación entre los diferentes sistemas y regiones en cuanto a capacidad y oferta. Por ejemplo, de acuerdo con la encuesta a los hogares ENSANUT 2012, 36% de los usuarios de los Servicios Estatales de Salud no obtuvieron todos los medicamentos necesarios en la unidad que visitaron debido a su desabasto (Gráfica 4.4). Entre los usuarios del IMSS y del ISSSTE, el 13% y el 31%, respectivamente, tampoco obtuvieron todos los medicamentos en el establecimiento debido a escasez en el suministro (aunque cifras de las instituciones de seguridad social sugieren tasas más altas de surtimiento completo de recetas médicas).

Una causa importante de esta imprevisibilidad es el momento en que se realizan las transferencias a las Secretarías de Salud estatales. La intención es que los pagos realizados a estas se realicen cada trimestre, pero en la realidad a menudo se llevan a cabo de forma irregular. Debido a que hay dificultades con la recaudación efectiva de impuestos en México, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público no realiza proyecciones que abarquen más allá de un año y en ocasiones hay periodos donde los ingresos generales no están disponibles. Asimismo, dado que los estados no siguen los requisitos contables correctamente, se ha informado que las transferencias por parte de la Secretaría de Hacienda a diferentes administraciones del sector público a veces se retrasan. Esto crea cargas tanto en el nivel federal como en el estatal porque,

si bien las secretarías federales y estatales tienen un plan anual de lo que van a necesitar en términos de flujo de caja, no se sabe la fecha exacta en que recibirán los recursos, por lo que es difícil planear con precisión, lo que puede dar paso a problemas de suministro. De acuerdo con la Dirección General de Financiamiento del Seguro Popular, a la larga esto puede provocar que los estados no utilicen todos sus recursos.

Gráfica 4.4. **Surtimiento de medicamentos recetados por institución**



Fuente: ENSANUT 2012.

Históricamente, también ha habido retrasos en las transferencias de fondos en el nivel estatal, de las Secretarías de Finanzas a las Secretarías de Salud. Como parte de la reforma del 4 de junio de 2014, la Secretaría de Finanzas del estado debe enviar los fondos a la Secretaría de Salud, también del estado, en cinco días. Si bien esta reforma reciente mejoró las transferencias de fondos desde la Secretaría de Finanzas estatal a su homóloga de Salud, estableciendo límites en cuanto al tiempo que la Tesorería puede mantener los fondos antes de transferirlos a Salud, hay margen de mejora adicional. México debe asegurarse de que las transferencias a las Tesorerías estatales se realicen en un tiempo predefinido, por lo regular cada trimestre. De otra manera, las grandes variaciones en la previsibilidad del financiamiento público hacen que sea difícil planificar y mantener la calidad y el acceso a bienes y servicios de salud.

Las fórmulas de asignación de recursos deben reflejar mejor las diferencias en las necesidades de salud

Existen tres tipos de financiamiento disponibles para que los estados administren el Seguro Popular:

- 1) La Cuota Social, que proporciona el mismo nivel de financiamiento federal per cápita para cada persona afiliada.

- 2) La Aportación Solidaria Federal, que toma en cuenta cuatro factores (descritos más adelante) y proporciona, en promedio, 1.5 veces la Cuota Social.
- 3) La Aportación Solidaria Estatal, que proporciona recursos asignados por cada entidad federativa de su propio presupuesto. Por ley, se supone que las entidades federativas deben entregar una asignación igual a 0.5 veces la Cuota Social.
- 4) Al establecer estas asignaciones sobre una base per cápita, el Seguro Popular pretende promover una mayor equidad en el financiamiento entre los estados. Además, la asignación específica per cápita del estado de la Aportación Solidaria Federal puede variar según una fórmula que toma en cuenta cuatro factores:
 - i) Un componente per cápita.
 - ii) Una asignación ajustada a las necesidades de salud per cápita.
 - iii) Un componente que asigna recursos de acuerdo con las aportaciones adicionales realizadas por las entidades federativas de sus propios presupuestos.
 - iv) Un componente de desempeño.

Durante los primeros diez años del Seguro Popular, la ponderación asignada a estos factores fue: 80%, 18.5%, 0.25% y 1.25%, respectivamente; esto refleja la prioridad dada a mejorar la equidad en el financiamiento. Si bien este modelo de asignación de recursos fue efectivo en un principio porque motivaba a los estados a afiliarse a más personas, ahora los niveles de financiamiento se han estancado porque la mayoría de los mexicanos elegibles ya están afiliados al Seguro Popular.

En la práctica, la cantidad que se asigna a cada estado de acuerdo con la fórmula de la Aportación Solidaria Federal se compara con los fondos que ya recibe cada estado a través del FASSA (Ramo 33) para financiar los servicios de salud a la persona (FASSA-P) y diversos programas de salud (estos recursos existentes se conocen comúnmente como alineables). Sólo se transfieren recursos adicionales a los estados cuando los alineables son menores a los recursos mandados por la fórmula de la Aportación Solidaria Federal; es decir, cuando los estados ya cuentan con recursos superiores a la cantidad determinada por la fórmula, no se proporcionan recursos adicionales. Ya que los alineables no pueden redistribuirse fácilmente entre los estados, el impacto de la fórmula se ha reflejado sobre todo en los estados que previamente no contaban con fondos suficientes.

Después de más de diez años de implementación del Seguro Popular, vale la pena reconsiderar si la fórmula actual de la Aportación Solidaria Federal se puede utilizar para reflejar mejor las diferencias en las necesidades de salud, o bien, para impulsar un mejor desempeño. Esto se haría al ajustar las ponderaciones dadas a cada factor en la fórmula. Sin embargo, mientras los recursos existentes (alineables) no puedan redistribuirse entre los estados, se espera que el componente per cápita se mantenga alrededor de 80%, lo que limita el impacto redistributivo de la fórmula.

Mejorar el uso de los recursos requiere una fórmula de asignación de recursos más cuidadosa que tome en cuenta las diferencias en las necesidades de salud. Por lo regular se han usado métodos de asignación de recursos ajustados por riesgos en mercados competitivos para reducir la probabilidad de selección de riesgos entre los fondos de enfermedad, por ejemplo en Bélgica, Países Bajos, Israel y Alemania (Saltman

et al., 2004). En el caso de México, donde no hay competencia entre los estados (o los esquemas de aseguramiento), el propósito de la asignación de recursos ajustada por riesgos es asegurar que los recursos se asignen con base en las necesidades de la población y no en la demanda de la población. A medida que se realizan esfuerzos para mejorar la fórmula de asignación de recursos utilizada por el Seguro Popular para capturar la variación regional de las necesidades, puede aprenderse de la experiencia del Servicio Nacional de Salud (NHS) inglés, el cual tiene una larga historia implementando métodos de asignación de recursos basados en necesidades en un entorno de mercado no competitivo (Recuadro 4.3).

Recuadro 4.3. **El NHS inglés ofrece enseñanzas para métodos ponderados de asignación de recursos per cápita**

El NHS inglés ha dedicado mucha atención al diseño de métodos de asignación de recursos (Smith, 2008). Desde 1976 se utiliza una fórmula de capitación ponderada, cuando el *Resource Allocation Working Party* recomendó que la asignación de recursos se basara en el tamaño de la población en cada área de salud (es decir, en diferentes momentos, estas “áreas” de salud eran Autoridades de Salud, Grupos de Atención Primaria, Fideicomisos de Atención Primaria o Grupo Clínico Comisionado), ajustado por necesidades diferenciadas en función de características regionales como la edad y otros factores relacionados, así como ajustes por las diferencias regionales en precios. Desde su creación, se han realizado varios ajustes a la metodología, incluyendo el uso de la Fórmula York (1994), AREA (Asignación de Recursos a Zonas Inglesas) (2002) y CARAN (Combinación de Necesidades Relacionadas con la Edad y Necesidades Adicionales) (2008).

En el NHS, la cantidad de financiamiento objetivo que cada área de captación debe recibir se calcula con base en el tamaño de la población desglosado por edad y sexo, con ajustes por diferencias en el uso y el costo de la atención de salud de acuerdo con la distribución por edad, factores de necesidades como las características socioeconómicas y demográficas de la población (como tasas de mortalidad, tasas de natalidad, medidas de morbilidad, etc.) y variaciones regionales en los costos. Esta cantidad objetivo se compara con el nivel real de financiamiento; si los niveles objetivo están por encima de los reales, es probable que esa región reciba financiamiento extra, dependiendo de la disponibilidad de fondos y compromisos previos. Se utilizan costos y fórmulas unitarios separados para calcular las asignaciones para los diferentes servicios de salud, como atención hospitalaria o de prescripción, que se ponderan para determinar la asignación total de recursos.

La experiencia de Inglaterra ofrece importantes lecciones respecto a los indicadores basados en necesidades adecuados para asegurar que no se refuerce alguna desigualdad en el acceso como consecuencia del método de asignación de recursos (Asthana et al., 2004; Vallejo-Torres et al., 2009). Por ejemplo, si se recurre a datos de utilización para medir las necesidades, pero regiones que desde antes eran más ricas utilizan más servicios de salud como resultado de su capacidad de pago, la asignación de recursos adicionales a estas áreas sería innecesaria y daría lugar a nuevas desigualdades. Del mismo modo, si ciertos grupos no utilizan el nivel de atención que se necesita, una fórmula de asignación de recursos agravaría su necesidad insatisfecha. Podrían surgir problemas similares si los datos de prevalencia se usan para reflejar las necesidades, pero no se ajustan para captar la gravedad; si dos regiones tienen la misma prevalencia de enfermedad, pero una de ellas tiene casos mucho más severos, la región con mayor gravedad puede no recibir los recursos que necesita. Ha habido intentos para tomar en cuenta algunas fuentes de variabilidad, incluyendo esfuerzos en Inglaterra para ajustar por la posibilidad de que la baja utilización de la atención de la salud en algunas áreas se deba a la escasa disponibilidad de servicios generales e intensivos (National Health Service, 2013).

Si bien hay iniciativas en curso para mejorar la fórmula de asignación de recursos en el SP, establecer una fórmula particular de asignación de recursos depende de la disponibilidad de datos. Un primer paso es que la Secretaría de Salud determine los indicadores apropiados para incluir en la fórmula para capturar la variación en la demografía, necesidades de salud y costos de atención de la salud. Cualquier fórmula de asignación de recursos debe intentar explicar la mayor variación de las necesidades de salud de los individuos, aunque cuando no sea posible medir de manera individual, es apropiado utilizar datos regionales (por ejemplo, podrían ser útiles datos de vigilancia epidemiológica). Un movimiento hacia la asignación de recursos basada en las necesidades sería una notable mejora de los métodos de asignación actuales que operan en el Seguro Popular, sin embargo, hay que trabajar para asegurar que los indicadores de necesidades (por lo general medidas de utilización) no exacerben las desigualdades existentes; para esto, la fórmula debe tomar en cuenta las diferencias regionales de la gravedad de la enfermedad y la capacidad de atención de la salud.

Al mismo tiempo, se percibe que los métodos de asignación de recursos per cápita no han proporcionado los incentivos adecuados a los estados para mejorar el desempeño; como resultado, México está en proceso de revisión de su fórmula de asignación de recursos, según lo observado en 2014 cuando el peso del componente de las necesidades de salud se redujo a 14.9%, y se dio mayor peso a los componentes de esfuerzo (0.4%) y desempeño (4.7%) de los estados, respectivamente.

No obstante, también sería relevante especificar cuál es el objetivo final, ya que dirigir el objetivo hacia la equidad y la eficiencia mediante una sola fórmula puede ser difícil. Cuando se asignan recursos a los estados, tomar en cuenta las diferencias regionales ciertamente concuerda con los principios de equidad, mientras que asignar los recursos privilegiando el desempeño puede implicar una reducción de asignaciones a los estados con mayor necesidad pero desempeño más pobre. En cualquier caso, se puede buscar mejorar la eficiencia en el contexto de la separación entre comprador y proveedor, y la implementación de un marco más exigente de rendición de cuentas del desempeño. Hay margen para explotar los mecanismos de pago con el fin de mejorar el rendimiento dentro de los estados. Sin embargo, reducir el financiamiento a los estados con un desempeño ineficiente sólo deteriorará más la prestación de servicios.

Una mejor asignación de recursos también puede mejorar la calidad de la atención, sobre todo si los recursos se dirigen al apoyo de infraestructura y recursos humanos en las áreas de mayor necesidad y con baja capacidad en el Seguro Popular, y eventualmente a otros esquemas de aseguramiento. Por ejemplo, muchos actores clave en México informaron que el sistema de salud en general se beneficiaría de los programas de formación de personal de salud. Algunas estimaciones sugieren que 70% del personal de salud de atención primaria no ha recibido educación continua desde que obtuvieron su título académico. Programas de capacitación ejecutiva en servicios de salud también podrían ser útiles para que los proveedores puedan utilizar más eficientemente los recursos. Aunque se han planeado algunos programas de capacitación, no hay programas de capacitación de nivel nacional o estatal; como se sugiere en el Capítulo 5, se requiere un programa de capacitación financieramente sostenible que construya la capacidad de gestión tanto a nivel federal como local. También hay informes de que no hay suficientes especialistas en las áreas rurales,

lo que puede indicar que el gasto adicional se justifique para recompensar a los proveedores ubicados en estas áreas.

En Estados Unidos, Canadá y Nueva Zelanda, los incentivos financieros han tenido éxito en la contratación de médicos para zonas rurales, aunque permitir a los médicos amortizar sus préstamos de manera anticipada y “comprar” su compromiso con la práctica rural, como ocurre en muchos programas en Estados Unidos, puede disminuir la eficacia de estos programas (Sempowski, 2004). La evidencia de un programa en Japón que ofrece un subsidio completo para estudiar medicina para médicos que practiquen en zonas rurales con servicios deficientes durante los seis años siguientes al término de su licenciatura, sugiere que los médicos que participan en este tipo de programas tienen mayor probabilidad de practicar en zonas rurales más adelante en su carrera (Matsumoto, Inoue *et al.*, 2010). Es importante evaluar las necesidades para entender con más precisión dónde están las brechas en las capacidades de los recursos humanos antes de diseñar programas de fortalecimiento de recursos humanos.

Más adelante, los métodos de asignación de recursos basados en las necesidades también podrían utilizarse para asignar los recursos no sólo mediante los programas de los Servicios Estatales de Salud, sino de una manera más eficiente y equitativa en todos los esquemas de aseguramiento, como es el caso de muchos otros países, entre ellos Alemania, Corea, Israel y los Países Bajos, donde los recursos financieros se reúnen en un solo fondo. Sin embargo, antes de considerar enfoques de ajuste de riesgo o de compensación de riesgos entre los sistemas es necesario contar con una fuente de financiamiento compartida o algún tipo de equivalente funcional (véase la sección 4.4 sobre un fondo común).

Es importante disponer de más información sobre cómo las entidades federativas ejercen sus recursos para seguir rindiendo cuentas

Cuando los fondos llegan a la Tesorería del estado, no se sabe si se utilizarán de manera efectiva para apoyar a los servicios de salud, debido a la falta de rendición de cuentas a nivel estatal. Esto ocurre por varias razones. Primero, las transferencias de la Tesorería del Estado a la Secretaría de Salud del estado suelen hacerse con lentitud. Del mismo modo, se presentan informes limitados de cómo se ejercen los fondos, lo que deja abierta la posibilidad de que los fondos destinados a la salud se utilicen para otros fines. Ha habido varias denuncias de alto perfil de corrupción y mal uso de los recursos estatales.

Según la legislación mexicana vigente, los estados tienen la responsabilidad de decidir cómo gastar sus recursos, lo que significa que la Secretaría de Salud y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público no saben cómo se gastan los fondos y no pueden garantizar eficiencia o calidad a este respecto. No obstante, hay normas generales sobre cómo pueden utilizar los recursos los estados, lo cual es importante tomando en cuenta las variaciones en la capacidad administrativa y de gestión entre los estados. No se puede destinar más de 40% de los recursos del Seguro Popular a recursos humanos, no más de 30% se puede gastar en productos farmacéuticos y un mínimo de 20% puede utilizarse en actividades preventivas. Sin embargo, más allá de estas cifras, no hay una estrategia clara de asignación de recursos a nivel estatal, lo cual deja a las entidades federativas la responsabilidad de cómo ejercer los recursos dentro de estas restricciones. La única excepción es para las intervenciones de salud

pública, donde los estados toman decisiones en conjunto con la Secretaría de Salud sobre cómo deben asignar su gasto en actividades de prevención. Métodos similares de toma de decisiones en conjunto podrían emplearse para otro tipo de gastos, particularmente en estados con limitaciones en su capacidad de gestión.

La limitada disponibilidad de información sobre cómo las Secretarías de Salud estatales asignan sus recursos es una preocupación importante. Se requiere aún contar con una mejor rendición de cuentas de cómo se utilizan los fondos para la salud y con incentivos e indicadores para asegurar que el dinero se utilice de manera correcta. Si bien existen algunos datos, en particular en el Seguro Popular, donde es obligatorio informar sobre algunas áreas como el gasto en medicamentos cubiertos, otros rubros de gasto como el paquete básico y las intervenciones de salud pública, no se suelen reportar. El cambio legislativo del 4 de junio de 2014 aborda este tema, pero todavía no se conoce la eficacia de la reforma. Sin embargo, deberá haber mayor acceso a los datos sobre cómo se gasta el dinero de los estados.

Una opción para mejorar la rendición de cuentas es incentivar financieramente a los estados para que presenten mayor información. Por ejemplo, Italia también ha enfrentado una situación comparable con la de México, al tener una variación significativa en la capacidad administrativa y de gestión ente las regiones en un entorno muy descentralizado (Tediosi *et al.*, 2009). Desde comienzos de la década de 2000, el gobierno central ha dado incentivos a las regiones para que mejoren sus informes. Ha habido acuerdos entre el gobierno central y las regiones mediante los cuales estas últimas pueden obtener recursos adicionales condicionados a mejores informes. En 2007, se exigió a las regiones altamente endeudadas que recibían fondos adicionales presentar informes trimestrales que describieran el grado en que se cumplían los objetivos de política predeterminados.³

Si no se mejora la rendición de cuentas, es posible que los estados terminen por perder gran parte de su autonomía sobre el gasto en atención de la salud. Como respuesta al mal manejo del financiamiento, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público ha realizado esfuerzos recientes para obtener un mayor control al mantener los recursos fuera de las tesorerías locales, y en su lugar, dejarlos en la Tesorería federal y pagar directamente a los proveedores. Esto establecería, en esencia, tres formas de transferir el dinero: mediante transferencias en especie, mediante depósitos del tesoro nacional, y mediante transferencias directas a los sistemas locales. Si los fondos se mantuvieran en la Tesorería federal, el gobierno federal podría realizar pagos directos a los trabajadores, laboratorios y servicios de limpieza de los estados. Los estados todavía podrían tomar decisiones en materia de contratos, pero la Secretaría de Hacienda y Crédito Público pagaría las facturas. Si bien estas señales de que a la SHCP le preocupa la posibilidad de que las instituciones estatales hagan mal uso de los fondos, el plan también puede ser problemático debido a que esta Secretaría actualmente no tiene la capacidad para operar un sistema de este tipo. Sin embargo, un marco para este enfoque ha recibido recientemente la aprobación del Congreso y puede implementarse en el futuro si las entidades federativas no rinden buenas cuentas.

4.3. Promover la continuidad en la atención al permitir que los mexicanos conserven su afiliación al cambiar su situación laboral y al apoyar la portabilidad de la información

Dentro del sistema de salud, la portabilidad puede referirse a tres áreas: portabilidad de aseguradora, portabilidad de servicios y portabilidad de información. La portabilidad de servicios se analiza a profundidad en el Capítulo 5. En esta sección, se discute la portabilidad de afiliación a una aseguradora y la portabilidad de información. La portabilidad de la afiliación a una aseguradora es importante ya que un gran porcentaje de mexicanos cambian de sistema en el transcurso de un año si su situación laboral cambia, lo que puede afectar su acceso a la atención. Muchas de estas personas preferirían mantener la afiliación con su aseguradora más allá del actual periodo de gracia de dos meses si se les diera la opción de hacerlo.

Hay muchas barreras para la portabilidad de aseguradora, incluida la heterogeneidad en la cobertura y en la infraestructura de atención médica entre los esquemas. Para conseguir esta portabilidad, un paso importante pero políticamente difícil en la actualidad sería, a largo plazo, desvincular el seguro de salud de otras funciones de las instituciones de seguridad social para que los esquemas de aseguramiento en salud existan como entidades propias. Esto es necesario para que las personas puedan mantener su afiliación a un seguro de salud sin necesidad de seguir financiando o participando en otras funciones de las instituciones de seguridad social, como el otorgamiento de pensiones y seguridad social. Del mismo modo, para promover la continuidad en la atención y permitir a los mexicanos cambiar de aseguradora con menos problemas, los registros de salud del usuario y otra información relevante deben ser transferibles de manera fácil y accesible entre los proveedores, independientemente del esquema de afiliación. Un mayor acceso a información sobre el usuario también puede reducir la complicación de articular el sistema en el futuro.

Se debería permitir a los mexicanos mantener la afiliación a su seguro si su situación laboral cambia

La afiliación a un esquema de salud está estrechamente ligada a la situación laboral. Por ello, alrededor de un tercio de los afiliados al IMSS se cambian al Seguro Popular cada año, y viceversa. Esto resulta problemático ya que los sistemas ofrecen acceso a su propia red de proveedores; por tanto, si un individuo cambia de aseguradora es probable que también deba cambiar sus proveedores de atención médica, lo que podría interrumpir la continuidad de la atención. En la actualidad hay algunos ejemplos para tratar y evitar esto, como la atención de urgencias obstétricas, donde las mujeres pueden recibir atención en caso de urgencia del proveedor público más cercano que pueda ofrecer los servicios, independientemente del tipo de aseguramiento que tengan.

En comparación con el Seguro Popular, el IMSS adquiere muchos servicios fuera de su esquema. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la atención fuera de la red de atención (tanto en el sector público como privado) se proporciona en casos aislados donde no se dispone de tipos de atención específicos dentro del sistema. Los acuerdos con proveedores fuera de la red pueden ser administrativamente engorrosos y debido a que los precios no son uniformes entre las aseguradoras, esta atención puede ser

costosa. Se transfiere poca atención dentro del Seguro Popular entre los estados; para 2013 sólo se utilizaron alrededor de mil millones de pesos (74 millones de dólares estadounidenses, 59 millones de euros, 1.8% de los recursos financieros transferidos a los estados para la prestación de atención de la salud) para pagar la atención obtenida entre los estados. Se deben realizar esfuerzos para mejorar la portabilidad de los servicios de salud, ya que esto podría ser más factible en el corto plazo que permitir la portabilidad de aseguradora.

Hay una serie de temas por abordar para que las personas mantengan su esquema de afiliación si cambia su situación laboral. Primero, permitir la portabilidad de aseguradora requerirá métodos de financiamiento más flexibles, ya que una persona que deja el empleo formal presumiblemente ya no pagará sus aportaciones a la nómina, y tampoco lo hará su empleador. Del mismo modo, las aportaciones de seguridad social a las instituciones correspondientes se hacen por familia (sin tomar en cuenta el número de dependientes, aunque los esquemas de aseguramiento reciben financiamiento extra por parte del gobierno federal para compensar por las familias que tienen dependientes extra) mientras que el financiamiento del Seguro Popular es por persona. Las aportaciones de seguridad social del gobierno al IMSS se calculan con base en una cantidad diaria fija igual a 13.9% del salario mínimo en el Distrito Federal a partir de julio de 1997, y se ajustan cada trimestre con base en la variación del Índice de Precios al Consumidor. Un problema adicional es la necesidad de compensar a los esquemas ya que hay diferencias en las poblaciones afiliadas —el ISSSTE reporta tener una población mucho mayor de edad que las demás instituciones, así como un mayor porcentaje de mujeres—, lo que podría causar que las aseguradoras intentaran dejar sin cobertura a los usuarios de alto costo en caso de que los afiliados tuvieran facilidad de transferencia entre los sistemas. Por último, si bien los niveles de gasto han convergido en cierta manera entre los esquemas, estos pueden distinguirse: todavía ofrecen diferentes paquetes de prestaciones, con diferentes tasas de aportación y costos variables; esto debe solucionarse para evitar un desequilibrio entre las aseguradoras si los usuarios prefieren estar afiliados a alguno de los esquemas que a otros.

Se necesitaría tomar diversas medidas para que las personas tuvieran la capacidad de elegir su propia aseguradora, o por lo menos, conservar la afiliación a una después de un cambio en el empleo. En un plazo relativamente corto, los ingresos fiscales generales podrían subsidiar las aportaciones para algunos trabajadores formales que cambian de empleo pero que desean permanecer con su aseguradora de salud y que de otro modo no pueden pagar la prima del seguro para el hogar (véase la experiencia de Lituania con los estabilizadores automáticos descrita antes). Aunque esta puede parecer una estrategia arriesgada, debe tomarse en cuenta que la formalización de la fuerza de trabajo mexicana parece suceder con rapidez, lo cual es un contexto alentador para este tipo de reforma. Sin embargo, se requerirá una legislación eficaz para prevenir que las empresas transfieran a sus empleados a la subcontratación o al empleo informal. En los últimos años las instituciones de seguridad social de México han hecho esfuerzos significativos de auditoría para eliminar prácticas ilegales de esta naturaleza, y estos deben ampliarse. También podría ser útil hacer un programa piloto de este tipo de reforma en unas cuantas áreas, con un control riguroso de las tasas de afiliación al Seguro Popular y a la seguridad social, así como de las tasas de empleo formal e informal.

Para apoyar la portabilidad de aseguradora, debe estandarizarse la calidad de la atención y los precios de los servicios entre los esquemas para que las aseguradoras sean capaces de atraer a los afiliados (véase el Capítulo 5). Para estandarizar la calidad, también es esencial que la acreditación sea más generalizada y considere medidas de resultados de salud, en lugar de sólo indicadores de calidad relacionados con la infraestructura. Actualmente, no se requiere acreditar por ley a los establecimientos de las instituciones de seguridad social, aunque los establecimientos privados deben ser acreditados para que el Seguro Popular suscriba contratos con ellos. Una mejor asignación de recursos y mejores mecanismos de financiamiento también pueden ser útiles para mejorar y homogeneizar la calidad, así como para asegurar que los recursos de los esquemas reflejen las necesidades de salud de los afiliados de manera adecuada.

Si bien muchos países permiten que las personas elijan a su aseguradora de salud, la mayoría de ellos tienen muchos más planes que México. Alemania, por ejemplo, tiene más de 1000 esquemas de aseguramiento para elegir. Aunque no existe un fundamento que apoye la competencia entre esquemas en México, hay ejemplos de países que permiten a sus ciudadanos elegir entre un pequeño número de planes de salud. Por ejemplo, Israel cuenta sólo con cuatro Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés), pero permite a las personas elegir libremente su aseguradora y la transferencia entre aseguradoras una vez por año (Recuadro 4.4).

Recuadro 4.4. **La experiencia israelí que permite a los pacientes elegir aseguradora**

Aunque su población y tamaño geográfico son significativamente más pequeños, la experiencia israelí ilustra cómo podría operar la elección de aseguradora en México (Rosen et al., 2009). En Israel funcionan cuatro planes de salud sin fines de lucro que compiten entre sí entre los cuales pueden elegir las personas, los cuales están obligados a aceptar a todos los solicitantes. El sistema es financiado en gran medida por la capacidad de pago. Las primas se acumulan mediante los impuestos (principalmente impuestos al ingreso, IVA y aranceles) y se pagan en nombre de cada persona a los planes con base en una fórmula de subvención.

El Instituto de Seguro Nacional recibe fondos del gobierno y los distribuye entre los planes de salud, principalmente de acuerdo con las necesidades de los afiliados. Si bien históricamente la fórmula de asignación de recursos se basaba sólo en la edad, se le han hecho cambios recientes que toman en cuenta el género y el lugar de residencia. Se ha discutido acerca de usar otras variables, pero ha habido resistencia debido a problemas de disponibilidad y confiabilidad de datos. El propósito de la fórmula es garantizar la equidad y desalentar la selección de riesgos. Si los planes gastan de más, generalmente son rescatados pero deben someterse a supervisión adicional.

Al igual que en México, los planes de salud en Israel ofrecen principalmente servicios por medio de sus propias redes de proveedores. Dentro de cada esquema, los pacientes pueden elegir a sus propios proveedores, aunque no siempre es posible consultar a proveedores ajenos al sistema. Es importante destacar que a pesar de la disponibilidad de elección de la aseguradora, muy pocos israelíes cambian cada año (alrededor de 1 a 1.5%) (Shmueli et al., 2007). En México, un acuerdo similar que permita la elección de aseguradora principalmente posibilitaría a las personas conservar su aseguradora en caso de un cambio en el empleo. Es importante destacar que la investigación sugiere que con esto no se cumplieron algunos de los objetivos de la competencia gestionada —como la mejora en la calidad y un mejor control de los costos—, y no debe esperarse que necesariamente se cumplan en México en caso de adoptar un enfoque similar (Gross y Harrison, 2001).

El seguro de salud debe desvincularse de otras funciones de las instituciones de seguridad social

Si los mexicanos pudieran conservar su aseguradora tras un cambio en el empleo, o elegir a su aseguradora en general, la afiliación a una aseguradora de salud se desvincularía de manera efectiva de la situación laboral. No obstante, las muchas funciones de las instituciones de seguridad social no relacionadas con la salud, como la propia seguridad social o las pensiones, podrían seguir otorgándose a las redes de trabajadores del sector privado y público, respectivamente, ya que puede no ser factible o deseable que los individuos fuera de la fuerza laboral formal contribuyan o participen en todas las ofertas del esquema. Para permitir que las personas sólo mantengan su afiliación a la parte del seguro de salud de los regímenes de seguridad social, es probable que se tenga que separar a los esquemas de seguro de salud de las otras funciones de las instituciones de seguridad social. Esto permitiría operar esquemas de seguros de salud independientes.

Aunque esto parece ser políticamente irrealizable en este momento, podría avanzarse en esta dirección. Tanto el IMSS como el ISSSTE han experimentado dificultades financieras recientemente, lo que podría dejarlos en una posición en la que la SHCP los obligue a reestructurarse a cambio de apoyo financiero. El IMSS informa que está actuando para mejorar la eficiencia y ha llevado a cabo numerosas medidas para reducir los costos en un esfuerzo por evitar un rescate financiero (IMSS, 2014). Sin embargo, de llevarse a cabo un rescate financiero para cualquiera de las instituciones de seguridad social, sería prudente exigirles que separen el seguro de salud de sus otras funciones. En el corto plazo, esto facilitaría el mantenimiento de afiliación a una aseguradora entre las personas que cambian de situación laboral, ya que sería menos costoso para ellas afiliarse únicamente a la parte del seguro de salud de una institución de seguridad social, en lugar de exigir que ellos, o el gobierno en su nombre, contribuyan al paquete completo de seguridad social (pensión, vivienda, guarderías, etc.). En el largo plazo, suponiendo en particular que un solo organismo fuera responsable de la recaudación de ingresos y la asignación de recursos en todo el sistema de salud (véase la sección 4.4), la existencia de esquemas de seguros de salud autónomos operados por el Seguro Popular, el IMSS, el ISSSTE y otros pequeños esquemas de seguros de salud públicos podrían hacerlo de modo que cualquier persona, independientemente de su situación laboral, pudiera afiliarse a la aseguradora de salud de su elección, con fondos asignados a su aseguradora en su nombre. Si se desea, las instituciones de seguridad social podrían ofrecer aseguramiento complementario para sus afiliados tradicionales del sector formal, al proporcionar cobertura adicional para servicios no incluidos en un paquete de prestaciones universal común.

La portabilidad de aseguradora tendrá más éxito si los sistemas de información están estandarizados

La portabilidad de la información —o hacer que los datos sean comparables y accesibles entre los esquemas— ayudaría a apoyar la elección de la aseguradora y a mejorar la continuidad de la atención, al facilitar —desde el punto de vista administrativo— al usuario el cambio de aseguradoras y a los proveedores la facturación por servicios a los diferentes sistemas. Tener mejor información puede ayudar a detectar fraudes, así como a garantizar prácticas más eficientes, como la reducción de la duplicación de los servicios.

Actualmente hay muchos sistemas de información en el sistema de salud mexicano, pero estas bases de datos no están vinculadas y no todos los actores (incluyendo a los estados) pueden acceder a ellas. Por ejemplo, como parte del Seguro Popular se diseñaron varios sistemas de información diferentes. Sin embargo, a pesar de las divisiones dentro del sistema de salud, hay evidencia de que es posible recolectar información y compartirla entre los esquemas. Por ejemplo, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) recoge y reporta con éxito información sobre las condiciones comunes que se producen cada mes en todas las instalaciones de los sistemas (Tapia-Conyer *et al.*, 2001).

Incluso dentro del IMSS, la falta de portabilidad de la información limita el acceso de los usuarios a servicios del IMSS en las fronteras estatales. El IMSS ha trabajado en un nuevo sistema de información, IMSS Digital, lo que constituye un paso importante para mejorar los registros de salud electrónicos del IMSS. Sin embargo, esta iniciativa puede crear aun más fragmentación si el sistema está diseñado para existir en paralelo y no para integrarse finalmente con los sistemas de información de los otros esquemas. Si bien esfuerzos como IMSS Digital representan importantes avances tecnológicos, pueden crear barreras a la portabilidad entre sistemas si no son compatibles con los sistemas de información de otros esquemas de aseguramiento.

En la actualidad, la Secretaría de Salud participa en tres proyectos en un esfuerzo para integrar los sistemas de información en salud: i) el Certificado Electrónico de Nacimiento; ii) la Cartilla Nacional de Vacunación Electrónica y iii) el Registro Nacional de la Población Asegurada (que cubra al Seguro Popular, el IMSS, el ISSSTE y otras pequeñas instituciones de seguridad social como PEMEX y las Fuerzas Armadas). Para mejorar la portabilidad de la información, debe trabajarse más para homogeneizar los sistemas de información existentes, por ejemplo, al dar prioridad a la creación de un número único de identificación individual para los asegurados, desarrollar bases de datos más consolidadas e interoperables para todos los registros de salud de México, y utilizar plantillas de comunicación estandarizadas para uso de los proveedores. El fortalecimiento de los sistemas de información es un paso importante para modernizar el sistema de salud mexicano y también se analiza en los Capítulos 2 y 5.

4.4. Ampliar el financiamiento común entre los esquemas generaría mejoras tanto en la recaudación de ingresos como en la asignación de recursos

Ampliar el financiamiento común entre los esquemas podría generar ganancias de eficiencia y equidad en todo el sistema de salud, como parte de un programa más generalizado de acción para resolver las ineficiencias dentro y entre los esquemas de aseguramiento de salud de México. Esta sección trata sobre los obstáculos y los beneficios de ampliar el agrupamiento de los recursos financieros en México. Un primer paso práctico hacia el agrupamiento de fondos que puedan ser asignados entre los esquemas sería establecer un organismo que represente los intereses en común de todos los fondos de aseguramiento para tratar con otros actores del sistema de salud.

Existen diversos obstáculos para un fondo común de la salud en el corto plazo

En México, un obstáculo clave es que, de acuerdo con la Constitución, las instituciones de seguridad social son entidades distintas y se ven a sí mismas como entidades que ofrecen diferentes productos. Es poco probable que renuncien a la autonomía sobre sus finanzas y estén dispuestas a funcionar sólo como administradores de recursos, sin obtener autoridad o recursos adicionales a cambio. Una opción puede ser otorgar el control de manejo de un fondo común al IMSS o al ISSSTE. Sin embargo, aunque el IMSS es el mayor de los dos esquemas y podría parecer capaz de manejar los recursos de un fondo común único dado su tamaño relativo, esta quizá no sea una solución eficaz ya que podría haber deseconomías de escala administrativas. Probablemente el IMSS también se oponga a asumir la responsabilidad de recolectar, agrupar y asignar los ingresos tributarios de los trabajadores no asalariados, a pesar de su participación en otro programa para personas no afiliadas al IMSS, el IMSS Prospera.

Además, la atención médica proporcionada por la seguridad social en México es financiada por un sistema de reparto y beneficio definido y, por tanto, tal vez los afiliados no deseen formar parte de un fondo único por la preocupación de perder las prestaciones a las cuales han contribuido. Con un fondo único, invariablemente algunos de los recursos aportados por los afiliados a las instituciones de seguridad social serán reasignados en forma de subsidios cruzados para gastos de salud de personas no contribuyentes con costosas necesidades de atención. Esto ocurrió en Colombia, que estableció un fondo único nacional de aseguramiento en salud en 1993, el cual cubría a los trabajadores formales y a los autónomos que contribuyeran al fondo (mediante la aseguradora de su elección), así como a los pobres, a quienes se subsidiaba por completo. Si bien los contribuyentes al fondo subsidiaban de manera cruzada a los no contribuyentes, los contribuyentes recibían un paquete de prestaciones más generoso a cambio. Sin embargo, recientemente Colombia igualó totalmente los derechos y todavía existe el subsidio cruzado sustancial desde el régimen contributivo al no contributivo.

Es importante señalar que un arreglo en el que las familias no contribuyentes (como los afiliados al Seguro Popular) quedaran excluidos del acceso a los fondos de atención de la salud agrupados, podría plantear nuevos retos. Excluir a las familias no contribuyentes puede ser particularmente problemático si las que sí contribuyen se convierten en no contribuyentes por dejar el empleo formal. Grecia ofrece un recordatorio interesante de lo que puede salir mal cuando los esquemas de seguro de los trabajadores formales se fusionan, pero se excluyen los esquemas financiados públicamente para los trabajadores informales (Recuadro 4.5). Por tanto, es esencial que los sistemas de salud que deciden avanzar hacia un mayor agrupamiento de los fondos no omitan a los hogares no contribuyentes.

A pesar de la evidencia limitada de las variaciones en la calidad entre los sistemas, las instituciones de seguridad social perciben que sus servicios tienen mayor calidad y, por tanto, quizá les inquiete que agrupar los recursos financieros pudiera ser un paso hacia una fusión completa de los esquemas, lo que abriría por completo el acceso a su red de proveedores a los no afiliados. Si esto llegara a suceder, las instituciones de seguridad social probablemente podrían preocuparse de que sus servicios sufrieran por una demanda excesiva. Por tanto, cualquier esfuerzo para

tratar de unir los esquemas necesita crear incentivos apropiados que conduzcan a una calidad equivalente de la atención por parte de los esquemas para equilibrar la demanda y a la vez reconocer en cierta medida el *statu quo* institucional que permite el acceso exclusivo a las redes de proveedores. En general, los propios regímenes de la seguridad social prevén una mayor coordinación entre los esquemas, pero no una integración completa en un solo pagador.

Recuadro 4.5. **Dificultades al crear un fondo único en Grecia**

Si bien muchos países han creado con éxito un fondo común único, la experiencia reciente en Grecia ofrece algunas enseñanzas respecto a ciertos retos que pueden presentarse cuando se integra a las aseguradoras en un solo fondo. El sistema de salud de Grecia es similar al de México, ya que comprende un servicio nacional del sector público junto con el seguro social de salud. En 2011, Grecia creó la Organización Nacional de Servicios de Salud (EOPYY), que se fusionó con eficacia con los fondos de seguridad social existentes en un fondo único que ofrece un paquete de prestaciones estandarizadas. El objetivo de la fusión era en gran parte que los fondos que se encontraban en mala situación financiera pudieran beneficiarse de los fondos de aseguramiento cuya situación financiera era mejor.

Sin embargo, hubo diversos problemas. Primero, dado que en general los fondos fusionados estaban altamente endeudados, el EOPYY estaba en deuda desde que se estableció. Además, ya que con la fusión se redujo el paquete de prestaciones por la eliminación de algunas y la imposición o el aumento de copagos, aumentó la carga de los hogares para financiar algunos tipos de atención. Esto fue particularmente problemático durante la crisis financiera. Debido a que el EOPYY no cubre el desempleo de larga duración, una vez que el desempleo aumentó considerablemente durante la crisis financiera, muchas personas se quedaron sin seguro médico. El incremento en el desempleo provocó disminuciones masivas en las aportaciones, algo para lo que el diseño del sistema no estaba preparado. Mientras que antes el Servicio Nacional de Salud Griego (ESY) era el responsable de proveer servicios a las personas no aseguradas, no se integró de manera efectiva en la EOPYY y, en esencia, se le ignoró al crearse este. Eso representó un fracaso grave en el diseño de la política, y también podría ser problemático para México, donde los trabajadores informales representan un gran porcentaje de la fuerza laboral. Por tanto, a pesar de la probable resistencia de las aseguradoras a compartir determinadas funciones con el Seguro Popular, cualquier paso hacia una alineación mayor no podría excluir al Seguro Popular y a sus afiliados que no pertenecen a la fuerza laboral formal.

Un solo organismo debería tener la tarea de recaudar ingresos y asignar recursos entre los sistemas

A pesar de una probable oposición de parte de los grupos de interés, agrupar más los recursos financieros ofrece muchos beneficios. El argumento a favor más recurrente es que el riesgo financiero de la utilización de los servicios de salud se comparte entre toda la población. Del mismo modo, con esta medida puede lograrse más equidad en la distribución de los recursos, debido a que los fondos se asignan con base en la necesidad y no en la capacidad de pago (como se analizó en la sección 4.2). El agrupamiento de los fondos también puede generar ahorros, ya que los esquemas individuales no necesitan operar con algunas funciones administrativas duplicadas, y los fondos comunes pueden contar con una ventaja adicional para negociar precios más bajos por productos de atención de la salud, más allá de lo que es posible dadas las estrategias actuales de compras consolidadas.

Si bien puede ser prematuro considerar la reasignación de todos los recursos entre los esquemas con base en las necesidades, hay pasos hacia este objetivo que pueden servir para unir más los esquemas (desde el punto de vista del usuario) y que son políticamente factibles. Por ejemplo, una opción es el establecimiento de una dependencia única que regule diversos aspectos de los esquemas, como la recaudación de ingresos. Mientras que en México las instituciones de seguridad social son responsables de recaudar las aportaciones de sus afiliados, esto no ocurre en muchos países europeos con sistemas de aseguramiento social en salud como Bélgica, Francia e Israel (los cuales tienen organismos especiales del gobierno responsables de la recaudación de las aportaciones) o como en los Países Bajos (donde las autoridades fiscales son responsables de la recaudación).

Por tanto, un organismo único podría encargarse de recaudar los fondos y asignar los recursos a los esquemas con base en precedentes históricos (es decir, las aportaciones de los afiliados se asignarían en su totalidad a sus respectivos esquemas), pero desde el punto de vista administrativo, la asignación podría emanar de una sola fuente. Este organismo sería también responsable de agrupar los recursos del Seguro Popular, incluidas la Cuota Social pagada por el gobierno federal, así como la Aportación Solidaria Estatal procedente del presupuesto propio de cada estado. Si existiera voluntad política en un futuro, en última instancia, la dependencia podría asignar recursos en todo el sistema utilizando una fórmula de ajuste por riesgo. Esta sería una importante medida ulterior para asegurar que no subsistan asignaciones presupuestarias ineficaces que se realicen bajo el sistema actual; en Chile, por ejemplo, a pesar de que en 1979 se estableció un fondo único, la mayoría de los financiamientos se seguían asignando con base en precedentes históricos, lo que impedía la creación de incentivos para mejorar la calidad o la eficiencia.

En otros países, el equivalente de un fondo mancomunado único se logra mediante un sistema de igualación simple que asegura que las diferencias en las poblaciones de pacientes no se carguen excesivamente a ciertas aseguradoras en particular. Por ejemplo, en Eslovenia hay tres compañías de seguros de salud complementarias financiadas por primas calificadas por la comunidad que cubren a casi toda la población. Debido a que la aseguradora más grande, Vzajemna, cubre una cantidad desproporcionadamente mayor de población de más edad y de tratamiento más costoso, cada trimestre las otras dos compañías transfieren fondos directamente a Vzajemna para compensarla por ello. La cantidad exacta para transferir la calcula el Ministerio de Salud con base en las diferencias en los costos de salud entre las aseguradoras, de acuerdo con la edad y el género. En este caso, no es necesario un fondo común único porque el esquema de compensación de riesgos garantiza que los recursos se asignen con base en las necesidades de las poblaciones respectivas de cada aseguradora.

No obstante, incluso esto puede resultar ambicioso en el corto plazo para México. Un primer paso alternativo podría ser establecer una dependencia que integre gradualmente los esquemas de otras maneras. En Francia, por ejemplo, hay un fondo nacional común administrado por la Agencia Central de Seguridad Social, que se encarga de la distribución de fondos entre las aseguradoras de salud, jubilación y otras funciones de seguridad social. Sin embargo, los esquemas de aseguramiento también están unidos de forma diferente bajo la Unión Nacional de Cajas del Seguro de Salud

(UNCAM), una organización coordinadora. Este organismo, aunque no es responsable de agrupar fondos, articula los esquemas, al representarlos en negociaciones con los laboratorios farmacéuticos, por ejemplo (véase el Recuadro 4.6).

Por tanto, puede ser más factible desde la perspectiva política crear una dependencia similar, y con el tiempo darle más poder incluyendo la recaudación y la asignación de ingresos. En México ya hay ejemplos en los que los esquemas trabajan de manera conjunta hacia metas comunes, como la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud (CCNPMIS). Este órgano es responsable de negociar con los laboratorios farmacéuticos en nombre de todos los sistemas para obtener mejores precios de medicamentos de patente y de fuente única (sus funciones se describen con más detalle en el siguiente capítulo). Una opción podría ser aumentar la autoridad de un organismo existente para unir aún más a los esquemas, en lugar de crear uno nuevo para este fin. En este sentido, el IMSS ya ha propuesto el establecimiento de una comisión interinstitucional encargada de establecer las tarifas y los protocolos para el intercambio de servicios.

Recuadro 4.6. **Arreglos alternativos para unificar los esquemas: Francia**

Francia ofrece un ejemplo interesante de una opción alternativa que une a las aseguradoras de salud (Chevreul et al., 2010). En Francia los administradores de fondos de seguros de salud inicialmente se resistieron a cambios realizados por el gobierno para ejercer un mayor control sobre ellos. Debido a que el déficit del régimen general alcanzó niveles muy altos a principios de la década de 2000 y el sindicato de empleados se separó de la administración de los fondos de seguro de salud, el gobierno intervino con la Ley de Reforma de 2004. Esta ley fusionó a los tres esquemas principales de seguros (régimen general, régimen agrícola y régimen de los trabajadores independientes) en un Sindicato Nacional de Cajas del Seguro de Salud (UNCAM). El UNCAM, que funciona básicamente como representante de los esquemas de salud, se creó para mejorar la gestión de los planes, coordinar la política de los fondos de seguros y ser responsable en nombre de las aseguradoras de todas las negociaciones con proveedores (en relación con precios y tarifas, por ejemplo) y el Estado; el director general del UNCAM es también director del fondo principal. El objetivo primordial de la fusión de los esquemas fue mejorar la organización del sistema de salud, así como centralizar la gestión. Sin embargo, todavía existen fondos locales y regionales a cargo de administrar el seguro social a sus beneficiarios, y cuyos directores son nombrados por la dirección general. Este proceso de unificación gradual continúa incluso a nivel regional, a partir de la promulgación de la Ley de Hospitales, Pacientes y Territorios de 2009 que establece que hay una sola autoridad regional de salud (ARS) con sede en cada una de las regiones que supervisa todos los fondos, y con la tarea de regir la salud pública, la prestación y el financiamiento.

En los estados ya existe un fondo mancomunado de los recursos para el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, que como parte del Seguro Popular opera como un fondo único y también puede funcionar para otros tipos de atención. Por ejemplo, podría crearse un fondo nacional para pagar tratamientos de enfermedades raras de alto costo o medicamentos especializados. En este caso, los esquemas de aseguramiento estarían exentos de otorgar cobertura para estas áreas, lo que reduciría su exposición al riesgo y una potencial variabilidad en el costo asociado con la cobertura de este tipo de atención. En Uruguay, por ejemplo, el Fondo Nacional de Recursos (FNR) es un fondo único que financia la atención especializada de alto costo,

misma que se financia por medio de aportaciones del Fondo Nacional de Salud en nombre de sus afiliados y por el Ministerio de Economía y Finanzas.

Otras intervenciones elegibles, incluyen cirugías electivas o la atención materna. Pero no hay que olvidar la atención primaria y preventiva. En particular, México debe seguir la amplia experiencia internacional de definir y estimar los costos de los paquetes de servicios para enfermedades crónicas como la diabetes. Los contratos de prestación de servicios para grupos de pacientes con diabetes y otras condiciones prioritarias de salud pública podrían intercambiarse entre los subsistemas.

Del mismo modo, la creación de un fondo único para prevención podría facilitar la tarea de modificar las asignaciones presupuestarias para programas específicos de prevención. Actualmente en México hay 36 programas nacionales financiados por presupuestos verticales de los recursos del gobierno federal para programas de prevención que están basados en precedentes históricos, pero no es claro que la asignación de recursos a estos programas signifique el mejor uso de estos. Si hubiera un solo fondo común etiquetado para la prevención, se podría ajustar más fácilmente la asignación de recursos para abordar las necesidades en áreas de prevención específicas.

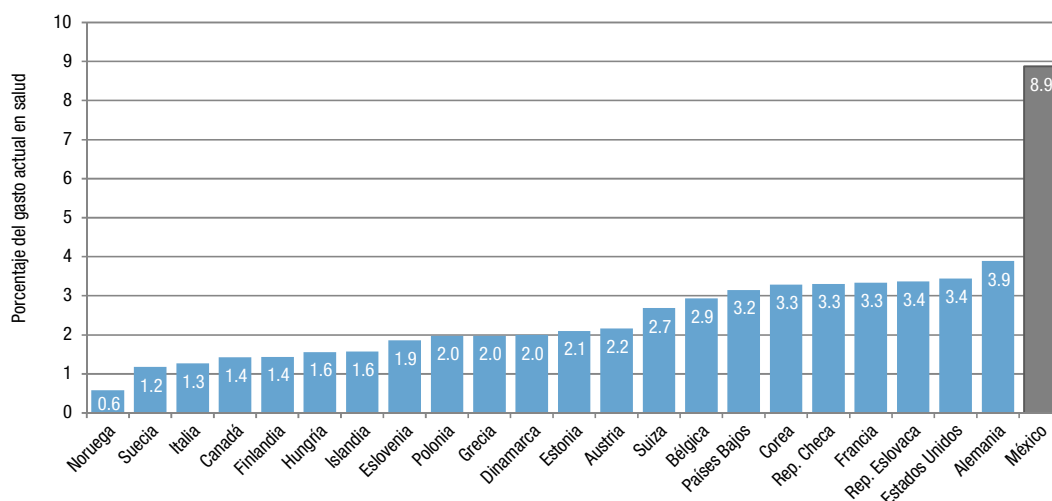
Unir los esquemas podría reducir los costos administrativos y las prestaciones

Aumentar hasta cierto punto la cooperación entre los esquemas podría reducir los costos administrativos y dar lugar a ahorros en todo el sistema de salud. Muchos estados sin suficiente capacidad administrativa, reportan que sus gastos administrativos son muy altos y que hay demasiados requisitos para completar el papeleo. Un claro beneficio de unir más a los esquemas sería compartir algunas de estas funciones entre los esquemas de aseguramiento y agilizar la administración.

En 2013, 8.9% del gasto total en salud se destinó a gastos administrativos del sector público (Gráfica 4.5), más del doble del porcentaje gastado por los siguientes países que más gastan como Alemania, Bélgica y Corea. Experiencias de otros países que han fusionado esquemas demuestran el potencial de reducir los costos administrativos al compartir algunas tareas administrativas. Por ejemplo, en Corea, después de fusionar todas las sociedades de aseguramiento en salud en una sola aseguradora nacional, los costos administrativos se redujeron de entre 5% y 10% del gasto total para cada esquema, a 4% del gasto total en 2006 (Kwon, 2009).

Un aspecto de la unificación de los esquemas que podría generar ahorros, como ya se mencionó anteriormente, puede ser mediante la mejora en la recolección de datos y la mayor consolidación e interoperabilidad de las bases de datos del sistema de salud para todos los mexicanos. Un sistema de recolección de datos más simple y más eficiente reduciría el tiempo dedicado a llenar formatos y evitaría que varios sistemas recopilaran información duplicada. Este sistema unificado también podría generar ahorros adicionales si la Secretaría de Hacienda y Crédito Público lo utiliza para asegurarse de que no está pagando aportaciones a varios esquemas en nombre de algunos afiliados. De acuerdo con datos de la ENSANUT 2012, más de 10 millones de personas están afiliadas a más de un esquema y más de 171 000 de esas personas están afiliadas a tres diferentes esquemas.⁴

Gráfica 4.5. **Gasto gubernamental en administración y aseguramiento como porcentaje del gasto total actual en salud, 2013 (o año más reciente)**



Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Por último, un beneficio importante de un fondo común es proteger a los esquemas de aseguramiento de las implicaciones financieras de la selección adversa. En la actualidad, la afiliación al IMSS es obligatoria para los trabajadores del sector formal privado, pero es voluntaria para los autoempleados; la afiliación al Seguro Popular también es voluntaria. Por consiguiente, existe la posibilidad de que los individuos comparativamente más enfermos opten por inscribirse en cualquiera de los esquemas, lo que se traduce en un incremento en los costos. Al ampliar el grupo de riesgo, los distintos subsistemas reducirían su exposición a la selección adversa y serían capaces de compartir el riesgo. En el largo plazo, México podría tomar medidas adicionales para hacer frente a la selección adversa al exigir la afiliación obligatoria a todos los mexicanos. Si bien existen barreras legales y de logística en el corto plazo para ejecutar de manera efectiva la afiliación obligatoria a un seguro de salud, el aseguramiento obligatorio, junto con una mayor recaudación de ingresos y un fondo común, constituirían un método eficaz para evitar la selección adversa, permitirían que las personas sanas subsidien a las enfermas y los ricos a los pobres, y ayudarían a garantizar que todos los mexicanos tengan acceso a una atención necesaria y accesible.

4.5. Conclusiones

Algunos de los obstáculos más importantes para lograr la cobertura universal efectiva en salud resultan del bajo nivel de fondos públicos dirigidos al sector salud. A pesar de que la mayoría de los mexicanos están afiliados a un esquema, el bajo gasto público conduce al racionamiento implícito de la atención; esto es evidente por la falta de disponibilidad de medicamentos en algunas entidades federativas y las largas filas para obtener algunos servicios. Las barreras de acceso causan que muchas personas soliciten atención fuera de sus esquemas, lo que a menudo implica pagos de su propio

bolsillo en el sector privado. Por tanto, la clave para mejorar la equidad en el acceso es optimizar el acceso a las instalaciones del sector público para que las personas no tengan que buscar atención en el sector privado. Sin embargo, sólo puede avanzarse en forma limitada en el aumento del nivel de financiamiento al sistema de salud si no se incrementa la base de ingresos mediante reformas externas al sector salud para fomentar más empleo formal. Si bien históricamente México se ha resistido a actuar en esa dirección, es la única manera viable de garantizar ingresos públicos suficientes y estables. Con un mercado laboral formal más grande, las personas que contribuyan al sistema mediante las aportaciones sociales tampoco tendrían que preocuparse porque apoyan a una gran población no contribuyente.

La igualdad en el acceso e incluso la calidad de los servicios de atención de la salud pueden optimizarse con métodos de rendición de cuentas y de asignación de recursos mejores. Entre los Servicios Estatales de Salud podría proporcionarse fondos adicionales a las entidades federativas que mejoren sus informes de cómo ejercen los recursos. En un futuro próximo se debe implementar en el Seguro Popular planes para incorporar métodos más avanzados de asignación de recursos que reflejen las variaciones en las necesidades del cuidado de la salud, donde los recursos se asignen de acuerdo con las necesidades de la población de cada entidad federativa. En el futuro, podría haber cambios hacia este tipo de métodos de asignación en todo el sistema. Sin embargo, hay que tener cuidado de seleccionar los indicadores apropiados de cada necesidad para garantizar que los indicadores de necesidades de atención no capturen o exacerben las desigualdades en el acceso a los servicios.

Además, se deben tomar medidas que permitan a las personas conservar su aseguradora si cambia su situación laboral. Para ello, se podría dar a los mexicanos la opción de elegir su aseguradora de salud, con un subsidio gubernamental para las aportaciones de algunas personas, con el fin de que las tasas de aportación no se vean afectadas por fluctuaciones en el empleo. Mantener la misma aseguradora después de un cambio de este tipo podría ser más factible si la función de salud de las instituciones de seguridad social estuviera separada de las otras funciones de seguridad social. En particular, si alguna de las instituciones de seguridad social se encuentra en dificultades financieras y requiere un rescate por parte del gobierno, la separación del servicio de salud del resto del sistema de seguridad social podría ser una condición previa útil para recibir apoyo financiero del gobierno. Para contribuir a una portabilidad entre aseguradoras (así como entre proveedores), se necesita un sistema de información de salud más consolidado e interoperable que haga uso de plantillas estandarizadas de comunicación y donde todas las personas cuenten con un número de identificación único. De esta manera, quienes cambien de aseguradora podrán estar seguras de que sus registros de salud y otra información relevante permanecerán accesibles.

Mancomunar los recursos de los esquemas de aseguramiento hacia una sola fuente puede enfrentar barreras políticas en el corto plazo. Dicho esto, habría importantes beneficios de realizar reformas graduales que unan a los esquemas, como una menor duplicación administrativa y un mayor poder de mercado en las negociaciones. Como primer paso, se debe establecer un foro o comisión que represente los intereses de todos los esquemas, con responsabilidades mutuamente beneficiosas que pueden incluir la negociación en nombre de los diversos esquemas para conseguir precios menores

con los fabricantes de productos farmacéuticos y otros insumos para la atención de la salud.⁵ Más adelante, este organismo podría asumir responsabilidades adicionales, como recaudar y distribuir los fondos de salud —las aportaciones a la seguridad social y los ingresos fiscales generales para la salud— entre los esquemas. Si bien en un primer momento las asignaciones a cada esquema podrían reflejar el número de afiliados y los niveles históricos de aportación, esto debe revisarse con el tiempo para dar cuenta de la variación en las necesidades de atención de los afiliados entre los esquemas. La creación de un organismo único encargado de la recaudación y la distribución de recursos también puede facilitar elegir una aseguradora o mantener la afiliación a ella, ya que resultaría más fácil que este organismo siguiera pagando las aportaciones de las personas con cambios de empleo. No obstante, es importante que en cualquier esfuerzo por unir los esquemas no se excluya al Seguro Popular, aunque sus afiliados estén fuera del sector del empleo formal.

Los primeros pasos sugeridos para mancomunar los recursos financieros son:

- Crear un fondo común para enfermedades de alto costo y baja incidencia, para que los esquemas estén menos expuestos a la variación de los costos de atención. También es necesario estandarizar los paquetes y los precios de la atención primaria, incluyendo enfermedades crónicas como la diabetes, para los que existen muchos antecedentes internacionales claramente definidos.
- Establecer un foro o comisión que aglutine los intereses de todos los esquemas de aseguramiento, y que con el tiempo pueda encargarse de responsabilidades financieras como la recaudación de ingresos y la asignación de fondos.
- Mejorar el método de asignación de recursos dentro del Seguro Popular para reflejar las necesidades de los afiliados.
- Crear una red de registros de salud electrónicos consolidada e integrada que utilice plantillas de comunicación estandarizadas a las que todos los proveedores puedan acceder, y que haga uso de números de identificación individuales únicos.
- Separar, cuando sea factible desde la perspectiva política, el seguro de salud de otras funciones de las instituciones de la seguridad social para permitir que las personas conserven su aseguradora de salud, independientemente de su situación laboral.

Notas

1. Esta es la estimación del gasto de bolsillo reportado por las autoridades de México a la OCDE. El gasto de bolsillo puede estimarse a partir de diversas fuentes. Aunque estas no siempre concuerdan, el gasto de bolsillo en México se mantiene entre los más altos de la OCDE.

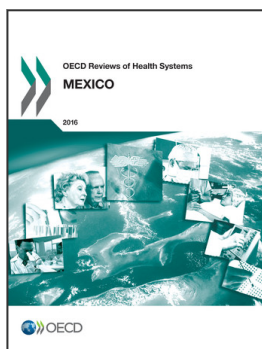
2. Estas cifras deben tratarse con precaución, como se ha mencionado, ya que la seguridad social se financia con fondos del gobierno federal además de las aportaciones a la nómina, y debido a que dichas aportaciones son deducibles de impuestos.
3. Una lección clave de la experiencia italiana ha sido que cuando las variaciones regionales en el nivel socioeconómico y la capacidad administrativa son amplias, la descentralización puede exacerbarlas. De hecho, en toda Europa ha habido un cambio general hacia la recentralización de las responsabilidades de atención de la salud después de muchos años de descentralización (Saltman, 2008). Parte de la motivación para este movimiento es cambiar la responsabilidad por el desempeño regional de salud de nuevo hacia los niveles nacionales.
4. Estos datos se refieren únicamente a afiliados al IMSS, ISSSTE y Seguro Popular.
5. De hecho, están en marcha debates en torno a una nueva Comisión, dirigida conjuntamente por la Secretaría de Salud y las instituciones de seguridad social. Se propone que este nuevo organismo supervise a todos los aseguradores y los proveedores de salud, con posibles funciones relacionadas con el establecimiento de directrices y normas de atención, indicadores de desempeño, precios y sistemas de información para todo el sistema.

Bibliografía

- Asthana, S. et al. (2004), “The Pursuit of Equity in NHS Resource Allocation: Should Morbidity Replace Utilisation as the Basis for Setting Health Capitations?”, *Social Science & Medicine*, vol. 58, núm. 3, pp. 539-551.
- Chevreur, K. et al. (2010), “France: Health System Review”, *Health Systems in Transition*, vol. 12, núm. 6, pp. 1-291, xxi-xxii.
- Flores, D. et al. (2004), “Tamaño del sector informal y su potencial de recaudación en México”, documento de trabajo, Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Economía, Centro de Investigaciones Económicas.
- Gakidou, E. et al. (2006), “Health System Reform in Mexico 5 – Assessing the Effect of the 2001-06 Mexican Health Reform: An Interim Report Card”, *The Lancet*, vol. 368, núm. 9550, pp. 1920-1935.
- García-Prado, A. y P. González (2007), “Policy and Regulatory Responses to Dual Practice in the Health Sector”, *Health Policy*, vol. 84, núm. 2-3, pp. 142-152.
- Gotsadze, G. y P. Gaál (2010), “Coverage Decisions: Benefit Entitlements and Patient Cost Sharing”, en J. Kutzin, C. Cashin y M. Jakab (eds.), *Implementing Health Financing Reform Lessons from Countries in Transition*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Grogger, J. et al. (2014), “Heterogeneity in the Effect of Public Health Insurance on Catastrophic Out-of-pocket Health Expenditures: The Case of Mexico”, *Health Policy Plan*.
- Gross, R. y M. Harrison (2001), “Implementing Managed Competition in Israel”, *Social Science & Medicine*, vol. 52, núm. 8, pp. 1219-1231.
- Heller, P.S. (2006), “The Prospects of Creating ‘Fiscal Space’ for the Health Sector”, *Health Policy Plan*, vol. 21, núm. 2, pp. 75-79.
- IMSS (2014), *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2013-2014*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
- Kutzin, J. (2001), “A Descriptive Framework for Country-level Analysis of Health Care Financing Arrangements”, *Health Policy*, vol. 56, núm. 3, pp. 171-204.
- Kutzin, J. et al. (eds.) (2010), “Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition”, *Observatory Studies Series No. 21*, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Kwon, S. (2009), “Thirty Years of National Health Insurance in South Korea: Lessons for Achieving Universal Health Care Coverage”, *Health Policy and Planning*, vol. 24, núm. 1, pp. 63-71.

- Lowe, R.A. et al. (2005), "Association Between Primary Care Practice Characteristics and Emergency Department Use in a Medicaid Managed Care Organization", *Medical Care*, vol. 43, núm. 8, pp. 792-800.
- Matsumoto, M. et al. (2010), "Policy Implications of a Financial Incentive Programme to Retain a Physician Workforce in Underserved Japanese Rural Areas", *Social Science and Medicine*, vol. 71, núm. 4, pp. 667-671.
- Murauskiene, L. et al. (2013), "Lithuania: Health System Review", *Health Systems in Transition*, vol. 15, núm. 2, pp. 1-150.
- National Health Service (2013), "Fundamental Review of Allocations Policy", Annex C: Technical Guidance to Weighted Capitation Formula for Clinical Commissioning Groups.
- OECD (2015), *OECD Economic Surveys: Mexico*, OECD Publishing, París, http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-mex-2015-en.
- Programa Sectorial de Salud (2013), "Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018".
- Protti, D. e I. Johansen (2010), *Widespread Adoption of Information Technology in Primary Care Physician Offices in Denmark: A Case Study*, The Commonwealth Fund.
- Rechel, B. y M. McKee (2009), "Health Reform in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union", *The Lancet*, vol. 374, núm. 9696, pp. 1186-1195.
- Rosen, B. et al. (2009), "Israel: Health System Review", *Health Systems in Transition*, vol. 11, núm. 2, pp. 1-226.
- Saltman, R.B. (2008), "Decentralization, Re-centralization and Future European Health Policy", *European Journal of Public Health*, vol. 18, núm. 2, pp. 104-106.
- Saltman, R.B. et al. (eds.) (2004), *Social health insurance systems in Western Europe*, Open University Press.
- Sempowski, I.P. (2004), "Effectiveness of Financial Incentives in Exchange for Rural and Underserved Area Return-of-service Commitments: Systematic Review of the Literature", *Canadian Journal of Rural Medicine*, vol. 9, núm. 2, pp. 82-88.
- Shmueli, A. et al. (2007), "Who Switches Sickness Dunds in Israel?", *Health Economics, Policy and Law*, vol. 2, núm. 3, pp. 251-265.
- Smith, P.C. (2008), "Resource Allocation and Purchasing in the Health Sector: The English Experience", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 86, núm. 11, pp. 884-888.
- Tambor, M. et al. (2014), "The Inability to Pay for Health Services in Central and Eastern Europe: Evidence from Six Countries", *European Journal of Public Health*, vol. 24, núm. 3, pp. 378-385.
- Tapia-Conyer, R. et al. (2001), "Evaluation and Reform of Mexican National Epidemiological Surveillance System", *American Journal of Public Health*, vol. 91, núm. 11, pp. 1758-1760.
- Tediosi, F. et al. (2009), "Governing Decentralization in Health Care Under Tough Budget Constraint: What Can We Learn from the Italian Experience?", *Health Policy*, vol. 90, núm. 2-3, pp. 303-312.

- Thomson, S. et al. (eds.) (2014), *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Impact and Implications for Policy*, European Observatory on Health Systems and Policies, OMS Oficina Regional para Europa.
- Vallejo-Torres, L. et al. (2009), "Can Regional Resource Shares Be Based Only on Prevalence Data? An Empirical Investigation of the Proportionality Assumption", *Social Science & Medicine*, vol. 69, núm. 11, pp. 1634-1642.
- van Doorslaer, E. et al. (1999), "The Redistributive Effect of Health Care Finance in Twelve OECD Countries", *Journal of Health Economics*, vol. 18, núm. 3, pp. 291-313.
- WHO - World Health Organization (2010), *World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*, WHO, Ginebra.
- Xu, K. et al. (2010), "Exploring the Thresholds of Health Expenditure for Protection Against Financial Risk", *World Health Report 2010*, Documento de antecedentes, núm. 19, World Health Organization, Ginebra.



From:
OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016

Access the complete publication at:
<https://doi.org/10.1787/9789264230491-en>

Please cite this chapter as:

OECD (2016), “Realignar el financiamiento para cubrir mejor las necesidades de la atención de la salud individual”, in *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016*, OECD Publishing, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264265523-8-es>

El presente trabajo se publica bajo la responsabilidad del Secretario General de la OCDE. Las opiniones expresadas y los argumentos utilizados en el mismo no reflejan necesariamente el punto de vista oficial de los países miembros de la OCDE.

This document and any map included herein are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgment of OECD as source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to rights@oecd.org. Requests for permission to photocopy portions of this material for public or commercial use shall be addressed directly to the Copyright Clearance Center (CCC) at info@copyright.com or the Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) at contact@cfcopies.com.