

El subsistema privado de atención de la salud en México

Diagnóstico y retos

Miguel Ángel González Block

Ricardo Aldape Valdés

Lucero Cahuana Hurtado

Sandra Patricia Díaz Portillo

Emilio Gutiérrez Calderón



El subsistema privado de atención de la salud en México

Diagnóstico y retos

Primera edición

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse en cualquier sistema de recuperación inventado o por inventarse, ni transmitirse en forma alguna y por ningún medio electrónico o mecánico, incluidas fotocopias, sin autorización escrita del titular de los derechos de autor.

ISBN 978-607-443-768-3 (primera edición por Intersistemas)



Reproducir esta obra en cualquier formato es ilegal.
Infórmate en: info@cempro.org.mx

LDG. Marcela Solís Mendoza
Diseño portada, interiores y diagramación

Contenido

Índice de figuras y cuadros	7
Resumen ejecutivo	14
Glosario	28
I. Introducción	30
II. Los actores del subsistema privado de atención de la salud	32
Composición y crecimiento del subsistema privado de atención de la salud	32
Los consultorios	33
La industria farmacéutica	34
Las farmacias	36
Los hospitales	38
III. Economía del subsistema privado	49
Producción bruta total	49
Empleo y remuneración del personal del subsistema de salud	53
Empleo y remuneración de médicos, enfermeras y dentistas	56
Remuneración en los hospitales	60
Rentabilidad	61
Inflación	64
Discusión	68

IV. Atención ambulatoria	70
Preferencia de servicios de salud	70
Calidad de la atención ambulatoria	75
Efectos de la demanda de consulta privada en la productividad	77
Discusión	78
V. Atención hospitalaria	79
Situación y tendencia de la actividad hospitalaria	79
Actividad hospitalaria por motivo de atención	84
Relación de los egresos de los subsistemas privado y público	88
Actividad de los hospitales por su tamaño	88
Inversión en tecnología de alto costo	94
Calidad de la atención de los hospitales privados	94
Proyecciones de las necesidades de hospitalización	96
Discusión	96
VI. Protección financiera, gasto en salud y aseguramiento privado	100
Situación de la protección financiera	100
Gasto en atención hospitalaria	103
Interacción del gasto asegurado privado y la inversión hospitalaria privada	104
Situación y tendencias del gasto en salud	105
El gasto de bolsillo en salud	107
Situación del gasto asegurado privadamente	111
Subsidio entre el gasto asegurado privado y público	117
Discusión	123



VII. Segmentación del subsistema privado	
de atención de la salud	124
Composición, distribución geográfica y cobertura	124
Concentración económica	126
Rentabilidad e inflación	128
Regulación	128
Oferta y demanda de servicios de salud	129
Discusión	132
VIII. Liderazgo y estrategia	133
Posición de los actores en el subsistema privado	
de atención de la salud	135
Actores líderes	138
Actores dominantes	143
Actores emergentes	145
Actores marginales	146
Retos del subsistema de salud privado	
desde el punto de vista de los actores	149
Conclusiones	158
IX. Regulación gubernamental de los establecimientos	
y los servicios de salud	159
Situación de la regulación del subsistema privado	
de atención de la salud	159
La regulación en México	160
Iniciativa de Ley para fortalecer la regulación	164
Comparación de la experiencia internacional	
en la regulación y la coordinación de la práctica médica	167
Comparación de experiencias internacionales	
de regulación	168
Importancia del fortalecimiento regulatorio integral	177
Discusión	178



X. Colaboración público-privada en salud	180
La situación en México	180
Colaboración público-privada en la atención primaria	182
Colaboración público-privada para la atención hospitalaria	185
Colaboración público-privada para el aseguramiento y la gestión de riesgos	187
XI. Conclusiones	196
La producción bruta total del subsistema privado de atención de la salud	196
Empleo y remuneración	196
La rentabilidad del subsistema privado de atención de la salud	197
Gasto en salud privado	198
La inflación en el subsistema privado de atención de la salud	198
La prestación de servicios ambulatorios de salud	199
La industria farmacéutica	200
Las farmacias comunitarias	201
Los laboratorios de análisis clínicos y de imagen	202
Prestadores de servicios hospitalarios	202
El financiamiento privado en salud	204
Liderazgo	206
Regulación	206
Colaboración público-privada	207
XII. Recomendaciones	209
Seguridad	209
Calidad	210
Eficiencia	212
Liderazgo	213
Acerca de los autores	214



Índice de figuras y cuadros

Figura 1.	Consultorios médicos privados por 100,000 habitantes según entidad federativa. México, 2013	34
Figura 2.	Camas censables privadas por mil habitantes según entidad federativa. México, 2015	41
Figura 3.	Mediana del Índice de Desarrollo Humano de los hospitales privados según tamaño. México, 2015	43
Figura 4.	Hospitales privados por 100 mil habitantes. México, 2005 a 2015	44
Figura 5.	Hospitales privados según número de camas. México, 2004 a 2015	45
Figura 6.	Cambio en el número total de hospitales según entidad federativa. México 2005 y 2016	48
Figura 7.	Camas censables públicas y privadas por mil habitantes. México, 2004 a 2013	48
Figura 8.	Distribución porcentual de la producción bruta total del subsistema privado de la salud según rama de actividad. México, 2013	51
Figura 9.	Producción bruta total de las ramas del subsistema privado de la salud como proporción del PIB. México, 2013	51
Figura 10.	Remuneración anual promedio del subsistema privado de la salud según rama de actividad. Miles de pesos. México, 2013	54
Figura 11.	Proporción de médicos empleados en los subsistemas público y privado. México 2000, 2008 y 2016	58
Figura 12.	Proporción de médicos empleados en los subsistemas público o privado que perciben más de 5 salarios mínimos, según formación. México, 2016	60
Figura 13.	Remuneración anual promedio del personal empleado por los hospitales privados según su número de camas. Miles de pesos. México, 2014	61
Figura 14.	Rentabilidad de los hospitales generales y especializados según número de empleados. México, 2013	63
Figura 15.	Inflación de precios de la economía en general, del subsistema privado de atención y de los seguros privados en salud. México, 2004 a 2016	65
Figura 16.	Inflación de precios del subsistema privado de salud y de insumos selectos. México, 2004 a 2016	65



Figuras y cuadros

Figura 17.	Gasto medio por egreso hospitalario incurrido por los seguros de gastos médicos mayores. México, 2014, 2015 y 2016. Miles de pesos del 2016	67
Figura 18.	Distribución porcentual de la oferta de atención médica ambulatoria según institución. México, 2012	72
Figura 19.	Distribución porcentual de la oferta de atención médica hospitalaria según institución. México, 2012	80
Figura 20.	Distribución porcentual de la oferta hospitalaria privada según estrato socioeconómico de los demandantes. México, 2012	82
Figura 21.	Egresos hospitalarios privados por mil habitantes. México, 2005 a 2015	83
Figura 22.	Días de estancia promedio por egreso hospitalario privado. México, 2005 a 2015	83
Figura 23.	Ocupación de las camas censables en los hospitales privados. México, 2005 a 2015	83
Figura 24.	Ocupación de las camas censables en hospitales privados según número de camas de los hospitales. México, 2015	84
Figura 25.	Cambio porcentual de los egresos hospitalarios privados por causa CIE10. México, 2005 y 2015	86
Figura 26.	Egresos por gineco-obstetricia en hospitales públicos y privados. México 2004 a 2015	88
Figura 27.	Egresos pediátricos en hospitales públicos y privados. México 2004 a 2015	91
Figura 28.	Distribución de los tratamientos médicos aplicados en hospitales privados según el número de camas de los hospitales. México, 2015	93
Figura 29.	Cambio en la disponibilidad en hospitales privados de equipos médicos de alta tecnología por millón de habitantes. México, 2005 y 2015	94
Figura 30.	Proyección a 2030 de los egresos hospitalarios en México y peso de las enfermedades crónicas (AVISA) en los países de la OCDE	97
Figura 31.	Distribución de la población según esquemas de protección financiera en salud. México, 2016	101
Figura 32.	Proporción de la población hospitalizada en un año según esquema de protección financiera. México, 2012	102
Figura 33.	Gasto en salud per cápita según fuente. México, 2000 a 2014. Pesos de 2016	106
Figura 34.	Aporte relativo al gasto total en salud según fuente. México, 2000 a 2014	107
Figura 35.	Gasto per cápita anual de los hogares según nivel socioeconómico. México, 2016	108



Figuras y cuadros

Figura 36.	Proporción de los hogares que pagaron por bienes y servicios de salud según rubro de gasto. México, 2016	110
Figura 37.	Fracción de los hogares que pagaron por atención médica según rubro de gasto y nivel socioeconómico. México, 2016	111
Figura 38.	Número de asegurados con pólizas privadas de gastos médicos mayores según tipo de póliza. México, 2007 a 2016. Millones de personas	112
Figura 39.	Gasto total en las pólizas de gastos médicos mayores, según tipo de póliza. México, 2007 a 2016. Millones de pesos de 2016	113
Figura 40.	Gasto promedio por siniestro en pólizas de gastos médicos mayores según tipo de póliza. México, 2007 a 2016. Millones de pesos de 2016	114
Figura 41.	Distribución de los pagos cubiertos por las aseguradoras privadas en pólizas de gastos médicos mayores según rubro. México, 2016	115
Figura 42.	Red de relaciones entre los actores del subsistema privado de la salud. México, 2017	137
Figura 43.	Posicionamiento de los actores del subsistema privado de la salud según influencia sobre y reconocimiento de los demás actores. México, 2017	137
Figura 44.	Mapeo conceptual de las principales estrategias para la colaboración público-privada en la atención primaria a la salud, conforme a su factibilidad. México, 2015	184
Figura 45.	Posibles combinaciones entre mercados de prestadores y de pagadores ejemplificados en diferentes países	190
Figura 46.	Posicionamiento de los sistemas de salud según su grado de inclusión de actores privados en redes de atención financiadas públicamente y según el grado de elección ciudadana de los prestadores y gestores financieros	191
Cuadro 1.	Número de unidades económicas por rama del subsistema privado de la salud. México, 2003 y 2013	33
Cuadro 2.	Hospitales privados según especialidad y número de camas. México, 2015	38
Cuadro 3.	Clasificación de los hospitales privados según tamaño y complejidad. México, 2015	39
Cuadro 4.	Distribución de unidades hospitalarias y camas censables privadas según número de camas censables. México, 2015	40
Cuadro 5.	Distribución de unidades hospitalarias y camas censables según entidad federativa. México 2015	40



Figuras y cuadros

Cuadro 6.	Número de hospitales de 50 camas y más, según entidad federativa. México, 2015	41
Cuadro 7.	Principales grupos hospitalarios privados según el número de egresos atendidos que fueron pagados por las aseguradoras privadas. México, 2016	42
Cuadro 8.	Percentil del Índice de Desarrollo Humano de los municipios donde se localizan los hospitales privados según número de camas	42
Cuadro 9.	Número de hospitales privados según número de camas. México 2004 a 2015	45
Cuadro 10.	Camas censables en hospitales privados. México, 2000 a 2015	46
Cuadro 11.	Infraestructura disponible en los hospitales privados, por millón de habitantes. México, 2005 a 2015	47
Cuadro 12.	Producción bruta total de las ramas del subsistema privado de la salud, 2003, 2008 y 2013, y como proporción del PIB nacional. Millones de pesos de 2013	50
Cuadro 13.	Producción bruta total y por unidad de los hospitales privados según número de camas de los hospitales. México, 2014	52
Cuadro 14.	Personal empleado del subsistema privado de la salud según rama de actividad. México, 2013	53
Cuadro 15.	Remuneración anual promedio del subsistema privado de la salud en comparación con subsistemas selectos de la economía. México, 2013	54
Cuadro 16.	Remuneración promedio anual del subsistema privado de salud, según rama de actividad, 2003, 2008 y 2013. Miles de pesos constantes de 2013	55
Cuadro 17.	Personal de atención a la salud y número de empleos por persona según subsistema. México, 2016	57
Cuadro 18.	Nivel de ingresos del personal médico y de enfermería según subsistema. México, 2016	59
Cuadro 19.	Rentabilidad del subsistema privado de salud según las diversas ramas de actividad. México, 2003, 2008 y 2013. Pesos de 2013	62
Cuadro 20.	Rentabilidad de los hospitales generales y especializados privados, según número de empleados y camas censables. México, 2013	63
Cuadro 21.	Distribución porcentual de las preferencias de personas con diferentes esquemas de protección financiera por prestadores de servicios de atención ambulatoria. México, 2012	71
Cuadro 22.	Distribución porcentual de la preferencia de prestador de atención a la salud según nivel socioeconómico. México, 2012	71



Figuras y cuadros

Cuadro 23.	Distribución porcentual de la demanda de servicios privados de consulta externa por personas con diferentes esquemas de protección financiera, según prestador de servicios. México, 2012	73
Cuadro 24.	Distribución de la oferta de servicios privados de primer contacto según esquema de protección financiera de los demandantes. México, 2012	73
Cuadro 25.	Distribución porcentual de la demanda de servicios de salud privados de primer contacto por persona con diferente protección financiera según su nivel socioeconómico. México, 2012	74
Cuadro 26.	Gasto en medicamentos según prestador de servicios de primer contacto. México, 2012	74
Cuadro 27.	Satisfacción con la atención de los prestadores de servicios de salud ambulatoria. México, 2012	75
Cuadro 28.	Distribución porcentual de la demanda hospitalaria de los diferentes grupos de aseguramiento según prestador. México, 2012	80
Cuadro 29.	Distribución porcentual de la oferta de servicios privados hospitalarios según el esquema de protección financiera de los demandantes. México, 2012	81
Cuadro 30.	Distribución porcentual de la demanda de servicios hospitalarios de los diferentes estratos socioeconómicos según prestador. México, 2012	81
Cuadro 31.	Prestación de servicios hospitalarios privados y cambio porcentual México, 2005 y 2015	82
Cuadro 32.	Egresos de hospitales privados por capítulo de causa CIE10. México, 2015	85
Cuadro 33.	Distribución porcentual de los principales motivos de hospitalización privada según nivel socioeconómico. México, 2012	86
Cuadro 34.	Distribución porcentual de los egresos de hospitalización privada para grupos de personas con diferentes esquemas de protección	87
Cuadro 35.	Cinco principales causas de egresos hospitalarios privados, en orden de importancia, según tamaño del hospital. México, 2015	89
Cuadro 36.	Servicios en hospitales privados según tamaño del hospital, resaltando por volumen e intensidad. México, 2015	90
Cuadro 37.	Cambio porcentual de los principales motivos de egreso hospitalario privado según tamaño del hospital. México, 2005 a 2015	92



Figuras y cuadros

Cuadro 38.	Distribución porcentual de la cobertura de esquemas de protección financiera en salud según nivel socioeconómico. México, 2016	102
Cuadro 39.	Producción bruta total (PBT) por egreso hospitalario privado según número de camas de los hospitales. México, 2014-2015	103
Cuadro 40.	Pago de aseguradoras privadas por atención hospitalaria, según nivel del hospital y ciudad. México, 2016	105
Cuadro 41.	Gasto total en salud según fuente. México, 2014	105
Cuadro 42.	Pago por servicios ambulatorios de salud según esquema de protección financiera. México, 2016	109
Cuadro 43.	Pago por servicios ambulatorios de salud según nivel socioeconómico. México, 2016	109
Cuadro 44.	Distribución porcentual del gasto de los hogares por rubro de gasto según nivel socioeconómico. México, 2016	110
Cuadro 45.	Gasto total de las empresas aseguradoras según tipo de seguro pertinente a la salud. México, 2016. Millones de pesos	112
Cuadro 46.	Gasto por asegurado efectuado por tipo de seguro de gastos médicos mayores (GMM) según sexo. México, 2016	113
Cuadro 47.	Pago efectuado por siniestralidad de seguros de gastos médicos mayores según causa CIE10. México 2016 e incremento respecto de 2014. Pesos de 2016	116
Cuadro 48.	Egresos hospitalarios de personas con diferentes esquemas de protección financiera, según la institución en la que se atendieron. México, 2012	119
Cuadro 49.	Gasto en hospitalización efectuado por la institución de atención, según esquema de protección financiera del paciente. México, 2016. Millones de pesos	119
Cuadro 50.	Gasto de las aseguradoras privadas por la atención de pacientes con seguro privado y sin seguridad social según diferentes escenarios de atención. México, 2016. Millones de pesos	120
Cuadro 51.	Gasto de las aseguradoras privadas por la atención de pacientes con seguro privado y con seguridad social según diferentes escenarios de atención. México, 2016. Millones de pesos	120
Cuadro 52.	Gasto de la seguridad social por la atención de pacientes con seguro privado y con seguridad social según diferentes escenarios de atención. México, 2016. Millones de pesos.	121



Figuras y cuadros

Cuadro 53.	Composición, distribución geográfica y cobertura de prestadores de servicios de salud según el segmento socioeconómico de la población atendida. México, 2012, 2014 y 2016	125
Cuadro 54.	Indicadores y gradientes económicos y de regulación de prestadores de servicios de salud según el segmento socioeconómico de la población atendida. México, 2012, 2014 y 2016	127
Cuadro 55.	Oferta, demanda, subsidios y riesgos de los prestadores y proveedores de servicios de salud acorde a segmento y estratos socioeconómicos de la población atendida. México, 2012, 2014 y 2016	130
Cuadro 56.	Actores entrevistados y número de entrevistas. Diagnóstico del subsistema privado de la salud, 2017	136
Cuadro 57.	Principales categorías y retos específicos del subsistema privado de salud expresados por los actores entrevistados. México, 2017	150
Cuadro 58.	Áreas estratégicas de más importancia para incrementar la oferta del subsistema privado de salud de coincidentes entre los actores. México, 2017	155
Cuadro 59.	Funciones de las agencias reguladoras de prestadores y financiadores de salud en países selectos de América Latina, 2018	169
Cuadro 60.	Categorías de asociaciones público-privadas	185
Cuadro 61.	Asociaciones público-privadas en países selectos del mundo según categoría y experiencia en México	186
Cuadro 62.	Propuestas para la colaboración público-privada en el financiamiento de la salud en México. AMIS, 2016	188



Resumen ejecutivo

Los prestadores de bienes y servicios privados de salud se han convertido en las últimas décadas en un componente central del sistema de salud en México. La atención médica privada ofrece actualmente 44% del total de las consultas ambulatorias y 22% de los egresos hospitalarios. Los médicos privados son consultados por personas de todos los estratos socioeconómicos, sobre todo en las ciudades medianas y grandes, donde ofrecen servicios de salud cercanos a la comunidad, satisfactorios y de costo accesible, si bien todavía con grandes retos para garantizar la calidad y favorecer la prevención de las enfermedades. La demanda de prestadores de servicios privados responde a que la oferta pública es insuficiente e insatisfactoria, pues hasta 33% de la población afiliada a esquemas públicos de protección financiera se atiende en servicios ambulatorios privados, cifra que llega a 15% para la atención hospitalaria.

El presente estudio identifica la situación, las oportunidades y los retos del subsistema privado, y describe a los actores que lo componen, su situación económica, las características de la atención ambulatoria y hospitalaria, y la segmentación del mercado. Sobre estas bases, identifica la situación de liderazgo y desarrollo estratégico, las oportunidades para la colaboración público-privada, y los retos y alternativas para la regulación, sugeridos con fundamento en la experiencia internacional. Se presentan conclusiones para cada actor, el desarrollo estratégico del subsistema y su regulación, y se plantean recomendaciones para la seguridad, la calidad, la eficiencia y el liderazgo del subsistema. El [cuadro ►](#) de la página siguiente resume la situación del subsistema privado de salud a lo largo de los dos grandes segmentos que lo caracterizan.

Los actores del subsistema privado de atención de la salud

La medicina privada se ejerce en 60,000 consultorios y 52,000 médicos generales que operan casi todos de manera independiente, con un solo médico al frente. Los médicos especialistas están concentrándose económicamente debido a que su tasa de formación y de ingreso al mercado es insuficiente para contender con el incremento de las necesidades de salud. Su eficiencia podría ser menos de la esperada dado que son el punto de primer contacto para población de estratos socioeconómicos más altos y podrían estar demandando atención para problemas que podrían ser resueltos por recursos no especializados.



Situación del subsistema privado de atención de la salud en México para cada uno de los segmentos que lo caracterizan

	Segmento I Estratos E a C 83% de los hogares, 104 millones de personas			Segmento II Estratos C+ a A 17% de los hogares, 16 millones de personas			Seguros privados
	Médicos en consulta externa	Hospitales	Farmacias y medicamentos	Médicos en consulta externa	Hospitales	Farmacias y medicamentos	
Composición	52,200 generales	<ul style="list-style-type: none"> 2,400 de 1 a 14 camas 429 de 15 a 49 camas 	70,000 independientes	15,500 especialistas	94 (3%) mayores de 50 camas	11,500 de cadenas y supermercados	32 empresas ofrecen pólizas GMM
Distribución geográfica	<ul style="list-style-type: none"> Independientes en pequeñas ciudades CAF en ciudades medias y grandes 	Ciudades pequeñas a grandes		Ciudades medianas y grandes	Ciudades grandes		Ciudades grandes, Ciudad de México
Cobertura de servicios	18 a 33% de la atención ambulatoria	10 a 27% de la atención hospitalaria	53 a 65% de los hogares compran medicamentos	39% de la atención ambulatoria	33% de la atención hospitalaria	62% de los hogares compran medicamentos	27% de la población está asegurada
Concentración económica	Dispersión	Dispersión	Genéricos insuficientes	<ul style="list-style-type: none"> Creciente escasez Concentración en torres hospitalarias 	<ul style="list-style-type: none"> 64% del PIB en 3.2% de unidades Un grupo con 20% del gasto asegurado privadamente 	<ul style="list-style-type: none"> 65% de las ventas en 22% de las unidades (cadenas) Innovadores de alto costo 	<ul style="list-style-type: none"> 76% de pólizas GMM expedidas por 5 empresas
Financiamiento	Gasto de bolsillo			Gasto de bolsillo y seguros privados	Alta dependencia de seguros privados	Bolsillo; aseguramiento para alto costo	Pólizas colectivas. Prestación laboral, descuento por nómina
Tipo de demanda	Libre demanda			Recomendación personal basada en prestigio profesional	Inducción por especialista	Libre demanda	GMM por empresas (74%) y familias (26%)
Modelo de atención	Práctica independiente unipersonal	Mayor atención integral	<ul style="list-style-type: none"> Automedicación Surtido de recetas 	Atención especializada	Independencia respecto de atención médica		Pago directo a prestadores y reembolso a pacientes
Motivos	Medicina sintomática	Urgencias y problemas menores	<ul style="list-style-type: none"> Atención médica Desabasto público 	<ul style="list-style-type: none"> Atención sintomática Control de enfermedades 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico Tratamiento Alta tecnología 		Principalmente atención hospitalaria
Subsidio al gasto público	Ahorro de 1/3 a 1/2 de la demanda	Ahorro de 1/10 a 1/4 de la demanda		Ahorro hasta 39% de la demanda	Ahorro de 1/3 de la demanda		Ahorro de 7.6% del gasto hospitalario de IMSS e ISSSTE
Riesgos al subsistema público	Atención de enfermedades crónicas complicadas	Atención de complicaciones hospitalarias evitables	Efectos secundarios por automedicación	Mayor demanda de bajar la atención privada, compitiendo por servicios para población más vulnerable			Mayor gasto público al bajar el aseguramiento privado

CAF, Consultorios Adyacentes a Farmacias. GMM, gastos médicos mayores. Fuente: Datos del proyecto.

Las unidades hospitalarias –2,960 en total– son en su gran mayoría pequeñas. Hay sólo 94 hospitales de más de 50 camas. Las unidades hospitalarias pequeñas son menos rentables y tienden a decrecer, tanto en número de unidades como en egresos. La atención hospitalaria privada decreció en su participación de los egresos nacionales, de 25% en 2008, a 22% para 2012. Los hospitales están dando creciente énfasis en la medicina diagnóstica y en los tratamientos que requieren tecnologías de alto costo, lo cual promueve su mayor concentración económica. La atención hospitalaria se ha modificado también por el cambiante perfil de las necesidades de salud de la población, cada vez más orientado hacia las enfermedades crónicas y las lesiones, y menos hacia la atención de enfermedades infecciosas y del parto.

La industria farmacéutica vende 70% de los medicamentos por su valor en el mercado privado, si bien su crecimiento depende ahora de las ventas al gobierno, dada la reducción de los ingresos de los hogares y la estabilización del gasto de bolsillo en salud. La venta de medicamentos genéricos ha crecido respecto del total, si bien la introducción de genéricos al mercado es menor a la esperada, debido a la falta de competitividad. Los medicamentos innovadores están siendo introducidos al mercado de manera más acelerada, y la autorización de los órganos reguladores es más rápida. No obstante, su disponibilidad se limita cada vez más al subsistema privado, toda vez que las nuevas inclusiones a los cuadros básicos institucionales han decrecido marcadamente. La situación de la industria farmacéutica presiona, así, el gasto de bolsillo y los seguros privados. Las farmacias privadas son un actor importante, con arriba de 81,500 establecimientos, cada vez más integradas a cadenas y supermercados. La distribución de medicamentos se concentra en tres grandes empresas con esquemas modernos de abastecimiento si bien con un alto grado de concentración económica.

Características económicas del subsistema privado de atención de la salud

La contribución del subsistema de salud privado a la economía del país es considerable, en lo que se refiere al PIB, y también a la productividad de las empresas y los hogares. El subsistema contribuye con 2.3% del PIB nacional –la mitad de la contribución del sector salud–, y muestra un crecimiento económico similar al promedio de la economía nacional. La rentabilidad del sector es moderadamente alta, sobre todo en las ramas de mayor tamaño, como los hospitales de 50 camas y mayores, así como en ramas de innovación en la atención médica, como los centros de atención ambulatoria.

El subsistema de salud emplea a 950,000 obreros, técnicos y profesionales en el país, y genera empleos a una tasa mayor que el promedio nacional. El sector emplea a 67,900 profesionales de la medicina, 29% del total en el país. El personal



que labora en las más de 80,000 farmacias recibe las menores percepciones, lo que se asocia a su bajo nivel de capacitación. Los médicos especialistas tienen ingresos similares entre los subsistemas público y privado mientras que en el caso de los médicos generales son inferiores en el subsistema privado. La proporción de médicos generales en el sector privado respecto del público tiende a reducirse en el tiempo, lo que podría estar asociado a la diferencia de ingresos.

Los retos que el subsistema de salud privado afronta en materia económica son claros. En términos de su participación en el PIB, tuvo un ligero decremento entre 2003 y 2013, al pasar de 2.5 a 2.3%, debido principalmente a la reducción del gasto de bolsillo. El subsistema creció a una tasa de 1.2% por año, casi la mitad del crecimiento de la economía nacional, que fue de 2.2%. La rentabilidad de las empresas y las percepciones del personal mostraron, por su parte, un mayor decremento que el de la economía en su conjunto.

La situación económica muestra una marcada diferenciación conforme a los mercados, con un decremento de hospitales pequeños asociado a su menor rentabilidad, y una mayor rentabilidad y mayor concentración económica de los hospitales grandes. Por ejemplo, 94 hospitales de más de 50 camas, enfocados en los estratos de mayores ingresos –y que corresponden con 3.2% del total– fueron los responsables de producir 64.1% del producto bruto hospitalario. Por otra parte, 8 grupos hospitalarios atienden 52.2% de los egresos hospitalarios pagados por las empresas aseguradoras.

Uno de los problemas que afronta el subsistema privado es el rápido crecimiento en los precios de los medicamentos y de los servicios de salud de los hospitales de Nivel 3 –los más grandes y complejos–, y en la atención médica de especialidad asociada a estos hospitales. Las consecuencias del incremento de precios son diversas; destacan el mayor gasto de bolsillo para la población en general que compra medicamentos, y el incremento en los precios de los seguros privados, que por su naturaleza indemnizatoria deben pagar los servicios hospitalarios y de especialistas al costo que se generen, con repercusiones en las primas. Este problema amenaza con reducir la protección que el sector asegurador brinda a 27% de los mexicanos en los estratos C+|A/B.

Entre las posibles causas de la inflación en los precios de los servicios de salud de los hospitales más grandes están: a) un modelo de atención centrado en médicos especialistas en convenio con los hospitales; b) la creciente escasez de personal especializado; c) el incremento sostenido en la utilización de alta tecnología hospitalaria; d) la concentración económica de los hospitales; e) la carencia de estándares para la facturación de los servicios hospitalarios; f) la devaluación de la moneda, que provoca incrementos en los materiales, los medicamentos y la alta tecnología; g) los cambios en la morbilidad de los pacientes atendidos por la transición epidemiológica del país; h) los bajos incentivos de los



pacientes por buscar valor por el dinero; i) la baja regulación de la concurrencia en los mercados, de la utilización y del precio de alta tecnología –que debe concentrarse para lograr su rentabilidad–, e i) la falta de regulación para hacer disponible información y estándares que faciliten la elección por los consumidores.

El subsistema privado de atención de la salud contribuye de manera sustancial a la productividad de las empresas, pues aporta 15 millones de días por año al sustituir consultas públicas de larga espera por privadas y al lograr mayor satisfacción en las consultas estaría reduciendo el “presentismo” laboral. El subsistema privado también incide en la reducción de la demanda y, por ende, de los costos de la atención de la salud de las instituciones públicas. Así lo sugiere el hecho de que atienda 44.4% de la consulta externa y 22% de la hospitalización, cuando casi todas las personas atendidas podrían haber reclamado la mayor parte de estos servicios en el subsistema público. Los seguros privados subsidian hasta 7.6% del gasto de hospitalización del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) al financiar la atención de las personas con derecho a la atención de los seguros públicos y que también cuentan con un seguro privado.

Atención ambulatoria

Los prestadores de servicios médicos ambulatorios privados concentran, como ya se señaló, 44% de la demanda a nivel nacional y proporcionan entre 31% y 33% de la atención que reciben los beneficiarios de las instituciones públicas. Estas cifras caracterizan más que ninguna otra la importancia de la medicina privada en el sistema de salud. Sobresale la atención de los médicos adyacentes a las farmacias, que brindan hasta 16.7% del total de la atención. Los médicos generales están sujetos a fuertes presiones competitivas, pues se concentran en zonas urbanas donde la mayoría de la población tiene también la posibilidad de atenderse con un médico del subsistema público.

Cuando los estratos de menores ingresos acuden con un médico privado demandan un médico general, ya sea independiente o en consultorio adyacente a una farmacia. Los estratos de mayores ingresos, por su parte, tienen acceso a los especialistas. Las razones de la demanda de servicios privados entre los estratos de menores ingresos se relacionan con la atención rápida, el mayor alivio de síntomas, y el costo similar al de la medicina pública –sobre todo por el gasto en medicamentos asociado a ésta.

La calidad de la atención ambulatoria privada no ha sido analizada suficientemente. Si bien se constata una mayor satisfacción y se reporta un mayor alivio que en la atención pública, la calidad de la atención de los médicos adyacentes a las farmacias se ha visto afectada por el conflicto de interés en su conducta prescriptiva. No hay evidencia de las consecuencias de la estrecha relación entre los médicos



especialistas y los hospitales de mayor tamaño sobre la calidad, pero cabe suponer que se podría observar la inducción de la demanda por servicios que pudieran no ser necesarios. La gran demanda de la atención ambulatoria privada presenta oportunidades de colaboración público-privada, así como retos para la regulación.

Atención hospitalaria

Los hospitales privados proporcionan 19.5% de la atención hospitalaria de los mexicanos. Los motivos de los egresos están modificándose con la transición epidemiológica del país, pero también con relación al fortalecimiento del subsistema público, en particular por el financiamiento del Seguro Popular. Este cambio afecta sobre todo a los hospitales de menor tamaño que atienden a población sin protección de la seguridad social. Los hospitales de Nivel 3 de 50 camas y más cuentan con unidades especiales de servicios y personal altamente calificado. Se enfocan en diagnósticos y terapéuticas de gran complejidad, y los ofrecen por referencia de médicos especialistas independientes, si bien en muchos casos relacionados por convenios.

De aquí que los hospitales busquen aliarse con los médicos especialistas que gozan de prestigio. La relación entre los especialistas y los hospitales en el segmento de altos ingresos y grandes unidades es propia del subsistema privado mexicano. En otros países en donde hay una fuerte influencia de la medicina privada –como Estados Unidos–, los hospitales o los médicos generales son quienes tienen un papel preponderante y son el punto de referencia cuando los pacientes necesitan atención médica especializada.

Los hospitales generales de Nivel 2 y con 21 a 49 camas tienden a contar con las cuatro especialidades básicas y tecnología intermedia de diagnóstico. Se enfocan más en la atención prenatal y del parto –sobre todo del parto complicado– y la diabetes, y ofrecen una atención más integral al combinar la consulta externa con las intervenciones. Los hospitales tienen sus propios especialistas como personal asalariado o socios, quienes ofrecen consulta externa y hospitalización en la misma unidad. Los hospitales de Nivel 1 y con una hasta 20 camas no cuentan con unidades especiales de atención, no llegan a cubrir las cuatro especialidades básicas y ofrecen tecnología diagnóstica básica.

Los hospitales de 5 a 9 camas cubren un nicho particular, pues su patrón de atención consiste más en la prestación de servicios especializados –como la atención oftalmológica, la cirugía plástica o la quimioterapia–, y se sirven de tecnología que permite prestar una atención ambulatoria sustitutiva de la hospitalización, a menor costo, lo que les permite competir con los hospitales más grandes. Con el avance de la tecnología, ha aumentado el acceso a equipos y tratamientos en que los especialistas pueden invertir para dotar clínicas-hospital de pocas camas, concentradas en el tratamiento de una especialidad.



Ahora bien, los hospitales más grandes se localizan todos en ciudades o municipios de muy alto desarrollo socioeconómico, y los más chicos tienden a ubicarse en localidades de menor grado de desarrollo, aunque la mayoría se localizan en municipios de mayor desarrollo que aquellos donde se ubican los hospitales públicos.

La calidad de la atención en los hospitales privados –en particular en los chicos– no se ha evaluado lo suficientemente. A juzgar por la incidencia de partos por cesárea, los hospitales están pasando por alto las normas internacionales y están exponiendo a un riesgo innecesario a la madre y al niño. La práctica de procedimientos sin la adecuada seguridad podría ser mayor en los hospitales chicos, que tienen acentuadas diferencias de rentabilidad, tanto en los generales como en los de especialidad.

El único estudio que se localizó para este trabajo sobre la calidad de las intervenciones de alta especialidad en los hospitales privados mexicanos aborda la atención del infarto agudo de miocardio en hospitales de Nivel 3 e informa que logran la sobrevivencia de sus pacientes con estándares de calidad de primer mundo. Entre los 172 hospitales de mayor tamaño en México, 111 (65%) están certificados por el Consejo de Salubridad Nacional, y 15 más están tramitando la certificación. Un total de 74% cumplen un estándar de calidad de amplio reconocimiento. Pero para garantizar la seguridad de los hospitales y fomentar la competencia es necesario tener indicadores de la calidad y el desempeño de todas las unidades para evaluar sus procedimientos y sus resultados en áreas clave del desempeño.

Segmentación del subsistema privado de atención de la salud

La oferta del subsistema privado de atención de la salud está segmentada de acuerdo con el nivel socioeconómico de la población atendida, y también por su relación con el subsistema público. Pueden identificarse dos grandes segmentos. En las ciudades pequeñas y medianas predominan los médicos independientes y las farmacias. En las ciudades medias y grandes, sobre todo consultorios adyacentes a farmacias (CAF) y hospitales menores, financiados por el gasto de bolsillo, enfocan a la clase media baja. En las grandes ciudades, la clase media de mayores ingresos tiende a gozar de seguros privados, sobre todo los altos funcionarios. En este segmento, la atención médica es ofrecida de entrada por médicos especialistas, quienes refieren a sus pacientes a los hospitales de mayor tamaño y, entre éstos, a los que ofrecen servicios de hotelería de mayor calidad. La reducida población de mayores ingresos en el estrato A demanda también atención médica de especialistas y hospitales en el extranjero, que pagan por su cuenta. Cada segmento del mercado encara retos propios para su



crecimiento y desarrollo, para el fortalecimiento de la calidad y la eficiencia, así como para la regulación.

Por otra parte, el subsistema privado está excluido de las redes de atención médica pública, aun cuando la mayoría de las personas que buscan atención privada están afiliadas a las instituciones públicas. De tener que transitar entre subsistemas, el diagnóstico, la historia clínica y las pruebas deben repetirse. Esta segmentación significa ineficiencia para la economía de la salud, y obstáculos tanto para la atención especializada y hospitalaria oportuna, como para los programas de salud pública.

Liderazgo

El desarrollo del subsistema privado de atención de la salud necesita fortalecer el liderazgo de todos sus actores respecto de sus objetivos comunes. Sólo los grandes hospitales, las empresas aseguradoras y los reguladores ejercen su liderazgo al influir en –y tener el reconocimiento de– una amplia variedad de actores. Sin embargo, este liderazgo se reduce a temas de carácter comercial o de relaciones insuficientes para impulsar al subsistema en su conjunto.

La industria farmacéutica ocupa una posición emergente en el subsistema, pues procura influir en los demás actores pero no logra su amplio reconocimiento. No obstante, los medicamentos genéricos así como los innovadores son clave para la salud y la eficiencia, por lo que su oferta mejoraría de compartir todos los actores un mismo marco estratégico. Los formadores privados de recursos humanos y los médicos especialistas ocupan una posición dominante por gozar de amplio reconocimiento, sin mayor influencia entre los demás actores. Su reconocimiento podría, así, no estar necesariamente alineado a sus intereses. Estos actores podrían incrementar su influencia asumiendo un rol más activo. El resto de los actores ocupan posiciones marginales en el subsistema, al no ejercer mayor influencia ni gozar de suficiente reconocimiento.

El liderazgo de todos los actores del subsistema privado de salud debe fortalecerse a fin de que puedan orientar sus estrategias de manera coordinada hacia el bienestar de la población. Resulta clave fortalecer el liderazgo entre los profesionales de la salud y de los reguladores para desarrollar modelos de atención hacia la medicina basada en la mejor evidencia así como hacia la atención primaria a la salud prepagada, que permitan coordinar la red de prestación, mejorar el acceso oportuno y reducir el gasto de bolsillo.



La regulación y el desarrollo estratégico del subsistema privado de atención de la salud

La regulación del subsistema privado de atención de la salud también encara grandes retos. La mayor parte de los profesionales ejercen de manera independiente, sin el apoyo de colegios, academias o asociaciones, y con un escaso apoyo de las autoridades de salud pública. El Estado regula el subsistema a través de instancias más preocupadas por el sector público o por la reducción de los riesgos sanitarios de los productos y los servicios, y con la predominancia de procesos voluntarios de acreditación y certificación de los profesionales. La excepción son los médicos especialistas, únicos obligados a la certificación por los consejos de cada especialidad. La regulación gubernamental está enfocada a garantizar estándares mínimos de infraestructura que, dado el gran número de unidades y su dispersión, sería difícil vigilar.

Puesto que el subsistema se caracteriza por la libre demanda y el gasto de bolsillo, se hace necesaria una regulación que busque garantizar tanto condiciones de eficiencia y competencia económica, como estándares técnicos y profesionales de los procesos de atención y de sus resultados. La experiencia internacional –sobre todo en países de América Latina– sugiere que la certificación de todos los profesionales por colegios y consejos contribuiría a elevar los estándares, y también a su vigilancia. La definición de guías de práctica clínica (GPC), y su vinculación con protocolos de atención, implica estándares de medicina basada en la mejor evidencia, contra los que los pagadores y los reguladores podrían comparar los procesos que se ofrecen y sus resultados. La regulación puede también contribuir a mejorar la información disponible para los usuarios y, en consecuencia, la competencia entre los oferentes.

El desarrollo estratégico del subsistema privado de atención de la salud debe apoyarse en una mejor regulación de: a) la tecnología que deba concentrarse para lograr su rentabilidad, a fin de estimular la eficiencia y contener los costos; b) la competencia entre los actores y, más específicamente, de los recursos y tecnología con niveles altos de concentración innecesaria; d) la utilización de tecnología, para proteger a los consumidores de la exposición y del gasto innecesarios, y e) la seguridad y calidad de la infraestructura y de las intervenciones para garantizar estándares óptimos de operación e incrementar la confianza de los consumidores. La regulación es actualmente pobre en los cuatro primeros conceptos y aceptable en el último, pero es sobre todo determinante la supervisión adecuada de su cumplimiento.



Colaboración público-privada

Para aprovechar las fortalezas del subsistema privado de atención de la salud en México y hacer frente a sus retos, sus actores deben apuntar hacia objetivos de política pública y de mercado, y buscar el reconocimiento del Estado y de la sociedad civil de su potencial. Por otro lado, la evidencia sugiere una amplia oportunidad para integrar el subsistema privado en la prestación de servicios financiados con fondos públicos mediante esquemas innovadores de aseguramiento público-privado. La venta de servicios privados de salud a las instituciones públicas puede contribuir a la inversión privada en salud, aliviando sus bajas tasas de inversión. Este desarrollo permitiría al Estado enfocarse en quienes menos tienen, además de potenciar el beneficio del gasto público para el bienestar de los mexicanos.

Conclusiones

El subsistema privado de atención de la salud tiene claras fortalezas, sobre todo en la amplia inversión y participación de recursos humanos y en la oferta de servicios, pues abarca 44.4% de la consulta externa y 19.5% de los egresos hospitalarios. Su rentabilidad respecto de otros sectores de la economía es moderadamente alta, y es un importante generador de empleo y formador de recursos humanos. Sin embargo, la inflación es mayor para este sector que para la economía en su conjunto. El subsistema privado se inscribe positivamente en la productividad de la economía, ya que resuelve problemas de salud con celeridad y, por lo general, a bajo costo para el paciente. Y se apoya en el liderazgo de los hospitales, de las empresas aseguradoras y de los reguladores.

Entre las debilidades del subsistema privado de atención de la salud destaca su segmentación socioeconómica, con grandes diferencias en la capacidad de los proveedores y los reguladores, así como de la información disponible para los consumidores. Si bien la atención privada de los segmentos de escasos ingresos complementa significativamente la del subsistema público, está dispersa, expuesta al conflicto de intereses en la venta de medicamentos, y el gasto de bolsillo impone barreras al acceso, sobre todo a la atención hospitalaria. Tanto la consulta externa como la hospitalización son, pues, poco rentables y encaran presiones para incumplir con estándares de calidad, inducir la demanda innecesaria y trasladar costos tanto a los pacientes como a los proveedores públicos. Estos costos se reflejarían en el eventual incremento en las complicaciones resultantes de una inadecuada calidad en la atención de las enfermedades crónicas y hospitalaria.

La atención privada más compleja –dirigida a los segmentos de mayores ingresos– encara, por el contrario, un problema de concentración. Este se debe, en parte, a la gran escala necesaria para lograr la rentabilidad de cierta tecnología



de punta, lo que ha llevado al predominio de los pocos hospitales grandes de alta especialidad que han podido introducir tecnología de alto costo. Pero la concentración también se explica por un modelo de atención regido por médicos especialistas independientes que tienden a referir a sus pacientes a hospitales de gran prestigio, pero que no son necesariamente los únicos que pueden prestar servicios de calidad. En este contexto, las empresas aseguradoras no pueden fomentar que los pacientes elijan hospitales de igual o incluso mejor calidad pero de menor costo.

La inflación de los servicios privados –sobre todo la atención hospitalaria más especializada– se ve reflejada directamente en el incremento del precio de los seguros, ya que éstos funcionan como agentes de distribución del riesgo financiero privado. Es importante reflexionar sobre las consecuencias que tendría en el mercado un mayor precio de las pólizas de seguros y, por consiguiente, una menor demanda de estos servicios y, con ello, un menor número de afiliados entre quienes repartir el riesgo financiero. Esto afectaría, a la larga, la oferta de la atención hospitalaria, los diagnósticos y los medicamentos de alto costo. Al reducirse la cobertura financiera privada de la población que también está afiliada en la seguridad social, las instituciones públicas verían incrementada su demanda. Dadas sus restricciones presupuestales, afectaría la oferta a toda la población, pero sobre todo a la población de escasos recursos, que tiene menor capacidad para obtener servicios.

La regulación del subsistema privado de atención de la salud debe fortalecerse en todas las ramas y para toda la población que atiende, considerando los principales tipos de regulación analizados en este informe: precios, competencia, utilización y seguridad, para contender con la amenaza que significan tanto la baja rentabilidad de los hospitales chicos y la consulta externa orientada a la venta de medicamentos, como la alta concentración y la inflación del mercado orientado a la clase media. Se debe incrementar, asimismo, la información disponible sobre el desempeño hospitalario, ofreciéndola como un bien público, tanto para los usuarios como para los profesionales, y las empresas de servicios y de seguros. Todos los actores deben también disponer de información sobre los estándares de calidad, las GPC y los protocolos de atención de las enfermedades más comunes.

La mayor disponibilidad de información permitiría que organismos de la sociedad civil orientaran la demanda de servicios con base en la evidencia, apoyaran a la población usuaria y contribuyeran a la seguridad, la calidad y la eficiencia de la atención. El subsistema privado estaría, así, también en mejor posición para colaborar con el subsistema público participando en redes integradas de atención y contribuyendo con servicios allí donde fuera más eficiente y competitivo.

Fortalecer la regulación y dar acceso a la información son cuestiones que no pueden simplemente encomendarse al gobierno. No sólo por las consecuen-



cias presupuestales sino, sobre todo, por la necesidad de influir de manera efectiva y aceptable en la conducta de cada médico, cada farmacia y cada hospital en el país. La experiencia internacional sugiere que los colegios profesionales y las comisiones o “superintendencias”, financiadas en parte o en su totalidad por contribuciones de los prestadores de servicios, pueden contribuir singularmente a la seguridad, la eficiencia y la calidad de los servicios.

Recomendaciones

Se necesitan políticas y estrategias para aprovechar las fortalezas, superar las limitaciones y contener las amenazas que se presentan en cada uno de los mercados y componentes del subsistema privado de atención de la salud. Se necesita, en suma, un subsistema privado más integrado, confiable y eficiente, con una clara trascendencia sobre la calidad, el costo y los resultados en salud que ofrece a la población. Un subsistema que favorezca la preparación de recursos humanos para la salud y logre una mayor complementación en el seno del Sistema Nacional de Salud, con criterios explícitos de colaboración público-privada y de elección ciudadana de prestadores de servicios, e incluso de gestores financieros.

De lo anteriormente expuesto se desprenden recomendaciones para que el subsistema privado cumpla con cuatro objetivos: seguridad, calidad, eficiencia y liderazgo.

Recomendaciones para garantizar la seguridad del subsistema privado de atención de la salud

- Fortalecer las instituciones regulatorias gubernamentales y de la sociedad civil y considerar la creación de una nueva comisión basada en la experiencia internacional.
- Hacer obligatoria la acreditación y re-acreditación periódica de todos los hospitales.
- Hacer obligatoria la certificación de los médicos generales.
- Delegar a los colegios profesionales funciones de auto-regulación en estrecha coordinación con el Estado.
- Desarrollar herramientas de autodiagnóstico basadas en la analítica de negocios.
- Vigilar de manera diferenciada las unidades de atención conforme a su tamaño y su modelo de atención.
- Establecer tribunales especializados de ética profesional, complementarios de la Cofepris.



Recomendaciones para mejorar la calidad del subsistema privado de atención de la salud

- Impulsar el enfoque de la atención primaria a la salud para reforzar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y complicaciones.
- Establecer procedimientos para disponer de información periódica, sistemática y obligatoria para evaluar a los prestadores de servicios conforme a su modelo de atención y su escala.
- Diseñar e impulsar un organismo especializado que diseñe indicadores y publique información sobre la calidad de los prestadores de servicios de salud.
- Fortalecer la adopción o adaptación de GPC, con particular atención en la utilización de la tecnología sanitaria emergente.
- Impulsar la categorización y la vigilancia del desempeño de los prestadores de servicios, incluyendo su calidad, el cumplimiento de sus compromisos contractuales y sus costos.
- Implementar una norma de viabilidad financiera como premisa de la seguridad y la calidad para los hospitales.

Recomendaciones para incrementar la eficiencia del subsistema privado de atención de la salud

- Investigar sobre la base de la analítica de datos (*big data*) los factores que influyen en la oferta y los costos de la tecnología, los medicamentos, los hospitales y la atención médica.
- Regular la utilización de tecnología para la salud y de sistemas de gestión y facturación para contribuir a la competitividad y la eficiencia.
- Fomentar modelos de negocio alineados a la productividad con calidad, basados en la venta de servicios en redes de atención y en asociaciones público-privadas.
- Otorgar incentivos a la inversión en hospitales de tamaño medio que contribuyan a economías de escala óptimas para reducir los riesgos y fomentar la competencia.
- Crear esquemas de pago innovadores que alineen los incentivos de los proveedores y los pagadores con la promoción, la prevención y la atención de la salud.
- Optimizar e innovar dentro del sector asegurador la suscripción, la atención a clientes, la cobranza, el pago a proveedores y el pago de siniestros en toda la cadena de valor.
- Desarrollar modelos innovadores de aseguramiento privado y promover canales para su comercialización, que faciliten el control de la calidad y los costos.
- Fomentar estrategias para premiar al asegurado responsable y ampliar el universo de las personas aseguradas.
- Incrementar la oferta de espacios clínicos en los hospitales privados para incrementar la formación de médicos generales y especialistas.



Recomendaciones para fortalecer el liderazgo del subsistema privado de atención de la salud

- Integrar plenamente el subsistema privado al sistema de salud en el marco Constitucional, tanto del derecho a la protección de la salud como de la competencia económica.
- Establecer un foro nacional de bienes y servicios privados de la salud, con la más amplia participación de órganos privados, del Estado y de la sociedad civil.
- Publicar periódicamente un informe de la situación del subsistema privado de atención de la salud, con indicadores clave de desempeño.
- Fortalecer el liderazgo de los actores del subsistema privado, sobre todo de los colegios profesionales.
- Financiar y coordinar investigación de la más alta calidad tendiente a profundizar en los temas y retos prioritarios del subsistema privado de atención de la salud.



Glosario

AMIS	Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros
ANADIM	Asociación Nacional de Distribuidores de Medicina
Anafarmex	Asociación Nacional de Farmacias de México
ANS	Agencia Nacional de la Salud Suplementaria
APP	Asociaciones público-privadas
CAF	Consultorio adyacente a una farmacia
Canifarma	Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica
CCE	Consejo Coordinador Empresarial
CMH	Consortio Mexicano de Hospitales
Cofarmex	Consejo Farmacéutico Mexicano, A.C.
Cofece	Comisión Federal de Competencia Económica
Cofepris	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
Conamed	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
Conamege	Comité Normativo Nacional de Medicina General
CSG	Consejo de Salubridad General
CUSF	Circular Única de Seguros y Fianzas
DGECS	Dirección General de Educación y Calidad en Salud
DGIS	Dirección General de Información en Salud
Diprofar	Asociación de Distribuidores de Productos Farmacéuticos de la República Mexicana
ENARM	Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
ENOE	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo
EPS	Empresas Promotoras de Salud
EsSalud	Seguro Social de Perú
ESSP	Servicios de Salud Prepagados
Fonasa	Fondo Nacional de Salud
GMM	Gastos Médicos Mayores
GPC	Guías de práctica clínica
IAFAS	Instituciones Administradoras de los Fondos de Aseguramiento en Salud
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IDSS	Índice de Desarrollo de la Salud Suplementaria



Glosario

IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
Ipress	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
Isapres	Instituciones de Salud Previsional
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
PAS	Planes Adicionales de Salud
PBT	Producción Bruta Total
Pemex	Petróleos Mexicanos
PIB	Producto Interno Bruto
Pymes	Pequeñas y medianas empresas
Renasica	Registro Nacional de Síndromes Agudos Coronarios
SETI	Sistema Electrónico de Transferencia de Información
Sinerhías	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud
SP	Seguro Popular
SSa	Secretaría de Salud
Supersalud	Superintendencia Nacional de Salud (Colombia)
Susalud	Superintendencia Nacional de Salud (Perú)
TEDEF	Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación
Unefarm	Unión Nacional de Empresarios Farmacéuticos



I. Introducción

El acceso a los servicios de salud en México ha incrementado significativamente en las últimas décadas gracias al desarrollo tanto de las políticas como de los mercados de productos y servicios de salud. Es necesario conocer la contribución del subsistema privado de atención de la salud al bienestar de los mexicanos y su relación con el sistema de salud en su conjunto.

Este informe presenta un diagnóstico de la situación de los prestadores de servicios de salud ambulatorios y hospitalarios, y sus tendencias, considerando su tamaño y su distribución, su comportamiento económico, la atención prestada, la situación del gasto privado en salud y del aseguramiento, así como aspectos de su colaboración con el sector público y su regulación. Sobre esta base se analiza la segmentación del subsistema privado considerando la relación de la oferta –conforme a su tamaño y su complejidad– con los diferentes estratos socioeconómicos de la población. Se analiza, asimismo, la posición de los actores con respecto al liderazgo y la conducción estratégica. El informe presenta, finalmente, las mejores prácticas de colaboración público-privada y de regulación del subsistema privado en América Latina, para proponer estrategias para el desarrollo del subsistema privado de atención médica en beneficio de todos los mexicanos.

El crecimiento y el desarrollo del subsistema privado de atención médica están determinados por la interacción de diversos factores. Por un lado, los mexicanos buscan servicios de salud con comodidad y de calidad, además de precios accesibles para contender con las crecientes exigencias familiares en un entorno urbano complicado. Por otro lado, el uso de servicios privados se debe también a que los servicios de salud provistos por las instituciones gubernamentales, a las que la mayor parte de los mexicanos están afiliados, son insuficientes, de difícil acceso e insatisfactorios.

Este diagnóstico pretende facilitar el diálogo sobre las políticas y estrategias del subsistema privado de atención de la salud, y su relación con las políticas y los programas públicos. El diagnóstico aprovechó la rica información disponible, principalmente de los censos económicos y los hospitales privados, además de encuestas periódicas del empleo y la salud. Se procuró establecer las tendencias del desarrollo de cada actor del subsistema en los últimos diez años. Sobre la base de entrevistas a más de 20 representantes clave y del análisis de la red de interacciones, se evaluó la alineación de los actores del subsistema para lograr un óptimo desempeño y una mejor calidad.

El diagnóstico produjo tres informes en extenso –que integra esta publicación– sobre la situación de la oferta, la demanda y las interacciones en el subsistema



privado de atención de la salud.¹ Se considera, además, la experiencia internacional para elaborar propuestas tendientes a integrar el subsistema privado en el ámbito del Sistema Nacional de Salud en su conjunto.

Los autores agradecen a todos los funcionarios de las instituciones y empresas del subsistema privado de salud y a los reguladores gubernamentales que participaron en el estudio aportando información y valiosos puntos de vista. Se agradece a la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros por el financiamiento que hizo posible el levantamiento de parte de la información y la publicación de la obra. Los autores agradecen a José Alarcón, Jacqueline Alcalde, Alejandro Figueroa, Carlos Manuel Guerrero, Beatriz Martínez, María Guadalupe Ramírez, Berenice Rodríguez Zea, Arturo Ruiz y Emily Vargas por su contribución en diferentes aspectos del estudio.

¹ González Block MA, Aldape R y Gutiérrez E. Diagnóstico de la oferta del subsistema privado de atención de la salud de México. Huixquilucan, Universidad Anáhuac, 2017. González Block MA y Cahuana L, Diagnóstico de la demanda del subsistema privado de la salud de México. Huixquilucan, Universidad Anáhuac, 2017. González Block MA y Díaz S, Diagnóstico de la interacción de los actores del subsistema privado de la salud de México. Huixquilucan, Universidad Anáhuac, 2017.



II. Los actores del subsistema privado de atención de la salud

El subsistema privado de atención de la salud se compone de actores de características diversas por su tamaño, el número de unidades de producción de bienes y servicios, y sus patrones de distribución. En este capítulo se analizan las características de los actores en el plano de las unidades económicas sobre la base de la información que aportan los censos económicos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) para las ramas de actividad relevantes en el campo de la salud. Se analizan en mayor detalle las características de los consultorios, de la industria farmacéutica, de las farmacias y de los hospitales, acudiendo al análisis de literatura complementaria, en particular, las estadísticas de salud de los hospitales particulares que recoge anualmente el INEGI, y la Información de Salud de la Secretaría de Salud (SSa), que permite analizar la distribución geográfica de los hospitales por entidad federativa y conforme al Índice de Desarrollo Humano municipal, e identificar la relación entre tamaño y grado de desarrollo.

Composición y crecimiento del subsistema privado de atención de la salud

El subsistema privado de atención de la salud está compuesto por 228,137 unidades económicas prestadoras de servicios personales y productoras de bienes para la salud. Participan también 32 empresas aseguradoras privadas que ofrecen pólizas de gastos médicos mayores (GMM). De las unidades económicas productoras de bienes y servicios, 84% están conformadas por tres ramas: 81,279 farmacias comunitarias (36%), 59,528 consultorios médicos (26%) y 50,727 consultorios dentales (22%). Los 2,960 hospitales –entre generales y de otras especialidades– representan 1% del total de las unidades ([cuadro 1 ►](#)).

El número de unidades económicas creció, en promedio, 4.3% anual entre 2003 y 2013. El número de hospitales generales disminuyó en el periodo, de 1,699 a 1,453 unidades, el equivalente a 1.6% anual y 14.5% durante el periodo. El número de hospitales psiquiátricos y de centros de atención ambulatoria también disminuyó. Los servicios de enfermería a domicilio crecieron a un ritmo de 12.2% anual. Los siguen los servicios de ambulancias, los bancos de órganos y otros servicios auxiliares para el tratamiento médico, cuyo número creció 11.9% al año. En cuanto a las farmacias comunitarias –el grupo más numeroso– crecieron a un ritmo promedio de 3.9% anual. Los consultorios médicos pasaron de 42,605 a 59,528 en el periodo, con un ritmo de 3.4% anual.



Cuadro 1. Número de unidades económicas por rama del subsistema privado de la salud. México, 2003 y 2013

Descripción	2003	2013	Variación anual %
Servicios de enfermería a domicilio	49	155	12.2
Servicios de ambulancias de bancos de órganos y otros servicios auxiliares al tratamiento médico	183	563	11.9
Otros consultorios para el cuidado de la salud	6,417	16,455	9.9
Laboratorios médicos y de diagnóstico	6,972	11,939	5.5
Distribuidores de productos farmacéuticos	1,175	1,910	5.0
Consultorios dentales	32,014	50,727	4.7
Farmacias comunitarias	55,481	81,279	3.9
Fabricación de productos farmacéuticos	480	686	3.6
Consultorios médicos	42,605	59,528	3.4
Fabricación de equipo no electrónico y material desechable de uso médico dental y para laboratorio y artículos oftálmicos	1,583	2,129	3.0
Hospitales de otras especialidades médicas	782	829	0.6
Centros para la atención de pacientes que no requieren hospitalización	519	465	-1.1
Hospitales generales	1,699	1,453	-1.6
Hospitales psiquiátricos y para el tratamiento por adicción	32	19	-5.1
Total	149,991	228,137	4.3

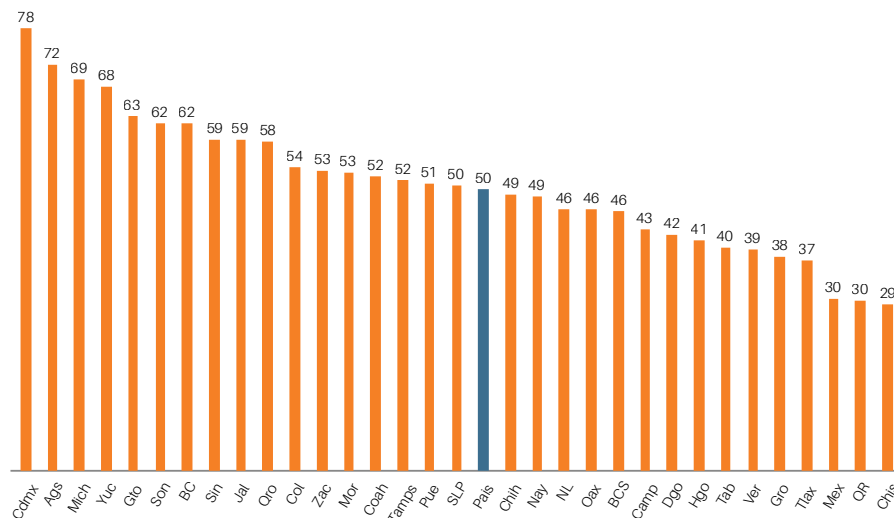
Fuente: INEGI, Censos Económicos.

Los consultorios

Los cerca de 60,000 consultorios médicos privados en México ofrecen, en su mayoría, los servicios de un solo profesional en práctica libre. Esto se infiere al observar –como se analizará en mayor detalle– que 67,855 médicos laboran en el sector privado como profesionales independientes, mientras que 83.2% de los consultorios ocupan hasta dos personas. Ello sugiere que cada consultorio emplea, por lo general, a un profesional de la medicina y una persona en recepción o –en menor medida, como veremos más adelante– en servicios de enfermería.

Los consultorios médicos privados tienen una distribución desigual entre las entidades federativas. Mientras que por cada cien mil habitantes hay, en promedio, 50 consultorios que ofrecen atención directa a los pacientes, este indicador es de 78 para la Ciudad de México y de sólo 29 o 30 para Chiapas, el Estado de México y Quintana Roo (figura 1►).

Figura 1. Consultorios médicos privados por 100,000 habitantes según entidad federativa. México, 2013



Fuente: INEGI, Censos Económicos.

La industria farmacéutica

La industria farmacéutica pertenece prácticamente en su totalidad al subsistema privado de atención de la salud, y se compone de empresas nacionales e internacionales. Su valor de producción fue, de acuerdo con la empresa IMS Health, de \$184.5 miles de millones de pesos.² La industria farmacéutica depende en su mayor parte de las ventas al subsistema privado, con 70% del valor, aunque las ventas al subsistema público han mostrado un mayor crecimiento: entre 2010 y 2014 fueron de entre 5.6% y 10.9% según el gasto institucional auditado y el no auditado, respectivamente. En el mismo periodo las ventas privadas incrementaron sólo 2.8%. Incluso entre 2013 y 2014, el crecimiento de la industria se apoyó sólo en las compras del sector público, que incrementaron entre 9.5% y 10.8%, según su estado contable, contra un decremento en las ventas privadas de entre 0.4% y 1.0%.

El estancamiento en las ventas de medicamentos al subsistema privado se explica sobre todo por la reducción del crecimiento del gasto de bolsillo, y éste, a su vez, por el decremento de los ingresos de la población y, quizá en menor grado, por el mayor crecimiento de las ventas al subsistema público.

² IMS. Resultados del mercado farmacéutico y tendencias. IMS World Review Conference 2015.

Los medicamentos genéricos han observado el mayor crecimiento en México, al pasar de ocupar 17% del valor en 2010 a 20% en 2014, mientras que los genéricos de marca crecieron en el mismo periodo de 29% a 31%. Los medicamentos patentados vendidos en el mercado privado decrecieron, en cambio, de 43% a 38%, y aquellos vendidos al gobierno se mantuvieron en 11%.³

El crecimiento del mercado de medicamentos genéricos no ha sido tan rápido como hubiera podido esperarse. Según un estudio de la Comisión Federal de Competencia Económica, cuatro de cada diez medicamentos que han perdido la patente en México carecen de competencia por un medicamento genérico.⁴ Entre los medicamentos que pierden la patente y para los que entraron genéricos, transcurrieron más de dos años para su entrada al mercado, cuando en otros países –dada la antelación con que actúan los competidores– su acceso es inmediato o de sólo algunos meses. Además, por cada medicamento que pierde la patente y entra al mercado, México tiene 2.8 competidores, contra 10.1 en Estados Unidos. La reducción de precios observada a dos años por la introducción de la competencia es de sólo 20% en México, contra 40% en la Unión Europea. Lo que se traduce en un perjuicio para los hogares mexicanos, que están gastando \$2,552 millones de pesos anuales –0.54% del gasto de bolsillo– que podrían evitarse con la mayor competencia.

El estudio de la Cofece señala factores que inhiben la competencia, como la expedición de varias patentes sobre una misma sustancia activa, la defensa judicial de las patentes, la falta de coordinación en cuanto a la información de las patentes y el registro sanitario, la falta de transparencia sobre los plazos de gestión de las solicitudes de registro de nuevas moléculas y de prórrogas, y fallas en la regulación que no hace obligatoria la especificación de la sustancia activa en la receta de los médicos. Lo anterior, a pesar de las acciones realizadas por la Cofepris para acelerar los trámites de autorización de acceso al mercado.

Ahora bien, las moléculas innovadoras que tienen patente están creciendo en el mercado nacional, toda vez que se ha logrado su rápida aceptación por la Cofepris y el Consejo de Salubridad General. No obstante, su inclusión en los cuadros básicos institucionales ha disminuido de manera considerable. De un total de 49 y 58 inclusiones del IMSS y el ISSSTE, respectivamente, a sus cuadros básicos en 2009, éstas fueron 0 y 1 en 2014, si bien tuvieron un ligero repunte en 2015, para alcanzar 13 y 5 inclusiones.⁵ El IMSS sólo aceptó 21% de las solicitudes, y el ISSSTE 8%, aduciendo principalmente a limitaciones presupuestales.⁶ El mayor número de moléculas innovadoras en el mercado se limita, así, al consumo en el mercado privado, lo que incrementa la presión sobre el gasto de bolsillo y los seguros privados.

³ IMS, *Ibid.*

⁴ Comisión Federal de Competencia, Estudio en materia de libre competencia y competencia sobre los mercados de medicamentos con patentes vencidas en México. C. de México, COFECE, 2017.

⁵ IMS Health, *Op. Cit.*

⁶ IMS Health, *Ibid.*; PwC, Diez grandes cuestiones de la industria de la salud, *Op. Cit.*



Las farmacias

Las más de 80,000 farmacias comunitarias (externas a los hospitales) registradas en los censos económicos incluyen establecimientos independientes, farmacias de cadena y farmacias en supermercados. En 2014, empresas –como IMS Health– que monitorean el mercado farmacéutico identifican sólo 35,975 farmacias de cualquier tipo, lo que deja fuera a 45,304 establecimientos. Cabe suponer que éstos serán independientes y de muy pequeños.⁷ El total de farmacias independientes puede estimarse sumando las 35,979 farmacias que la empresa IMS Health no reporta, más las 24,483 farmacias reportadas como independientes. Esto arroja una cifra de 69,787 farmacias independientes, lo que equivale a 85.9% del total en México. Las farmacias de cadena reportadas por IMS Health suman 8 387, y las de supermercados, 3,105, que representan –considerando el denominador del Censo Económico– 10.3% y 3.8% del total, respectivamente.⁸

El valor total de las ventas de las farmacias reportadas por IMS Health fue de \$117.8 mil millones de pesos en 2014.⁹ Las farmacias de cadenas de mayor tamaño son las únicas con crecimiento en el valor de ventas, basado en la oferta de productos innovadores para el mercado de mayores ingresos, y cuentan con 34.6% de los puntos de venta de farmacias de cadenas y de supermercados, y 59.5% del valor de ventas.

Estas ventas están subsidiadas por el gobierno con la exención del IVA, equivalente a \$18.9 mil millones de pesos. Para aquilatar el costo de oportunidad del subsidio, éste equivale a 27% del presupuesto del Seguro Popular o 4.0% del gasto total de bolsillo en salud. El subsidio tenderá a ser regresivo, pues beneficia a los consumidores de mayores ingresos y gasto en medicamentos.

El gobierno también establece precios máximos al público en consenso con la industria, cuya aplicación es voluntaria. Cabe destacar, no obstante, que, al facturar los medicamentos como servicios, las farmacias hospitalarias no están exentas del IVA ni se apegan a los precios máximos al público. Esta situación puede llevar a un incremento sustancial de los precios, como se verá en el capítulo dedicado a la Atención hospitalaria.

Las farmacias de cadena están creciendo con diversos modelos orientados a distintos segmentos del mercado. El de mayor crecimiento ha sido el de las farmacias apoyadas por un consultorio médico adyacente, que impulsan la venta de antibióticos y otros medicamentos, sobre todo genéricos. Otro

⁷ IMS Health, *Op. Cit.*

⁸ De acuerdo con el informe de IMS Health basado sólo en las farmacias que ellos reportan, las farmacias independientes son 68.1% del total, las de supermercados 8.6% y las de cadenas 23.3%.

⁹ IMS Health, *Ibid.*



modelo enfoca la venta de productos innovadores, incluyendo los que no están disponibles en las instituciones públicas y que prescriben médicos especialistas. Las farmacias de cadena y de supermercado tienden a competir estableciendo canales de distribución directos con los laboratorios para algunos de sus productos, y comercializando genéricos de marca. La venta directa de los laboratorios a las farmacias ya ocupa 33.5% del valor de la distribución de medicamentos, y tiende a incrementar aceleradamente.

Si bien las farmacias independientes están decreciendo en términos absolutos, también están surgiendo nuevos establecimientos independientes que tienden a reemplazarlas. Para competir, las farmacias independientes de mayor tamaño están homologando su imagen y sus procedimientos con estrategias de asociación. La Asociación Nacional de Farmacias de México (Anafarmex) asocia 15,000 puntos de venta, mientras que la Unión Nacional de Empresarios Farmacéuticos reúne 5,600 y la Asociación Nacional de Distribuidores de Medicina, 17 empresas con 7,250 puntos de venta.

Las farmacias de mayor tamaño son surtidas principalmente por cuatro grandes distribuidores que concentran 57.9% del mercado.¹⁰ El papel de los distribuidores es clave sobre todo en las farmacias independientes, que atienden la mayor parte de sus necesidades con pedidos surtidos en 24 horas, con lo que disminuye los inventarios y garantizan la oferta de los productos más demandados.¹¹ La supervisión de la cadena logística brindada por los distribuidores y regulada por la Cofepris contribuye a la rentabilidad de las farmacias y a la seguridad de sus productos.

Más adelante se analiza la ventaja económica que los grandes distribuidores podrían estar derivando con la concentración del mercado. Es preciso notar el problema de la dispersión de las farmacias en los pueblos y las pequeñas ciudades, que dependen de canales de distribución también pequeños y de escasa capacidad logística: cerca de 1,900, de acuerdo con los Censos Económicos. Su dispersión geográfica y su baja escala podrían derivar en la elevación de los precios y, sobre todo, en la inseguridad de los medicamentos.

Si bien la regulación de las farmacias hace obligatorio tener a un profesional de farmacia responsable, personal técnico o de menor preparación efectúa la mayor parte de la dispensación, y el profesional está presente en sólo 5% de los establecimientos.¹² La Cofepris ya ofrece un curso en línea para técnicos de farmacia, la Anafarmex y otros actores están certificando competencias y han alcanzado 30% del personal. Se ha regulado estrictamente sólo a los antibióticos

¹⁰ IMS Health, *Op. Cit*; Forbes, El negocio de la distribución de medicamentos después de Saba. <https://www.forbes.com.mx/el-negocio-de-la-distribucion-de-medicamentos-despues-de-saba/>. Consultado el 14 de febrero de 2018.

¹¹ Diprofar, entrevista.

¹² Anafarmex, entrevista.



para evitar su venta sin receta, además de, por supuesto, los medicamentos controlados. La venta de medicamentos sin receta hace común la automedicación, lo que conlleva un evidente riesgo para la salud de la población.

Los hospitales

En 2015 había 2,960 unidades y 33,980 camas censables (cuadro 2), con un promedio de 11.5 camas por hospital, el equivalente a 28% del total a nivel nacional. Una característica de los hospitales en México es su segmentación por tamaño. Si bien la distinción de grupos de hospitales conforme al número de camas es hasta cierto punto arbitraria, la escala define una diferencia significativa –como se verá más adelante– para la rentabilidad y la infraestructura y, por consiguiente, para los servicios que prestan y, plausiblemente, para la calidad de los procesos y las consecuencias en la salud. Por otra parte, los hospitales de mayor tamaño tienden a reunirse en pocas empresas, generando así un problema de concentración económica.

Los hospitales privados pueden clasificarse en tres categorías por su tamaño, la infraestructura disponible, el nivel de especialización de los profesionales de la medicina, y la organización de los servicios (cuadro 3►).

Del total de los hospitales privados en México, 89% brindan atención general, que puede incluir las cuatro especialidades básicas (ginecobstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía) o especialidades adicionales. El 11% restante se dedican a brindar servicios en una sola especialidad, como podría ser ginecobstetricia. De los hospitales que brindan una sola especialidad, 93% tienen menos de 25 camas.

La mayor parte de las camas censables privadas (82.3%) se ubican en hospitales de menos de 15 camas (cuadro 4►). Los hospitales de 50 camas y más –94 en

Cuadro 2. Hospitales privados según especialidad y número de camas. México, 2015

Tipo de hospital	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 24	25 a 49	50 y más	Total	%
Hospital general	628	1,105	428	256	136	83	2,636	89.1
Gineco-obstetricia	82	55	16	12	4	1	170	5.7
Pediatría	4	5	1		2	1	13	0.4
Psiquiatría			3		2	8	13	0.4
Traumatología	6	3			1		10	0.3
Otras especialidades	60	35	6	12	4	1	118	4.0
Total	780	1,203	454	280	149	94	2,960	100

Fuente: INEGI, Censos Económicos.



Cuadro 3. Clasificación de los hospitales privados según tamaño y complejidad. México, 2015



Nivel y tipo	Tamaño	Unidades especiales	Servicios de diagnóstico	Personal	Organización	Enseñanza e investigación
Nivel 3 o de alta especialidad	Más de 50 camas	Trasplantes, cirugía neurológica, cirugía cardiovascular y traumatología de tercer grado.	Permanente y de tecnología compleja	Múltiples especialidades y subespecialidades	Unidades de hospitalización, urgencias, terapia intensiva y ambulancia	Sí
Nivel 2 u hospital general y sanatorio	21 a 49 camas	Medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia y trauma 1er y 2do grado	Permanente y de tecnología intermedia	Especialistas		No
Nivel 1 o clínicas y centro de salud.	1 a 20 camas	No cuentan con ellas	Tecnología básica	No especializado	Consulta externa, atención ambulatoria, internamientos menores de 24 horas	No

Fuentes: AMIS; Hurtado A. Asociación Mexicana de Hospitales, Clasificación de hospitales privados, México, 1993. GNP: OMS, INEGI.

Cuadro 4. Distribución de unidades hospitalarias y camas censables privadas según número de camas censables. México, 2015

Concepto	Total	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 24	25 a 49	50 y más
Hospitales	2,960	780	1,203	454	280	149	94
Hospitales %	100%	26.4%	40.6%	15.3%	9.5%	5.0%	3.2%
Camas censables	33,980	2,485	7,915	5,169	5,199	4,954	8,258
Camas censables %	100%	7.3%	23.3%	15.2%	15.3%	14.6%	24.3%
Promedio de camas por hospital	11.5	3.2	6.6	11.4	18.6	33.2	87.9

Fuente: INEGI, Estadísticas de salud en establecimientos particulares.



Cuadro 5. Distribución de unidades hospitalarias y camas censables según entidad federativa. México 2015

Entidades	Unidades	Camas censables	%
Ciudad de México	281	4,909	14.4%
México	459	3,711	10.9%
Jalisco	210	3,082	9.1%
Nuevo León	75	2,253	6.6%
Guanajuato	218	2,217	6.5%
Puebla	148	1,838	5.4%
Otras	1,569	15,970	47.0%
Total	2,960	33,980	100%

Fuente: INEGI, Estadísticas de salud en establecimientos particulares.

total- concentran tan solo 3.2% del total de camas, y los de tamaño medio -de entre 15 y 49 camas- concentran 14.5% del total. La distribución de camas por hospital en el sector privado contrasta con la del sector público, donde 31%¹³ de las camas están en unidades de 50 camas y más.

La distribución de los hospitales privados en el territorio nacional es heterogénea: seis entidades concentran 53% de las camas censables (cuadro 5). La Ciudad de México tiene, por mucho, la mayor concentración, con 0.55 camas por cada cien mil habitantes, seguida de Nuevo León, con 0.44. En el extremo opuesto están Chiapas, con 0.12, y Nayarit, con sólo 0.08, cifras cinco veces inferiores (figura 2►).

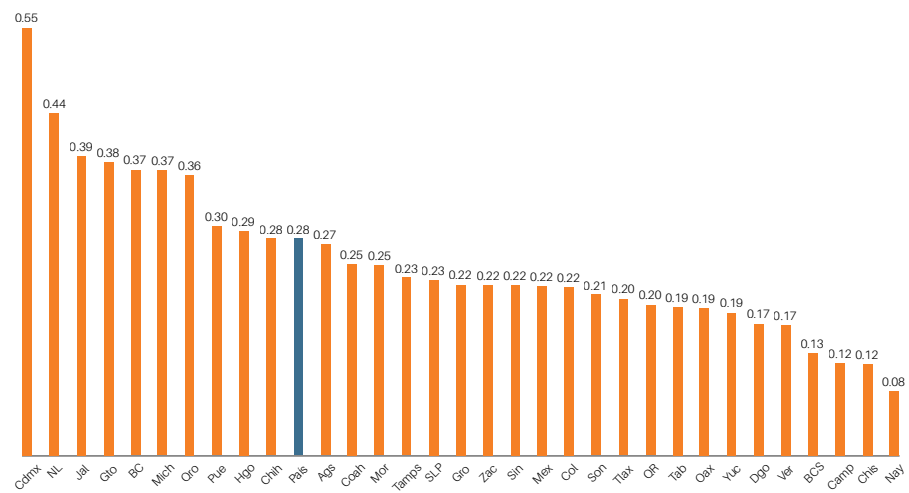
Los 94 hospitales del país de 50 camas o más se encuentran en 18 entidades. La Ciudad de México, Nuevo León y Jalisco concentran 45 (47.9%) (cuadro 6►). Estos hospitales son los únicos que disponen de especialistas y equipos para la atención de enfermedades y emergencias complejas y de alto costo, lo que deja ver algunas de las limitaciones del alcance del subsistema privado de atención de la salud. Más adelante se analiza su concentración por empresas.

Los hospitales que atienden a la población que cuenta con un seguro médico privado también están altamente concentrados. Ocho grupos hospitalarios atienden 52.2% del total de los casos financiados por seguros privados (cuadro 7►). El Grupo Operadora de Hospitales Ángeles atiende 19.9% del total de los casos y lo siguen seis hospitales que atienden entre 4.2% y 6.4% de los casos. En octavo lugar está el Grupo San Ángel Inn, con sólo 1.5% del total. Este análisis revela un alto grado de concentración del gasto asegurado en los hospitales de mayor complejidad y, entre estos, en un solo grupo hospitalario.

¹³ DGIS cierres anuales SINERHIAS 2001-2014.



Figura 2. Camas censables privadas por mil habitantes según entidad federativa. México, 2015



Fuente: INEGI, Estadísticas de salud en establecimientos particulares.

Cuadro 6. Número de hospitales de 50 camas y más, según entidad federativa. México, 2015

Entidad	Número	%
Ciudad de México	22	23.4
Nuevo León	13	13.8
Jalisco	10	10.6
México	6	6.4
Puebla	6	6.4
Chihuahua	6	6.4
Coahuila	6	6.4
Guanajuato	3	3.2
Querétaro	3	3.2
Michoacán	3	3.2
Sonora	3	3.2
San Luis Potosí	3	3.2
Yucatán	3	3.2
Veracruz	2	2.1
Tamaulipas	2	2.1
Baja California	1	1.1
Sinaloa	1	1.1
Chiapas	1	1.1
Total	94	100

Fuente: INEGI, Estadísticas de salud en establecimientos particulares.

Cuadro 7. Principales grupos hospitalarios privados según el número de egresos atendidos que fueron pagados por las aseguradoras privadas. México, 2016

Grupo hospitalario		Egresos (%)
1	Operadora de Hospitales Ángeles	19.9
2	Christus Muguerza	6.4
3	Oca	5.5
4	Hospital ABC	5.1
5	Hospital Español	4.9
6	Médica Sur	4.6
7	Star Medica	4.2
8	San Ángel Inn	1.5
Total		52.2

Fuente: AMIS. Base de datos.

La gran mayoría de los hospitales privados se localizan en los municipios más urbanizados, de Índice de Desarrollo Humano (IDH) medio a muy alto; rango que caracteriza a 75% de los municipios del país. La mediana del IDH de todas las categorías de tamaño cae en el rango de muy alto desarrollo (IDH 0.69 a 0.92). Todos los hospitales de hasta 24 camas ubicados en el percentil 5% de la distribución de IDH observan un valor del IDH de 0.64 (cuadro 8), que corresponde a un desarrollo alto (IDH entre 0.63 y 0.69). Por su parte, los hospitales mayores de 24 camas en el percentil 5% tienen valores de IDH superiores a 0.72, que los coloca en municipios de muy alto desarrollo (IDH de 0.69 para arriba). Esto significa que

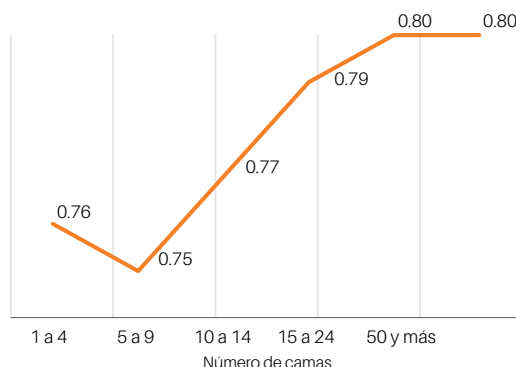
Cuadro 8. Percentil del Índice de Desarrollo Humano de los municipios donde se localizan los hospitales privados según número de camas

	Número de camas						
	5%	10%	25%	50% (Mediana)	75%	90%	95%
1 a 4	0.64	0.66	0.71	0.76	0.79	0.81	0.83
5 a 9	0.64	0.66	0.70	0.75	0.79	0.81	0.82
10 a 14	0.65	0.67	0.72	0.77	0.80	0.82	0.85
15 a 24	0.66	0.71	0.75	0.79	0.80	0.82	0.85
25 a 49	0.72	0.74	0.76	0.80	0.81	0.85	0.88
50+	0.75	0.75	0.79	0.80	0.82	0.85	0.88

Fuentes: Secretaría de Salud, CLUES 2017. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Informe 2014 del Índice de Desarrollo Humano Municipal en México.



Figura 3. Mediana del Índice de Desarrollo Humano de los hospitales privados según tamaño.* México, 2015



* El IDH de cada hospital corresponde con el IDH del municipio donde se localiza.

Fuente: INEGI, Secretaría de Salud, CLUES 2017. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Informe 2014 del Índice de Desarrollo Humano Municipal en México.

al menos 95% de los hospitales privados de entre 1 y 24 camas se localizan en municipios de alto desarrollo, mientras que al menos 95% los hospitales de mayor tamaño se localizan en municipios de muy alto desarrollo.

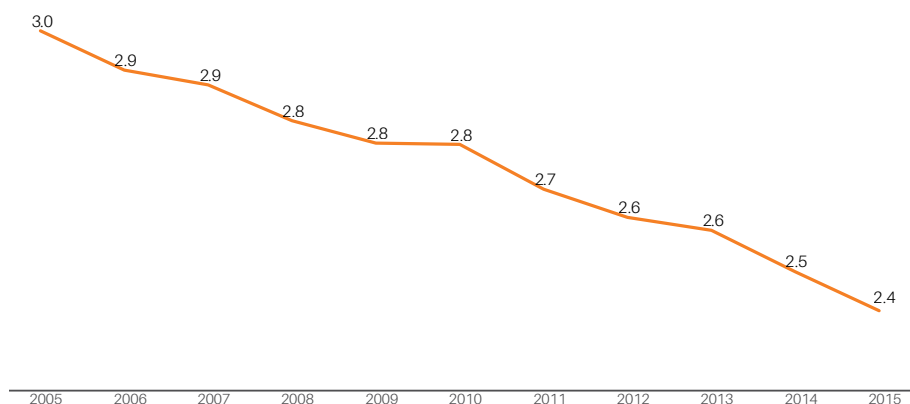
Sólo cinco hospitales privados se localizan en municipios de bajo desarrollo (IDH de 0.35 a 0.58) y, aun allí, el límite superior del IDH es de entre 0.55 y 0.57. Estos municipios son Palmar de Bravo y Ajalpan, en Puebla; Calnali y Acaxochitlán, en Hidalgo, y Tuzantla, en Michoacán. La población de estos municipios es de entre 15,300 y 65,800 habitantes, y su densidad es de entre 15 y 183 habitantes por kilómetro cuadrado. Marcan, así, el límite inferior del desarrollo municipal que al momento actual brinda sustento a los hospitales privados.

En municipios de menor desarrollo humano, los hospitales públicos tienen un mayor alcance que los hospitales privados, donde el hospital que aparece en la media de los 908 hospitales de 1 a 4 camas de la Ssa (similar en número a los 998 privados) se ubica en un municipio con IDH de 0.64. Entre los 24 hospitales del IMSS de ese tamaño, la media está en un municipio con un IDH de 0.70. Podría ser que los hospitales públicos y los privados se complementen en diferentes municipios pero, en general, el IDH no es un diferenciador.

La correlación entre el tamaño de una unidad hospitalaria privada y el IDH del municipio en que se localiza es baja pero significativa ($0.178, p = 0.001$) (figura 3). La asociación sugiere que los hospitales chicos deberían reducir sus precios para hacerse más accesibles en los municipios menos desarrollados. Como se verá más adelante, los hospitales chicos ofrecen a su personal una menor remuneración y su rentabilidad también es menor. Esto puede tener implicaciones en la calidad y la seguridad, sobre todo en los municipios de menor desarrollo.



Figura 4. Hospitales privados por 100 mil habitantes. México, 2005 a 2015



Fuentes: INEGI, Estadísticas de salud en establecimientos particulares. Conapo, proyecciones de la población.

Las presiones económicas de los hospitales de menor tamaño han derivado en su reducción –sobre todo entre las unidades más pequeñas– y en cambios en la gama de los servicios que ofrecen, como se verá más adelante. Entre 2005 y 2015, se observó una baja continua del número de hospitales a nivel nacional, que pasó de 3.0 a 2.4 por cada cien mil habitantes, lo que equivale a una reducción de 20% (figura 4). En el periodo, el total de camas disminuyó, de 0.32 a 0.28 por cada mil habitantes, es decir, 13%.

De 2004 a 2005, los hospitales de entre 1 y 14 camas incrementaron en 144 unidades (5.6%). A partir de ese año, su número disminuyó sostenidamente hasta 2015, a una tasa anual de 0.7%, con la pérdida de 262 unidades (9.7%) del total en el periodo (cuadro 9 y figura 5 ►). En las tres categorías de tamaño, la pérdida de unidades fue similar, de entre 8.2% y 10.5%. Los hospitales de 15 camas o más, en cambio, siguieron creciendo desde 2004, si bien con altibajos. En el periodo se agregaron 58 unidades (12.5%). Los hospitales de 15 a 24 camas incrementaron en 31 unidades (12.4%); los de 25 a 49 camas, en 8 unidades (5.7%), y los hospitales de 50 y más camas lo hicieron en 19 unidades (25.3%).

El incremento en el número de camas fue mayor para los hospitales de 15 a 24 camas, con 14.1% del total, contra 3.1 para los hospitales de 15 a 49 camas, y 4.7% para los de 50 camas o más (cuadro 10 ►).

La infraestructura hospitalaria se modificó también en la concentración de camas, con lo que incrementó su capacidad de atender padecimientos más complejos. Entre 2005 y 2015, las unidades de cuidados intensivos de adultos pasaron de 6.0 a 7.2, y las neonatales, de 3.8 a 4.7, por cada millón de habitantes. Un crecimiento de 19% y 22%, respectivamente. Sin embargo, hubo una reducción



Los actores del subsistema privado de atención de la salud

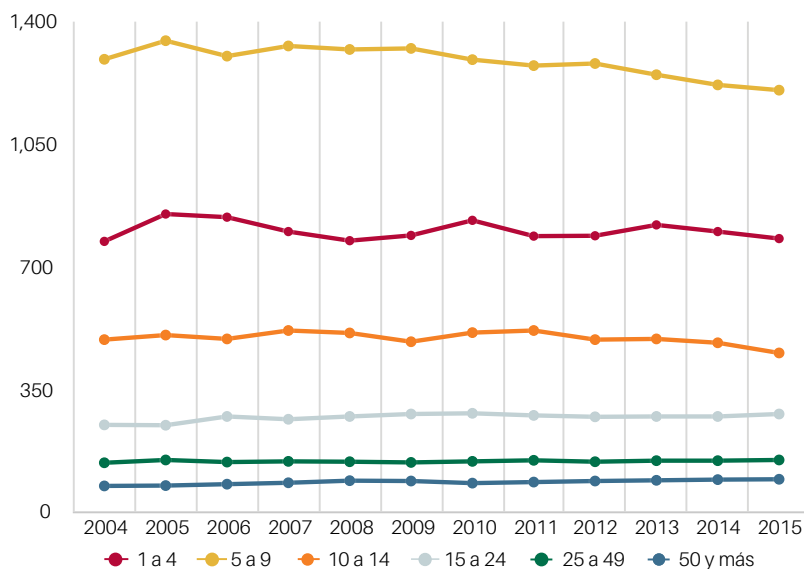
Cuadro 9. Número de hospitales privados según número de camas. México 2004 a 2015*

Año	Hospitales pequeños (1-14 camas)				Hospitales medianos y grandes (15 y más camas)			
	1 a 4	5 a 9	10 a 14	Subtotal	15 a 24	25 a 49	50 y más	Subtotal
2004	772	1,291	492	2,555	249	141	75	465
2005	850	1,344	505	2,699	248	149	76	473
2006	841	1,300	494	2,635	273	143	80	496
2007	800	1,329	518	2,647	265	145	84	494
2008	774	1,319	511	2,604	273	144	90	507
2009	789	1,322	486	2,597	280	142	89	511
2010	832	1,290	512	2,634	282	145	83	510
2011	787	1,273	518	2,578	276	148	86	510
2012	788	1,279	492	2,559	272	144	89	505
2013	819	1,247	494	2,560	273	147	91	511
2014	800	1,218	483	2,501	273	147	93	513
2015	780	1,203	454	2,437	280	149	94	523
Cambio máximo	-70	-141	-51	-262	32	8	19	58
%	-8.2	-10.5	-10.1	-9.7	12.9	5.7	25.3	12.5

*Incluye hospitales generales, de especialidad y psiquiátricos.

Fuente: INEGI, Estadísticas de salud en establecimientos particulares.

Figura 5. Hospitales privados según número de camas. México, 2004 a 2015



*Incluye hospitales generales, de especialidad y psiquiátricos.

Fuente: INEGI, Información estadística de establecimientos particulares.

Cuadro 10. Camas censables en hospitales privados. México, 2000 a 2015*

Año	Total	Número de camas					
		1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 24	25 a 49	50 y más
2005	34,576	2,755	8,814	5,760	4,556	4,804	7,887
2006	34,183	2,758	8,565	5,626	4,949	4,648	7,637
2007	34,634	2,616	8,716	5,931	4,806	4,764	7,801
2008	34,846	2,530	8,671	5,859	4,941	4,785	8,060
2009	34,721	2,578	8,724	5,593	5,056	4,777	7,993
2010	34,881	2,707	8,465	5,880	5,187	4,957	7,685
2011	34,807	2,546	8,317	5,950	5,084	5,075	7,835
2012	34,420	2,523	8,364	5,633	5,000	4,864	8,036
2013	34,467	2,605	8,186	5,668	5,058	4,963	7,987
2014	34,205	2,522	7,965	5,529	5,052	4,927	8,210
2015	33,980	2,485	7,915	5,169	5,199	4,954	8,258
Cambio 2005-2015	-596	-270	-899	-591	643	150	371
%	-1.7%	-9.8%	-10.2%	-10.3%	14.1%	3.1%	4.7%

*Incluye hospitales generales, de especialidad y psiquiátricos.

Fuente: INEGI, Estadísticas de salud en establecimientos particulares.

de 5.2% en los quirófanos disponibles, y de 18.9% en las cunas de recién nacidos (cuadro 11 ►).

Resulta interesante que el mayor incremento de hospitales de cualquier tamaño entre 2005 y 2015 haya ocurrido en Hidalgo, con 29 unidades (32%) (figura 6 ►). Oaxaca, una entidad pobre, tuvo, sin embargo, un incremento de 19 unidades. Las entidades que más unidades perdieron –sobre todo pequeñas– fueron el Estado de México, Michoacán y la Ciudad de México (17%, 31% y 14%, respectivamente). La evidencia sugiere que estas reducciones pueden estar asociadas tanto al fortalecimiento del Seguro Popular, como al crecimiento de las unidades de mayor tamaño en estas entidades. La reducción de unidades pequeñas y el crecimiento de las más grandes puede estar relacionado con el aumento del tamaño de unidades pequeñas en respuesta a los retos del mercado, lo que se analiza a continuación.

En cuanto al número de hospitales por tamaño, la tendencia en los próximos años apunta a una mayor concentración de los hospitales más grandes y una continuada reducción de los chicos. Cabe señalar que la reducción del número de hospitales más chicos se observa sobre todo partir de 2005, justo el año en

que se fortaleció a los hospitales de la SSa que atienden a la población de escasos recursos, lo que se asocia al Seguro Popular. Puede observarse que la reducción de camas en el subsistema privado tiene una relación estadísticamente significativa con su incremento en el subsistema público (figura 7 ►).

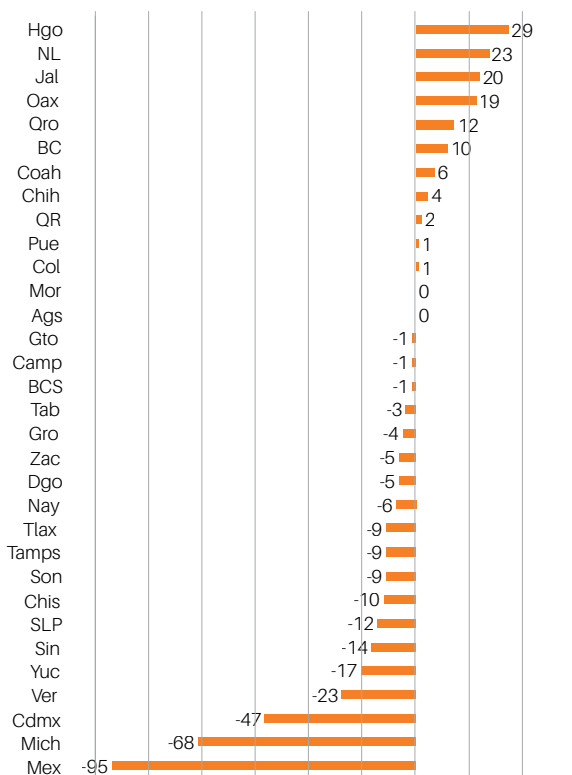
Cuadro 11. Infraestructura disponible en los hospitales privados, por millón de habitantes. México, 2005 a 2015

Indicador	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cambio %
Cunas de recién nacidos	106.5	105.2	104.2	101.0	99.3	98.1	95.1	93.0	91.0	89.1	86.4	-18.9
Unidades médicas	29.6	28.9	28.6	28.0	27.5	27.5	26.7	26.2	25.9	25.2	24.5	-17.4
Camas censables	322.7	315.3	315.5	313.1	307.7	305.3	300.9	294.1	291.1	285.7	280.8	-13.0
Cubículos de curación	24.8	24.6	25.9	25.4	25.4	26.0	26.0	24.7	24.8	24.7	23.9	-3.7
Lab. Análisis clínico	8.7	8.2	8.3	8.2	7.8	7.6	7.6	7.3	7.0	6.8	7.1	-18.1
Quirófanos	42.4	42.7	42.6	42.1	42.5	42.7	42.2	41.7	41.9	40.9	40.2	-5.2
Consultorios	119.1	116.7	118.0	119.5	121.7	117.9	116.5	115.5	113.9	111.0	114.2	-4.1
Unidades de cuidados intensivos neonatales	3.8	3.8	4.2	4.3	4.0	4.6	4.8	4.5	4.9	4.9	4.7	-21.6
Unidades de cuidados intensivos adultos	6.0	5.8	5.9	6.4	6.0	6.6	6.8	6.7	7.1	7.2	7.2	19.0

Fuente: INEGI, Estadísticas de salud en establecimientos particulares.

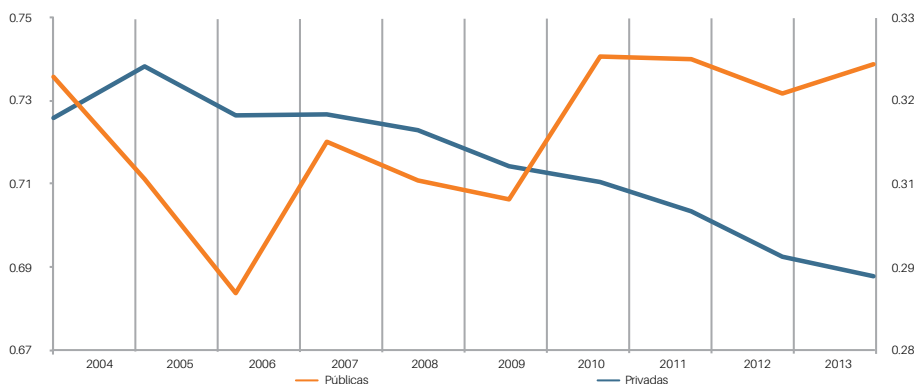
Los actores del subsistema privado de atención de la salud

Figura 6. Cambio en el número total de hospitales según entidad federativa. México 2005 y 2016



Fuente: INEGI, Estadísticas de salud en establecimientos particulares.

Figura 7. Camas censables públicas y privadas por mil habitantes. México, 2004 a 2013



Fuentes: INEGI, Estadísticas de salud en establecimientos particulares. Ssa-DGIS, Recursos físicos, camas en área de hospitalización por institución.

III. Economía del subsistema privado

Puesto que el subsistema privado de atención de la salud depende, sobre todo, del mercado y el gasto de bolsillo, su comportamiento económico es crucial para su competitividad y subsistencia. Las buenas finanzas de los diversos actores que participan en él son clave también para ofrecer servicios de calidad y cumplir con los requisitos de seguridad impuestos por las autoridades regulatorias. El subsistema debe mantener su competitividad para ser eficiente y extender sus beneficios a la mayor población posible.

En este capítulo se analiza, en primer lugar, la PBT del subsistema privado, comparando a los actores por su aporte y a los hospitales por su tamaño. Se analizan después el empleo y la remuneración a partir de la situación de los médicos, los dentistas y el personal de enfermería. Se analiza, entonces, la rentabilidad de los actores, poniendo el foco en los hospitales por su tamaño. Se analiza, finalmente, el comportamiento de la inflación, identificando los contrastes entre el gasto de bolsillo y el gasto asegurado, y se evalúan la competitividad y los retos para lograr la sustentabilidad.

Producción bruta total

La PBT del sector privado de atención de la salud se mide sobre la base de la valuación de precios en los censos económicos. La PBT se define como el valor monetario de todos los bienes y servicios producidos y comercializados, y comprende el valor de los productos elaborados, el margen bruto de comercialización de los productos, las obras ejecutadas, los ingresos por la prestación de servicios de salud, el alquiler de maquinaria, equipo y otros bienes muebles e inmuebles, y el valor de los activos fijos producidos para uso propio.

En 2014, la PBT del sector privado de atención de la salud fue de \$370,112 millones de pesos, el equivalente a 2.3% del PIB nacional ([cuadro 12 ►](#)). La fabricación de medicamentos produjo, por sí sola, 41% de la PBT del sector, el equivalente a 0.94% del PIB nacional ([figuras 8 y 9 ►](#)). La siguen, por su valor, las farmacias comunitarias y la fabricación de equipo, con 14.1% y 9.4% del valor del sector, respectivamente, el equivalente a 0.32% y 0.21% del PIB nacional. Están enseguida los hospitales generales, con 9.7% del valor del sector y 0.22% del PIB nacional. Ocupan el quinto lugar los distribuidores de insumos para la salud, seguidos de los consultorios médicos.



Cuadro 12. Producción bruta total de las ramas del subsistema privado de la salud, 2003, 2008 y 2013, y como proporción del PIB nacional. Millones de pesos de 2013

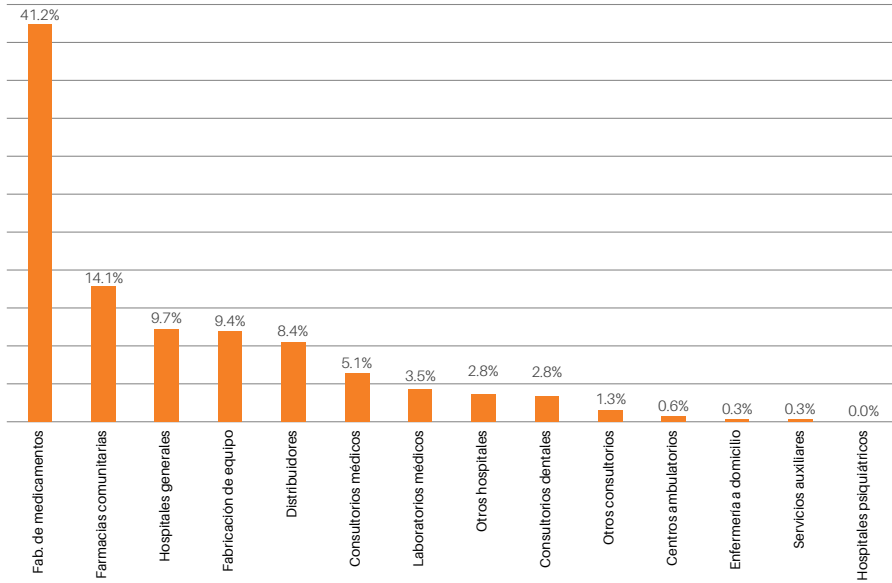
Descripción	2003	2008	2013	Variación anual % 2003 - 2013
Servicios de enfermería a domicilio	220	430	1,171	18.21
Centros para la atención de pacientes que no requieren hospitalización	903	1,192	2,393	10.24
Servicios de ambulancias de bancos de órganos y otros servicios auxiliares al tratamiento médico	505	752	932	6.33
Otros consultorios para el cuidado de la salud	2,564	3,286	4,632	6.09
Hospitales generales	20,925	30,924	35,933	5.56
Fabricación de equipo no electrónico y material desechable de uso médico dental y para laboratorio y artículos oftálmicos	22,050	35,916	34,936	4.71
Consultorios dentales	7,991	9,256	10,243	2.51
Farmacias comunitarias	41,746	37,620	52,059	2.23
Hospitales de otras especialidades médicas	8,354	10,243	10,403	2.22
Laboratorios médicos y de diagnóstico	10,827	10,103	12,833	1.71
Distribuidores de productos farmacéuticos	26,254	27,363	30,941	1.66
Consultorios médicos	16,195	18,086	18,795	1.50
Hospitales psiquiátricos y para el tratamiento por adicción	193	170	180	-0.68
Fabricación de productos farmacéuticos	167,581	178,583	152,647	-0.93
Total:	326,308	365,934	370,112	
PIB nacional	13,061,719	15,013,578	16,277,187	
% contribución al PIB nacional	2.5%	2.4%	2.3%	

Fuente: INEGI, Censos Económicos.

La PBT del sector hospitalario está concentrada en las unidades más grandes. Las 94 unidades con 50 camas o más, que corresponden a 3.2% del total, aportan \$24,761 millones, lo que equivale a 64.1% de la PBT del subsistema de salud (cuadro 13 ►).¹⁴ Les siguen los hospitales de entre 15 y 49 camas, que corres-

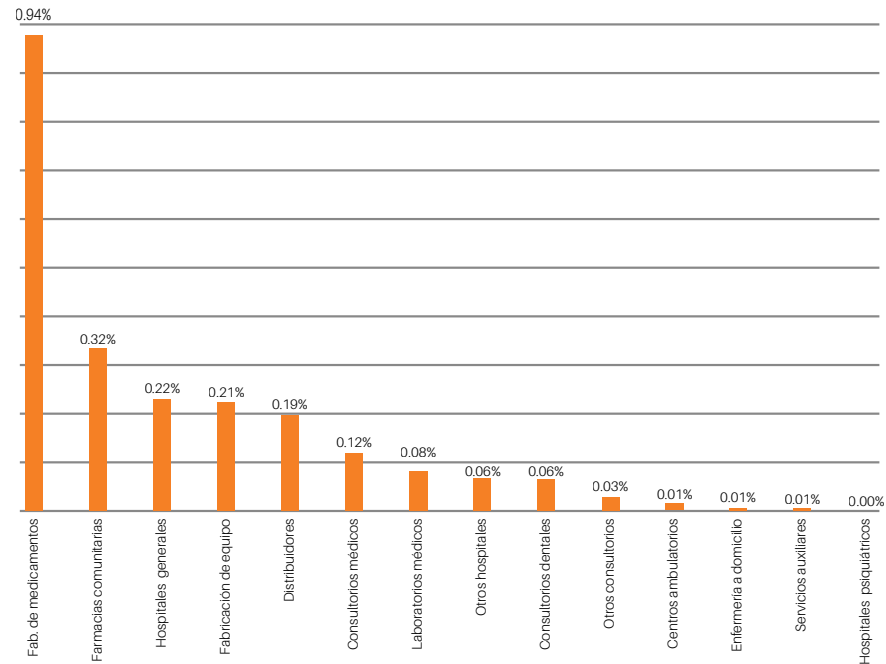
¹⁴ El PBT por cama se estimó a partir de la información de personal ocupado proveniente del Censo Económico de 2013 y del número de hospitales por categoría de número de camas proveniente de las Estadísticas Hospitalarias. La estimación supone que cada cama se asocia con 5 empleados.

Figura 8. Distribución porcentual de la producción bruta total del subsistema privado de la salud según rama de actividad. México, 2013



Fuentes: INEGI, Estadísticas de salud en establecimientos particulares. Ssa-DGIS, Recursos físicos, camas en área de hospitalización por institución.

Figura 9. Producción bruta total de las ramas del subsistema privado de la salud como proporción del PIB. México, 2013



Fuente: INEGI, Censo Económico.

Cuadro 13. Producción bruta total y por unidad de los hospitales privados según número de camas de los hospitales. México, 2014

	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 49	50 y más	Total
PBT (millones de pesos)	2,563	2,988	2,705	8,386	29,696	46,338
Número de unidades	780	1,203	454	429	94	2,960
Unidades %	26.4	41	15	15	3	100
PBT por unidad (millones de pesos)	3.3	3	6	20	316	16
PBT %	5.5	6	6	18	64	100

Fuentes: Censo Económico 2014 y Estadísticas Hospitalarias 2015

ponden a 14.5% del total y aportan 18.1% de la PBT. El 82.3% de los hospitales restantes producen sólo 17.8% de la PBT.

En la década que va de 2003 a 2013, el crecimiento anual de la PBT del sector privado de atención de la salud fue de 1.2%, es decir, de casi la mitad del crecimiento del PIB nacional, que en ese periodo fue de 2.2% anual. Las ramas de actividad con mayor crecimiento anual en el periodo fueron: los servicios de enfermería a domicilio (18.2%), los centros de atención ambulatoria (10.2%) y los hospitales generales (5.6%). La rama de fabricación de productos farmacéuticos tuvo un decrecimiento de 0.93%.

Es notable que la PBT del subsistema privado de atención de la salud haya crecido a tasas inferiores a las de la economía nacional, pese a que contribuyó más que otras ramas al empleo nacional. El principal factor que impulsó el subsistema hacia la baja fue el decremento de la PBT de la industria farmacéutica, dado su peso en la economía de la salud en su conjunto. Aunque también la remuneración en el sector fue a la baja durante el periodo analizado. El crecimiento de la PBT fue mayor en las ramas innovadoras que compiten con la atención hospitalaria, tendencia congruente con el incremento ya señalado del número de unidades y su rentabilidad.

Empleo y remuneración del personal del subsistema de salud

Para 2013, el personal del sector privado de atención de la salud a nivel nacional reunía a 950,369 individuos (cuadro 14 ►). Las farmacias comunitarias emplearon el mayor número de personas, con 279,175 (29%). En los consultorios médicos se emplea a 122,549 personas (13%), y en la fabricación de equipo médico no electrónico, a 119,805 (13%). Los hospitales generales emplean a 85,511 personas (9%) y otros hospitales, a 34,165 (4%). Contando los hospitales psiquiátricos,

Cuadro 14. Personal empleado del subsistema privado de la salud según rama de actividad. México, 2013

Descripción	2013	
	Personal	%
Farmacias comunitarias	279,175	29.4%
Consultorios médicos	122,549	12.9%
Fabricación de equipo no electrónico y material desechable de uso médico dental y para laboratorio y artículos oftálmicos	119,805	12.6%
Hospitales generales	85,511	9.0%
Consultorios dentales	85,449	9.0%
Fabricación de productos farmacéuticos	83,336	8.8%
Laboratorios médicos y de diagnóstico	46,175	4.9%
Otros consultorios para el cuidado de la salud	40,091	4.2%
Distribuidores	38,198	4.0%
Hospitales de otras especialidades médicas	34,165	3.6%
Servicios de ambulancias de bancos de órganos y otros servicios auxiliares al tratamiento médico	8,050	0.8%
Centros para la atención de pacientes que no requieren hospitalización	5,246	0.6%
Servicios de enfermería a domicilio	1,854	0.2%
Hospitales psiquiátricos y para el tratamiento por adicción	765	0.1%
Total	950,369	100%

Fuente: INEGI, Censos Económicos.

los hospitales en su conjunto emplearon a 13% del total, aun cuando acumulan sólo 1% de las unidades económicas.

Esa misma década de 2003 a 2013, el personal empleado en el sector salud incrementó a una tasa de 4.7% anual. Pasó de 601,023 en 2003, a 840,254 en 2008, y a 950,369 en 2013. Nótese que en el mismo periodo, el empleo en la economía nacional incrementó a una tasa de 2.9% anual.

Las ramas del subsistema privado de atención de la salud con mayor crecimiento en el periodo fueron las que emplean poco personal. Las ramas de otros consultorios, servicios de ambulancia y servicios de enfermería a domicilio crecieron a tasas superiores a 100%. El personal de las farmacias comunitarias creció 59%, mientras que el de la fabricación de equipo creció 85%. Ambos porcentajes superan el del crecimiento nacional. El crecimiento del personal empleado en consultorios médicos, de 39%, fue menor, aunque un tercio por arriba del crecimiento del personal empleado en la economía nacional.

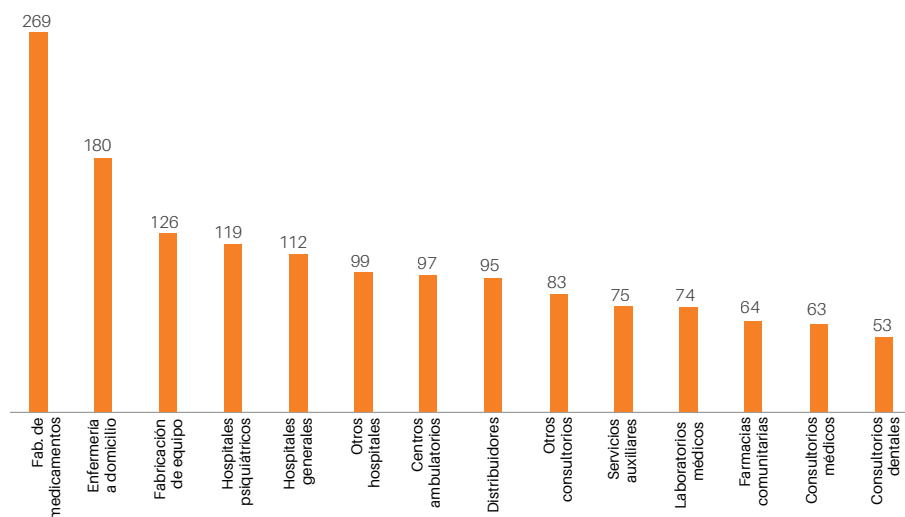
Cuadro 15. Remuneración anual promedio del subsistema privado de la salud en comparación con subsistemas selectos de la economía. México, 2013

Subsistema	2013
Servicios financieros y de seguro	325
Electricidad, agua y gas	298
Manufacturas	137
Comercio al por mayor	116
Promedio nacional	114
Subsistema privado de la salud	107
Servicios profesionales científicos y técnicos	97
Servicios educativos	82
Servicios inmobiliarios y de alquiler	74
Comercio al por menor	59
Servicios de alojamiento y preparación de alimentos	48

Fuente: INEGI, Censos Económicos, 2014.

La remuneración promedio del subsistema privado de atención de la salud fue de \$107,000 pesos anuales en 2013, 6% por debajo del promedio en la economía nacional, que es de \$114,000 pesos anuales. El subsistema de la salud remunera por debajo del comercio al por mayor y por arriba de sectores selectos

Figura 10. Remuneración anual promedio del subsistema privado de la salud según rama de actividad. Miles de pesos. México, 2013



Fuente: INEGI, Censos económicos 2014.

con actividades comunes, tales como los profesionales científicos y técnicos, los servicios de comercio al por menor y los servicios educativos (cuadro 15 ►).

En la remuneración en las distintas ramas del subsistema de salud muestra diferencias. Destaca la fabricación de medicamentos, con \$269,000 pesos al año, 251% superior al promedio (Figura 10 ►). Le sigue la enfermería a domicilio, con \$180,000 pesos anuales. En los niveles más bajos están las farmacias comunitarias, con \$64,000 pesos anuales; los consultorios médicos, con \$63,000 pesos, y los consultorios dentales, con \$53,000 pesos.

La remuneración anual promedio del subsistema de salud privado decreció de \$129 000 pesos en 2003, a \$115,000 pesos en 2008 y a \$107,000 pesos en 2013. Una reducción total de 17%, es decir, de 1.9% anual, mayor a la que

Cuadro 16. Remuneración promedio anual del subsistema privado de salud, según rama de actividad, 2003, 2008 y 2013. Miles de pesos constantes de 2013

Descripción	2003	2008	2013	Variación anual 2003-2013 (%)
Otros consultorios para el cuidado de la salud	64	67	83	2.6
Servicios de enfermería a domicilio	158	134	180	1.3
Centros para la atención de pacientes que no requieren hospitalización	87	96	97	1.0
Hospitales psiquiátricos y para el tratamiento por adicción	119	120	119	-0.0
Hospitales de otras especialidades médicas	101	90	99	-0.2
Fabricación de equipo no electrónico y material desechable de uso médico dental y para laboratorio y artículos oftálmicos	131	109	126	-0.4
Consultorios médicos	67	61	63	-0.7
Hospitales generales	120	108	112	-0.7
Consultorios dentales	57	51	53	-0.8
Farmacias comunitarias	74	69	64	-1.4
Laboratorios médicos y de diagnóstico	87	79	74	-1.6
Fabricación de productos farmacéuticos	342	328	269	-2.4
Distribuidores de productos farmacéuticos	139	135	95	-3.7
Servicios de ambulancias de bancos de órganos y otros servicios auxiliares al tratamiento médico	111	86	75	-3.9
Promedio total del subsistema privado de la salud :	129	115	107	-1.9
Promedio nacional	132	120	114	-1.4

Fuente: INEGI, Censos Económicos.

experimentó la remuneración anual promedio de la economía del país, que fue de 1.4% (cuadro 16 ►). Sin embargo, la remuneración de las ramas: otros consultorios para el cuidado de la salud, los servicios de enfermería a domicilio y los centros de atención a pacientes que no requieren hospitalización incrementó.

Empleo y remuneración de médicos, enfermeras y dentistas

En 2016 laboraban 67,855 médicos en el subsistema privado, lo que corresponde a 29.3% de los médicos a nivel nacional (cuadro 17 ►). En cuanto a la posición en el trabajo, 33.9% de los médicos generales están subordinados a un patrón y su remuneración es salarial, cifra que es de sólo 6.7% entre los especialistas. La gran mayoría de los médicos, sobre todo los especialistas, son trabajadores independientes que cobran por caso atendido, lo que se traduce en incentivos para incrementar la oferta de sus servicios, y también en el riesgo de brindar atención innecesaria.

De los médicos que prestan sus servicios en el subsistema privado, 77% son generales y 23% especialistas. Hay una menor concentración de médicos especialistas en comparación con el subsistema público, donde hasta 34% tienen esta formación. Por otra parte, el subsistema privado ocupa a 22.1% de los médicos especialistas del país y a 32.6% de los médicos generales, considerando su principal fuente de empleo.

No obstante, 13.3% de los médicos empleados en el subsistema privado informan tener otro empleo. La relevancia del multiempleo se aprecia más desde la perspectiva de los especialistas que laboran en el subsistema público como principal fuente de empleo, donde hasta 32.8% informan tener un segundo empleo, lo que equivale a cerca de 18,000 médicos, contra sólo 11.3% de los médicos generales. La Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) no indica la fuente de empleo, pero sí el total del segundo empleo de los especialistas fuera en el subsistema privado, todos los especialistas del subsistema privado tendrían también un empleo en las instituciones públicas. A pesar del bajo número de especialistas del subsistema privado que informan tener doble empleo, la evidencia sugiere que los médicos especialistas podrían estar vinculando los dos subsistemas en sus patrones laborales, con implicaciones en el comportamiento de los mercados y de las instituciones.

De 2000 a la fecha, la proporción de los médicos empleados en el sector privado ha disminuido respecto de la de los empleados en el sector público. Al pasar de 40.8%, en 2000, a 29.3% en 2016, su reducción en el periodo fue de 28% (figura 11 ►). No obstante, los médicos tienden a encontrar su primer empleo en el subsistema privado.

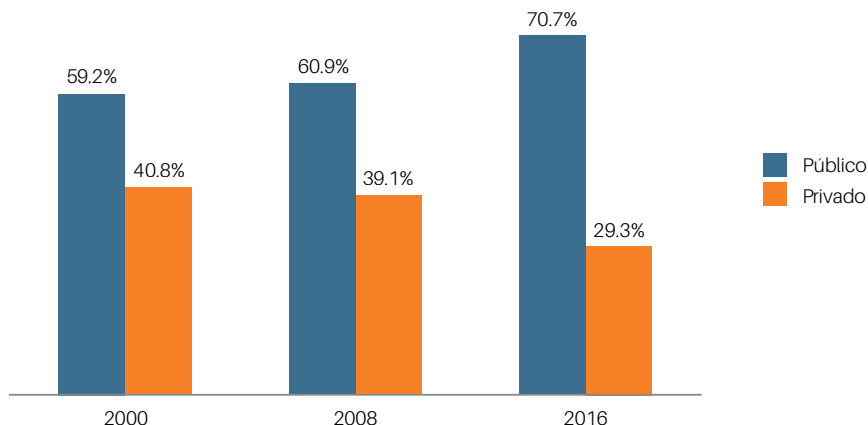


Cuadro 17. Personal de atención a la salud y número de empleos por persona según subsistema. México, 2016

	Subsistema público						Subsistema privado					
	Un empleo	%	>1 empleo	%	Total	%	Un empleo	%	>1 empleo	%	Total	%
Médicos totales	132,764	81.4	30,303	18.6	163,067	100	58,800	86.7	9,055	13.3	67,855	100
Generales y familiares	95,541	88.7	12,167	11.3	107,708	100	45,130	86.5	7,062	13.5	52,192	100
Especialistas	37,223	67.2	18,136	32.8	55,359	100	13,670	87.3	1,993	12.7	15,663	100
Dentistas	14,315	72.5	5,433	27.5	19,748	100	73,016	93.3	5,238	6.7	78,254	100
Enfermeras totales	301,596	95.8	13,257	4.2	314,853	100	25,944	94.7	1,453	5.3	27,397	100
Especialistas	175,955	94.2	10,771	5.8	186,726	100	10,431	92.6	835	7.4	11,266	100
Técnicas	125,641	98.1	2,486	1.9	128,127	100	15,513	96.2	618	3.8	16,131	100

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Empleo, Población nacional ocupada.

Figura 11. Proporción de médicos empleados en los subsistemas público y privado. México 2000, 2008 y 2016



Fuentes: Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 3er trimestre, 2016. Nigenda G. y Ruiz JA. Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud, INSP-Cendex, 2010.

En lo que respecta a los dentistas, en 2016 trabajaban en el sector privado 78,254, es decir, 79.8% del total nacional. También la proporción de dentistas en este sector ha descendido con relación al sector público, ya que en 2000 constituían 88.2%. En cuanto al personal de enfermería, trabajaban en el sector privado 27,397 personas, tan solo 8.0% del total nacional, de las que 40.9% eran especialistas y 59.1% técnicas.

Los médicos empleados en el subsistema privado tienen una menor remuneración que sus contrapartes en las instituciones públicas; sólo 31.4% de ellos perciben más de cinco salarios mínimos diarios, contra 51% de los médicos del subsistema público (cuadro 18 ►). De los médicos generales empleados en el subsistema privado, 21.9% ganan más de cinco salarios mínimos diarios, contra 47.5% de los empleados en el subsistema público. Las percepciones de los dentistas y el personal de enfermería son también inferiores en el subsistema privado.

Entre los médicos especialistas, en cambio, no hay diferencias de ingresos entre quienes reportan su principal empleo como público o como privado (figura 12 ►). Sin embargo, los ingresos reflejan el total de las percepciones, y dado el alto nivel de multi-empleo, la igualdad de ingresos sugiere que los especialistas se comportan como un solo grupo con participación pública y privada.

En la oferta de especialistas en México, hay una brecha con relación a las necesidades, medidas sobre la base de la densidad de especialistas respecto de la población nacional. Esta brecha tenderá a agudizarse en los próximos años



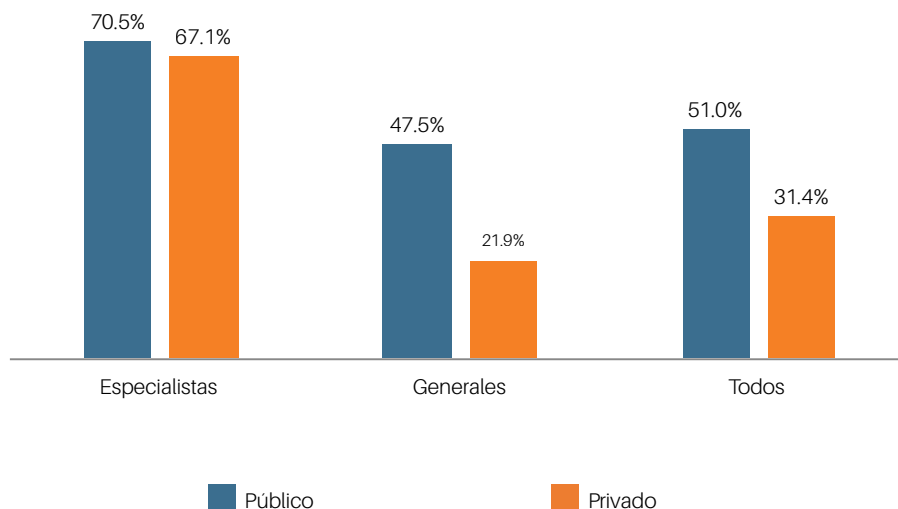
Cuadro 18. Nivel de ingresos del personal médico y de enfermería según subsistema. México, 2016

Médicos y dentistas	Subsistema público						Subsistema privado					
	< 5 salarios mínimos	%	≥ 5 salarios mínimos	%	Total	%	< 5 salarios mínimos	%	≥ 5 salarios mínimos	%	Total	%
Médicos totales	52,506	46.3	60,864	53.7	113,370	100	35,191	68.6	16,124	31.4	51,315	100
Generales y familiares	43,474	52.5	39,316	47.5	82,790	100	31,632	78.1	8,858	21.9	40,490	100
Especialistas	9,032	29.5	21,548	70.5	30,580	100	3,559	32.9	7,266	67.1	10,825	100
Dentistas	7,891	48.6	8,360	51.4	16,251	100	37,687	68.3	17,480	31.7	55,167	100
Enfermeras	< 3 salarios mínimos	%	≥ 3 salarios mínimos	%	Total	%	< 3 salarios mínimos	%	≥ 3 salarios mínimos	%	Total	%
Especialistas	107,673	41.8	149,941	58.2	257,614	100	16,789	76.2	5,252	23.8	22,041	100
Técnicas	56,778	37.3	95,397	62.7	152,175	100	6,670	71.7	2,632	28.3	9,302	100
Enfermeras técnicas	50,895	48.3	54,544	51.7	105,439	100	10,119	79.4	2,620	20.6	12,739	100

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Empleo, Población nacional ocupada.



Figura 12. Proporción de médicos empleados en los subsistemas público o privado que perciben más de 5 salarios mínimos, según formación. México, 2016



Fuentes: Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 3er trimestre, 2016. Nigenda G. y Ruiz JA. Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud, INSP-Cendex, 2010.

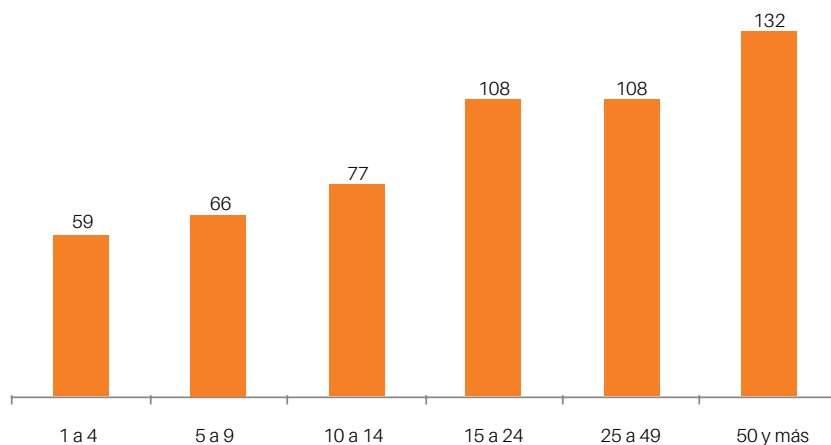
dado que la formación de los especialistas, y su ingreso en el mercado, se está dando a una velocidad por debajo de la necesaria. Estimaciones de la entrada y la salida de especialistas en el subsistema público sugieren que para 2030 habrá una brecha de 27.7% entre especialistas troncales (anestesiólogos, cirujanos, pediatras, internistas, ginecólogos obstetras, otorrinolaringólogos, oftalmólogos y cardiólogos).¹⁵ Esta situación presionará también a la oferta de especialistas privados, si bien la jubilación temprana en el subsistema público –que caracteriza al IMSS– favorecerá la oferta en el subsistema privado.

Remuneración en los hospitales

Las remuneraciones de los hospitales dependen de su número de empleados, que depende, a su vez, del número de camas censables. Tomando la remuneración promedio por número de empleados de los Censos Económicos, es posible identificar la remuneración por número de camas. Considerando lo que por cada cama se necesita, se emplea un promedio de 5.5 personas. A partir de esta relación directa del número de camas con la remuneración, se evidencia una diferencia de más del doble entre las unidades más pequeñas y las más grandes (figura 13 ►).

¹⁵ Fajardo G, Santacruz J y Lavallo C, La formación de médicos especialistas en México, Documento de postura. Academia Nacional de Medicina, Conacyt, México, 2015.

Figura 13. Remuneración anual promedio del personal empleado por los hospitales privados según su número de camas. Miles de pesos. México, 2014



Fuente: INEGI, Censo Económico 2014.

Los niveles de remuneración por número de empleados y de camas sugiere que las unidades más pequeñas ocupan una menor proporción de profesionales que de personal técnico, o bien que los profesionales reciben una remuneración menor. Esto podría explicarse si empleara una proporción menor de especialistas. Aunque hay que señalar que las unidades más pequeñas tienden a ser propiedad de los propios profesionales, por lo que sus remuneraciones pueden no considerarse como sueldos. Más adelante se aborda la rentabilidad de las unidades por tamaño, donde esta cuestión se retoma en mayor detalle.

Rentabilidad

En el 2013, el sector privado de la salud tuvo una rentabilidad promedio de \$0.62 pesos por peso invertido en activo fijo ([cuadro 19](#) ▶), rentabilidad positiva contra la rentabilidad de la economía nacional en su conjunto, que fue de \$0.57 pesos por peso invertido. En 2014, la rama de mayor rentabilidad del sector privado de la salud fue la distribución de productos farmacéuticos, con \$4.14 pesos por peso invertido, seguida de los servicios de enfermería a domicilio y las farmacias comunitarias, aunque con tasas muy inferiores. El resto de las ramas muestra números de rentabilidad por debajo del promedio del subsistema.

La rentabilidad de los hospitales generales fue de 0.33 y la de los especializados de 0.26, ambas con tendencia a la baja. La rentabilidad hospitalaria varía en fun-



Cuadro 19. Rentabilidad* del subsistema privado de salud según las diversas ramas de actividad. México, 2003, 2008 y 2013. Pesos de 2013

Descripción	2003	2008	2013	Variación anual %
Centros para la atención de pacientes que no requieren hospitalización	0.28	0.23	0.52	6.35
Hospitales psiquiátricos y para el tratamiento por adicción	0.50	0.24	0.69	3.21
Servicios de enfermería a domicilio	3.51	3.09	3.97	1.24
Distribuidores de productos farmacéuticos	6.24	4.38	4.14	-4.02
Consultorios dentales	0.74	0.48	0.46	-4.73
Hospitales generales	0.55	0.48	0.33	-4.93
Consultorios médicos	0.87	0.76	0.51	-5.10
Hospitales de otras especialidades médicas	0.45	0.18	0.26	-5.41
Farmacias comunitarias	3.10	1.27	1.16	-9.39
Otros consultorios para el cuidado de la salud	1.03	0.44	0.34	-10.44
Laboratorios médicos y de diagnóstico	1.32	0.43	0.43	-10.63
Fabricación de equipo no electrónico y material desechable de uso médico dental y para laboratorio y artículos oftálmicos	1.06	1.67	0.29	-12.11
Servicios de ambulancias de bancos de órganos y otros servicios auxiliares al tratamiento médico	0.74	0.33	0.19	-12.53
Fabricación de productos farmacéuticos	3.10	1.74	0.47	-17.12
Rentabilidad* promedio	1.99	1.20	0.62	-11.06

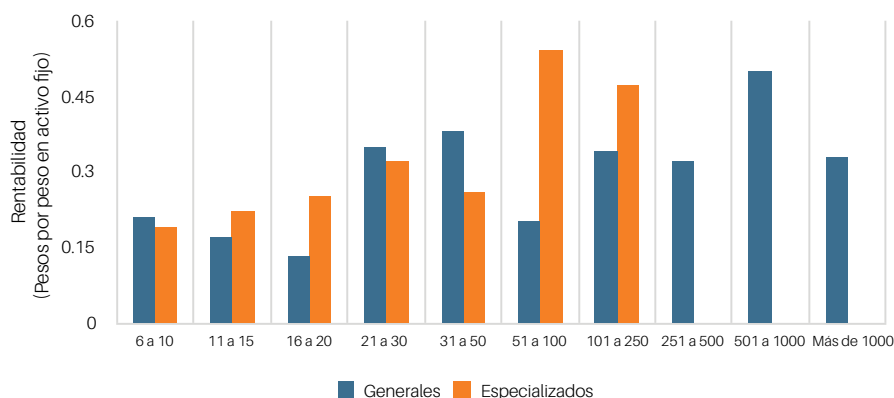
* Rentabilidad en pesos por peso invertido en activo fijo.

Fuente: INEGI, Censos Económicos.

ción del número de empleados, que, a su vez, se relaciona con el número de camas censables (figura 14 ►). Como se vio un poco antes, cada cama necesita en promedio 5.5 empleados para su atención. En términos generales, la rentabilidad es mayor cuanto mayor es el número de empleados y de camas (cuadro 20 ►). Las unidades especializadas que emplean a una o dos personas difícilmente pueden sustentar una sola cama, por lo que su rentabilidad es negativa. Entre los hospitales generales del mismo tamaño, la rentabilidad también es muy baja, de \$0.12 pesos por peso invertido. La rentabilidad incrementa sostenidamente para alcanzar un máximo de \$0.5 pesos en los hospitales generales de 501 a 1,000 empleados (91 a 180 camas) y en los hospitales especializados de 51 a 100 empleados (9 a 18 camas). Rebasan ese tope los hospitales generales de entre 3 y 5 empleados (hasta una cama), cuya rentabilidad se dispara para alcanzar \$3.19 pesos. También es excepcional –aunque a la baja– la rentabilidad de los hospitales especializados de entre 251 y 500 empleados (46 a 90 camas), que es cinco veces inferior al promedio, es decir, \$0.04 pesos.

Estos hallazgos revelan que tras el tamaño de los hospitales subyacen diferentes patrones de atención que afectan su rentabilidad. No obstante, es claro que los hospitales generales de más de cien camas obtienen una mayor rentabilidad

Figura 14. Rentabilidad de los hospitales generales y especializados según número de empleados. México, 2013*



*Se excluyeron los hospitales generales menores de 6 personas empleadas (66 unidades de 1,453) y los especializados mayores de 250 empleados (27 unidades de un total de 829).
Fuente: INEGI, Censos Económicos, 2014.

Cuadro. 20. Rentabilidad* de los hospitales generales y especializados privados, según número de empleados y camas censables. México, 2013

Empleados	Camas**	Generales		Especializados		Todos	
		No. de unidades	Rentabilidad (pesos)	No. de unidades	Rentabilidad (pesos)	No. de unidades	Rentabilidad (pesos)
1 a 2	1	37	0.12	21	-2.43	58	-0.36
3 a 5	1	29	3.19	12	0.12	41	2.27
6 a 10	1 a 2	469	0.21	249	0.19	718	0.17
11 a 15	2 a 3	228	0.17	183	0.22	411	0.14
16 a 20	3 a 4	141	0.13	83	0.25	224	0.13
21 a 30	4 a 6	160	0.35	88	0.32	248	0.28
31 a 50	6 a 9	135	0.38	69	0.26	204	0.30
51 a 100	9 a 18	88	0.2	52	0.54	140	0.23
101 a 250	18 a 45	93	0.34	45	0.47	138	0.31
251 a 500	46 a 90	44	0.32	15	0.04	59	0.24
501 a 1,000	91 a 180	17	0.5	12	0.22	29	0.34
Más de 1,000	Más de 180	12	0.33	-	-	12	0.33

* Rentabilidad en pesos por peso invertido en activo fijo.

** Se estima que se requieren aproximadamente 5.5 empleados para sostener una cama censable.
Fuente: INEGI, Censos Económicos.

que las pequeñas unidades. Los hospitales generales de entre tres y cinco empleados, por su parte, podrían operar con una sola cama prestando servicios de consulta, diagnóstico y atención de corta estancia hospitalaria. En el capítulo de Atención hospitalaria se analizan estos patrones de actividad. Por otra parte, los hospitales con baja rentabilidad podrían encarar dificultades para garantizar la seguridad y la calidad de las unidades, por lo que sería importante vigilar no

sólo indicadores de infraestructura y servicios, sino también de rentabilidad. Esta discusión se aborda en el capítulo de Regulación.

En el transcurso de la década de 2003 a 2013, la rentabilidad del conjunto de las ramas del subsistema privado de atención de la salud disminuyó 69%, con un decremento anual promedio de 11% (cuadro 19 ►); decremento menor, por cierto, que el de la economía en su conjunto. Las únicas ramas que incrementaron su rentabilidad fueron los hospitales psiquiátricos, los centros para la atención de pacientes que no requieren hospitalización, y los servicios de enfermería a domicilio. Es posible que la rentabilidad de los hospitales psiquiátricos esté asociada al descenso de su número de unidades en el periodo, mientras que la de las otras dos ramas, a su alta competitividad por ofrecer servicios alternativos a los de los hospitales.

La rama con mayor decremento en su rentabilidad durante el periodo fue la fabricación de productos farmacéuticos, con 17.1%. Tuvieron también un decremento significativo en su rentabilidad en el periodo la fabricación de equipo (12.1%) –lo que afecta, sin duda, su papel en el empleo– y las farmacias comunitarias (9.4%), que conforman el grupo más numeroso de unidades económicas del sector.

Inflación

El comportamiento de la inflación en el subsistema privado de atención de la salud muestra diferencias con relación a la economía en su conjunto, y entre los oferentes según su mercado. La inflación del subsistema se calculó sobre la base de la información publicada por el INEGI para la economía en su conjunto y para el subsistema de salud sobre la base de las Cuentas satélite del Sector Salud.

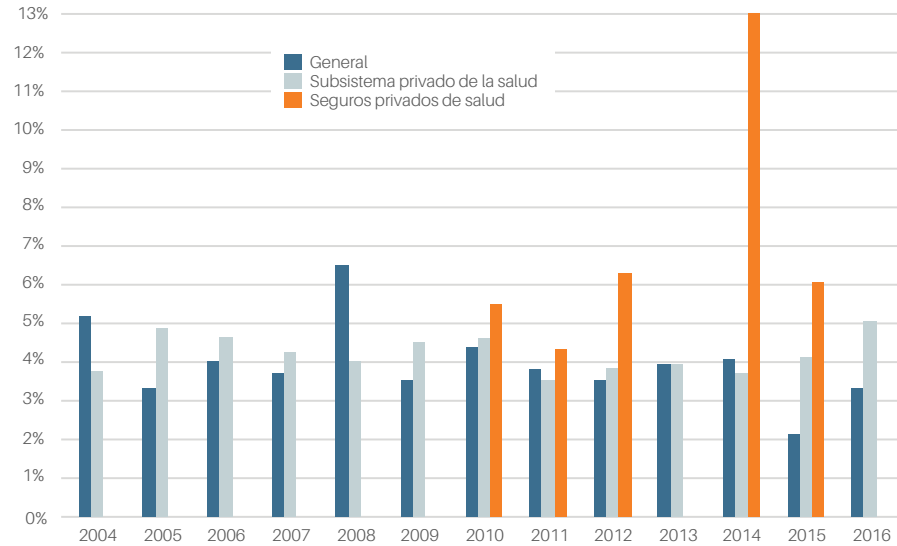
Entre 2004 y 2016, la inflación anual promedio del subsistema privado de atención de la salud fue de 4.2%, ligeramente superior a la inflación general en el periodo, de 4.0% (figura 15 ►). El total de precios pagados por los seguros privados de salud –medidos entre 2010 y 2015– mostró un incremento una y media veces superior a la inflación en el subsistema privado de atención de la salud en su conjunto, a una tasa anual promedio de 6.1%.

Es posible afirmar que la inflación registrada para los seguros privados se explica fundamentalmente por el incremento del gasto hospitalario promedio desembolsado por los seguros de GMM, ya que su comportamiento fue similar, con una tasa anual de inflación promedio de 6.4% entre 2014 y 2016 (figura 16 ►).¹⁶

¹⁶ Es importante mencionar que esta cifra representa la variación del gasto promedio en las modalidades individuales y colectivas, cuyos montos se determinan principalmente por la cobertura de las mismas. Así, no sólo los gastos generados por la modalidad individual (con coberturas ilimitadas, en muchos casos) son más altos que los registrados para la modalidad colectiva (de cobertura limitada), sino también su variación en el tiempo. En el caso de pólizas colectivas se registra un incremento anual promedio de 4.6%, mientras que en las pólizas individuales fue de 9.8%.

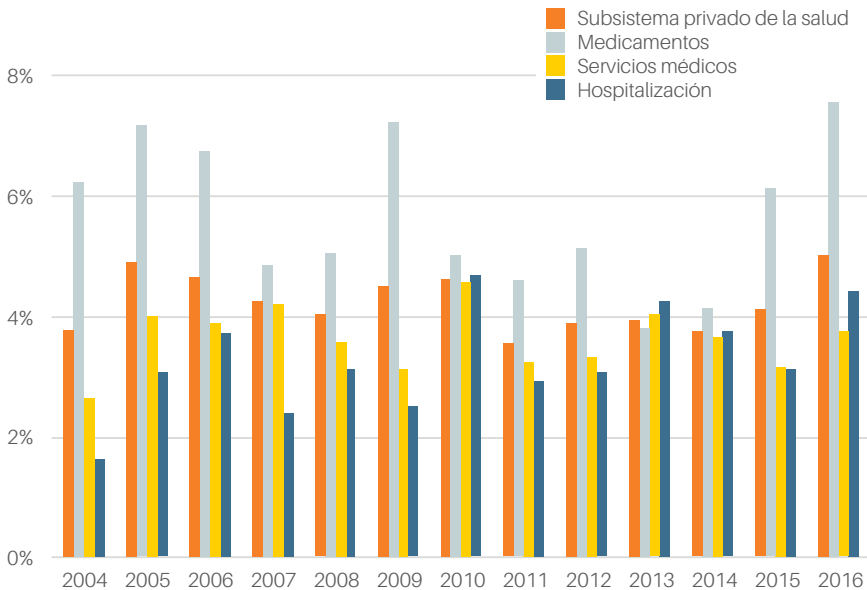


Figura 15. Inflación de precios de la economía en general, del subsistema privado de atención y de los seguros privados en salud. México, 2004 a 2016



Fuente: INEGI, Banco de Información Económica.

Figura 16. Inflación de precios del subsistema privado de salud y de insumos selectos. México, 2004 a 2016



Fuente: INEGI, Banco de Información Económica.



Otro aspecto por destacar es la variación en los precios de los medicamentos salidos de fábrica, cuya inflación alcanzó, en promedio, 5.6% anual entre 2004 y 2016 en sus precios de manufactura. La consulta médica, la hospitalización y los análisis clínicos –todos pagados de bolsillo– tuvieron incrementos por debajo de la inflación general, con 3.6%, 3.3% y 1.9%, respectivamente. Cabe mencionar que estas cifras representan los servicios brindados por el conjunto heterogéneo de proveedores que fue descrito con anterioridad.

Considerando que los seguros privados en salud son agentes que recolectan fondos, distribuyen el riesgo financiero, y pagan los servicios de atención de sus clientes, la presión inflacionaria que enfrentan es un reflejo del incremento de los precios de los servicios médicos privados. La [figura 17](#) muestra el incremento del monto promedio pagado por eventos que incluyen hospitalización, con el seguro de GMM entre 2014-2016 (Panel a) y sus componentes (Panel b). Como se puede apreciar, entre 2014 y 2016 el crecimiento promedio de este gasto fue superior a la inflación anual del país y del sector privado de la salud en general. Entre los principales componentes de este gasto, destaca el pago de servicios de hospitalización, que incluye medicamentos facturados como servicios y por tanto exentos de regulación de precios a la vez que cobrándose el IVA.

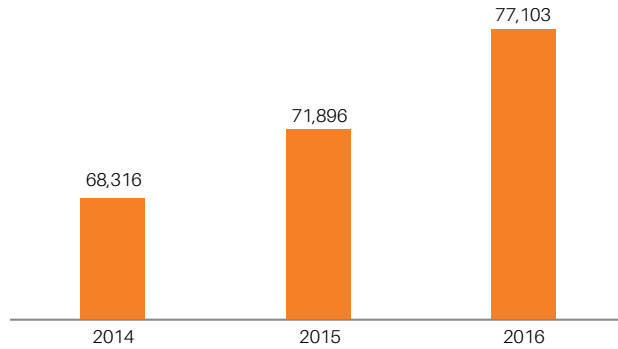
Cuatro factores podrían estar causando la inflación de pólizas: a) el modelo de atención centrado en médicos especialistas en convenio con los hospitales; b) el incremento sostenido en el uso de medicamentos innovadores y de la alta tecnología hospitalaria; c) los bajos incentivos de los pacientes para buscar valor por el dinero, y d) la concentración económica de los hospitales y la facturación opaca de sus servicios

En primer lugar, en la práctica privada los médicos especialistas indican la atención hospitalaria sin orientarse por las GPC basadas en la relación de costo-efectividad de diferentes intervenciones. Además, están vinculados a los hospitales sobre la base de convenios de colaboración que podrían propiciar la inducción de la demanda, lo que podría estar ligado a un uso irracional de los insumos, los medicamentos y las pruebas, todo ello incrementando el gasto. Las aseguradoras, por su parte, no disponen de información sobre los costos y los precios estándar de cada institución, y de instrumentos para contener estos costos, como los protocolos de atención para las diferentes intervenciones. Esta situación se analiza con más detalle en los capítulos de Atención hospitalaria y Regulación.

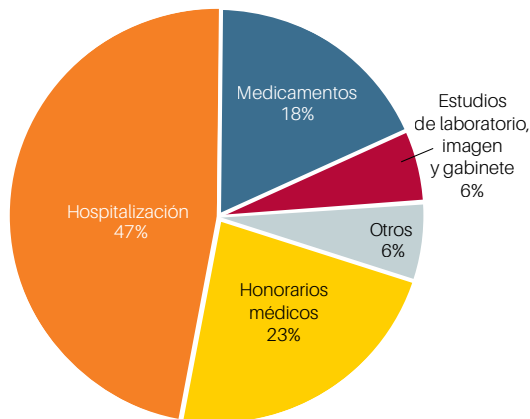
La inflación en los seguros privados puede relacionarse también con una mayor demanda de medicamentos y tecnología de alto costo. Los medicamentos innovadores directamente vinculados al dólar pueden haberse visto más afectados, ya que entre 2010 y 2015 el tipo de cambio de esta moneda incrementó a una tasa de 3.8%. Otro factor detrás de la inflación es el hecho de que los pacientes asegurados no tienen siempre el incentivo para seleccionar hospitales e intervenciones con base en su costo y su efectividad. Ello en la medida en que el se-



Figura 17. Gasto medio por egreso hospitalario incurrido por los seguros de gastos médicos mayores. México, 2014, 2015 y 2016. Pesos del 2016



Panel B. Componente del gasto en 2016



Fuente: AMIS, Sistema Estadístico del Sector Asegurador.

guro cubra la mayor parte de los costos y cuando el asegurado no corre el riesgo de agotar la suma asegurada. Ante información sobre calidad, los asegurados eligen más en función de la cercanía y el tipo de instalaciones e incluso por el mayor costo, concebidas como indicadores de calidad.

Un factor más que podría explicar la inflación en el sector asegurado es la concentración económica de la oferta de la atención hospitalaria para los asegurados. Del total de siniestros de GMM, 48.9% son atendidos por 26 hospitales, de los cuales 18 tienen más de 100 camas y aportan 39.9% de la oferta. Analizando la concentración económica por empresa, hasta 52% de los casos son atendi-



dos por sólo ocho grupos hospitalarios y, de éstos, uno –Grupo Ángeles– participa con 20%, y seis con entre 4% y 6%. Esta concentración se presenta sobre todo en la Ciudad de México y su zona conurbada, donde se atienden 41% de los casos. La sigue de lejos Monterrey, con 14% de los casos. En la Ciudad de México y su zona conurbada participan sólo 10 hospitales, que pertenecen a seis empresas entre las que una controla cinco hospitales.

Discusión

El mercado de los servicios de consulta externa y hospitalización del subsistema privado está separado del subsistema público. Es evidente que el mercado está segmentado socioeconómicamente, y hay en su interior una significativa concentración económica de los oferentes en el segmento de mayores ingresos. Resalta la concentración económica de los hospitales, donde 3.2% de las unidades producen 64% de la PBT y, más específicamente, la gran concentración de oferentes de atención hospitalaria para quienes demandan servicios financiados con seguros privados.

Las ramas de actividad del subsistema privado que tienen mayor relación con el sector público son la manufacturera y la comercial. Sin embargo, la producción farmacéutica dirige al sector público sólo 30% de su valor.¹⁷ En la producción de servicios médicos especializados también hay una vinculación entre los dos subsistemas, pues médicos especialistas del privado pueden tener un segundo empleo en el público.

La oferta de los subsistemas público y privado de atención de la salud está también segmentada. Cada cual produce aproximadamente la mitad del PIB total asignado a la salud.¹⁸ En efecto, son escasos los convenios de colaboración público-privada para la prestación de este tipo de servicios, puesto que pueden subrogarse cuando el sector público carece de la capacidad para brindarlos. En 2010 se documentó que el IMSS asignó a la subrogación de servicios tan sólo 1.5% de su gasto en salud, y el ISSSTE, 4.9%.¹⁹ No obstante, los dos subsistemas están vinculados por la demanda de servicios –públicos o privados–, puesto que la mayor parte de los usuarios están afiliados a la seguridad social o al Seguro Popular. La evidencia sugiere que la reducción del número de hospitales chicos responde al incremento de la demanda de los hospitales públicos fortalecidos y financiados por el Seguro Popular. Los dos subsistemas también están vinculados por los médicos especialistas, debido a la gran incidencia del doble empleo público-privado.

¹⁷ PwC Health Research Institute, Diez grandes cuestiones del sistema nacional de salud. Un enfoque de toda la sociedad. Ciudad de México, 2017.

¹⁸ WHO Health statistics, 2014.

¹⁹ SSa, Evaluación y Estrategias de Portabilidad y Convergencia hacia la integración del Sistema Nacional de Salud, 5 de agosto de 2011.



Mientras la rentabilidad del subsistema privado de atención de la salud tenía una notable disminución, la PBT crecía a un ritmo de 1.2% anual, por debajo de la economía en su conjunto. El crecimiento del personal subcontratado y la disminución de la remuneración del personal evidencian la necesidad de disminuir el gasto en personal. Dado que el sector privado de la salud es intensivo en el uso de personal y de capital para insumos cotizados en dólares, se ve afectado por cuestiones laborales y por la paridad cambiaria.

La rentabilidad del subsistema privado de atención de la salud podría estar siendo afectada por la escasez de personal calificado, sobre todo en atención médica especializada y enfermería. Los médicos especialistas tienden a ser cada vez más escasos debido, sobre todo, a que su formación guarda un rezago frente a las necesidades. Los hospitales contratan y entrenan personal en función de la demanda de servicios. Sin embargo, cuando la demanda disminuye, no tienen la flexibilidad necesaria para disminuir la planta (en cuya preparación invirtieron) y la conservan esperando que la demanda se recupere. Por otra parte, los hospitales privados de 50 y más camas muestran un alto grado de concentración económica, sobre todo en la oferta de servicios a pacientes asegurados privados. Estos factores de concentración económica y empleo podrían estar presionando los precios de la atención médica privada en el segmento de mayores ingresos y para las empresas aseguradoras.

La presión sobre las pólizas podría atribuirse, en general, al incremento de los precios hospitalarios, incluyendo la atención especializada en este contexto, en la medida en que la inflación de los precios que los hospitales y los especialistas cobran a las aseguradoras está por arriba de la inflación general, es similar a la inflación de las pólizas y superior a la de precios ex fábrica de los medicamentos. Sin embargo, el sector asegurador no puede influir en el alza de los precios que imponen los hospitales y los especialistas, toda vez que su mercado depende del pago de los siniestros de acuerdo con las pólizas contratadas. El alineamiento del subsistema privado en su conjunto debe mejorarse, lo que compete sobre todo a las autoridades regulatorias. Para ello, es preciso establecer con certeza el papel de diversos factores en el alza de precios hospitalarios que se cobran a las aseguradoras.

El incremento de precios de las pólizas de GMM por arriba de la inflación de la canasta básica amenaza con reducir la protección que el sector asegurador brinda a 27% de los mexicanos en los estratos C+ A/B.

La concentración económica del segmento de mayores ingresos debe analizarse con relación a intervenciones y las tecnologías específicas, para identificar las necesidades y promover la mayor concurrencia, o bien establecer medidas de regulación de precios que promuevan la eficiencia y contengan el costo de la alta tecnología de la atención médica. En el siguiente capítulo se verá la situación de la concentración en mayor detalle por rama de actividad.



IV. Atención ambulatoria

La atención ambulatoria comprende una amplia gama de servicios de salud –todo lo que no requiere una internación hospitalaria– e incluye el diagnóstico, la terapia, la venta de medicamentos, los tratamientos y las cirugías sencillas. Allí se da el primer contacto del paciente con el sistema de salud, tanto para resolver problemas como para preservar la salud. Las mejores prácticas incluyen –a partir de allí– la coordinación de la atención de la salud integral del paciente con el enfoque de la atención primaria.²⁰ En este capítulo se analiza el papel del subsistema privado de atención de la salud para ofrecer el primer contacto de manera eficiente, así como el papel de las farmacias para el surtimiento de medicamentos.

Se analizan, en primer lugar, las preferencias de la población por los servicios privados de salud conforme a su protección financiera y su situación socioeconómica. Sobre esta base, se analiza la demanda expresada de servicios, en donde si bien los prestadores de servicios privados pueden no ser los preferidos, sí son los más utilizados. Se analiza, después, el resultado del uso de servicios privados ambulatorios sobre la eficiencia, tema que subyace en su demanda como alternativa a los servicios públicos.

Preferencia de servicios de salud

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, los consultorios privados de salud son los prestadores de servicios preferidos para el primer contacto por sólo 25.8% de los mexicanos. De ellos, 15.4% mencionan a un médico en un consultorio independiente, y 10.4% en un consultorio adyacente a una farmacia (CAF). Las preferencias cambian según el esquema de protección financiera en salud ([cuadro 21 ►](#)). La mayoría dijo preferir los servicios de prestadores de servicios privados sólo cuando tienen un seguro privado o cuando el médico privado es la única puerta de entrada al sistema de salud por carecer de protección financiera pública. Resulta interesante que el médico privado no sea el preferido para la mayoría de quienes gozan de un seguro privado o de la seguridad social.

Los prestadores de servicios privados tampoco son la preferencia de la población de mayores ingresos, agrupados como el estrato C+/AB ([cuadro 22 ►](#)). En efecto, sólo 36.7% del total los prefieren. Los preferidos son los de la seguridad social. La preferencia disminuye conforme a los ingresos de la población.

²⁰ Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Washington, OPS, 2007.



Cuadro 21. Distribución porcentual de las preferencias de personas con diferentes esquemas de protección financiera por prestadores de servicios de atención ambulatoria.* México, 2012

Esquema de protección financiera	Seguridad social	SSa, IMSS Prospera y otros públicos	Médicos en consultorios adyacentes a farmacia	Médicos privados independientes	Ninguna	Todos
Sin aseguramiento	1.4	28.5	27.8	37.4	4.8	100
Seguro privado	21.3	22	4.6	50.6	1.5	100
Seguridad social	85.7	1.8	3.5	8.2	0.7	100
Seguro Popular	0.7	86.8	5.4	6.2	0.9	100
Seguridad social y seguro privado	48.9	8.7	3	38.6	0.7	100
Seguridad social y Seguro Popular	70	19.6	4.1	5.5	0.8	100
Todos	32.2	40.1	10.4	15.4	1.9	100

Fuente: INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012.

* Incluye atención en consulta externa ambulatoria y hospitalaria, o en urgencia.

Cuadro 22. Distribución porcentual de la preferencia de prestador de atención a la salud según nivel socioeconómico.* México, 2012

Nivel socioeconómico	Seguridad social	SSa, IMSS Prospera y otros asistenciales públicos	Consultorios adyacentes a farmacia	Médico privado independiente	Ninguno	Todos
C+/AB	50.5	11.2	7.6	29.1	1.6	100
C	48.6	18.4	10.1	21.2	1.7	100
D+/C-	33.8	36.8	12.7	14.8	1.9	100
E/D	13.9	67.8	8.4	7.9	2	100
Todos	32.2	40.1	10.4	15.4	1.9	100

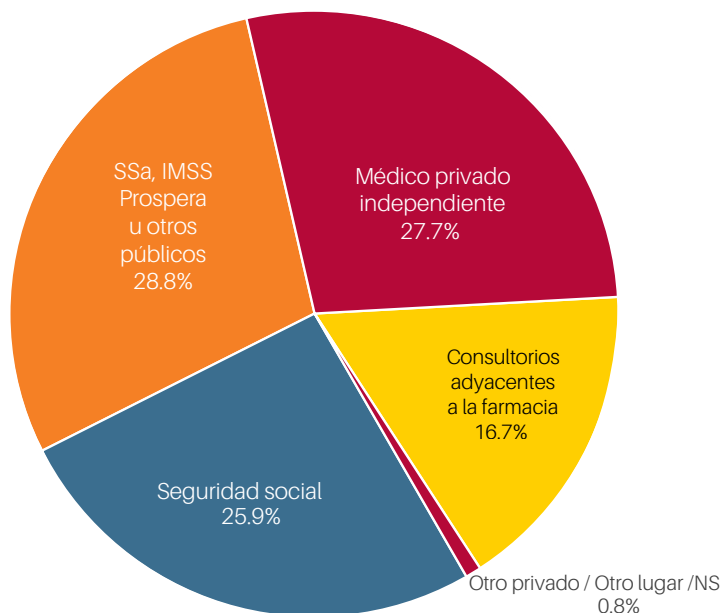
Fuente: INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012.

* Incluye atención en consulta externa ambulatoria y hospitalaria, o en urgencia.

De las preferencias a los hechos hay un gran trecho, pues al indagar sobre la demanda de servicios de primer contacto, 44.4% de la población que necesitó atención dijo haber acudido con prestadores de servicios privados. De ellos, 27.7% acudieron a un consultorio independiente, y 16.7% a un CAF (figura 18 ►).

Analizando la demanda de servicios ambulatorios acorde a los grupos de protección financiera, los médicos privados independientes atienden a 82% de la demanda de personas con seguro privado, seguida por quienes cuentan con

Figura 18. Distribución porcentual de la oferta de atención médica ambulatoria según institución. México, 2012.



Fuente: INSP, Ensanut 2012. Valores ponderados

seguridad social y seguro privado, con 67% de los casos ([cuadro 23](#)). La población sin protección financiera pública ni privada depende de este recurso en 48% de los casos. Los médicos en consultorios adyacentes a farmacias atienden 30% de las necesidades de la población sin protección financiera, y 15% o menos de la demanda de personas con alguna forma de protección financiera.

La oferta de los prestadores privados de servicios ambulatorios es otorgada en 28.6% del total a población que cuenta con protección financiera de la seguridad social, y en 27.1%, de población afiliada al Seguro Popular ([cuadro 24](#)). La población sin protección financiera recibe el 27.5% de estos servicios. Los CAF dependen más de la población afiliada al Seguro Popular, que constituye 39.1% de su oferta.

La demanda de los prestadores de servicios privados sugiere que están sujetos a una intensa competencia, no sólo entre ellos sino también por la oferta pública de atención gratuita a la que tres cuartos de sus clientes tienen derecho y –como ya lo vimos– una clara preferencia. En efecto, la mayor parte de la demanda privada se paga de bolsillo, y los clientes están conscientes del doble pago que están haciendo.



Cuadro 23. Distribución porcentual de la demanda de servicios privados de consulta externa por personas con diferentes esquemas de protección financiera, según prestador de servicios. México, 2012

Esquema de protección financiera	Seguridad social	SSa, IMSS Prospera	Consultorios adyacentes a farmacia	Médicos independientes	Todos
Sin aseguramiento	2	20	30	48	100
Seguro privado	2	11	5	82	100
Seguridad social	65	3	9	23	100
Seguro Popular	1	66	15	18	100
Seguridad social y seguro privado	17	5	11	67	100
Seguridad social y Seguro Popular	50	25	9	16	100
Todos	30	29	15	26	100

Fuente: INSP, Ensanut 2012.

Cuadro 24. Distribución de la oferta de servicios privados de primer contacto según esquema de protección financiera de los demandantes. México, 2012

Aseguramiento	Consultorios adyacentes a farmacia (%)	Consultorios privados (%)	Todos los consultorios (%)
Sin aseguramiento	29.2	27.9	27.5
Seguro privado	0.7	4.1	6.5
Seguridad social	19.4	29.5	28.6
Seguro Popular	39.1	25.5	27.1
Seguridad social y seguro privado	4.2	16.6	14.9
Seguridad social y Seguro Popular	3.7	3.8	3.8
Total	100	100	100

Fuente: INSP, Ensanut 2012.

La demanda de prestadores de servicios privados ambulatorios tiene una amplia distribución entre los diferentes estratos socioeconómicos (cuadro 25 ►). De la población en el estrato C+/AB, 48% solicita los servicios ya sean de médicos independientes o en CAF, y hasta 32% de la población en los estratos E/D los demanda. La mayor demanda de los CAF proviene de la población de escasos recursos, con una proporción similar a la de los consultorios independientes. Si bien las estadísticas no lo muestran, es muy probable que la demanda de servicios privados por parte de los estratos C+/AB se exprese sobre todo con médicos especialistas, mientras que para los demás estratos sería con médicos generales.

Cuadro 25. Distribución porcentual de la demanda de servicios de salud privados de primer contacto por personas con diferente protección financiera según su nivel socioeconómico. México, 2012

Institución de atención	E/D	D+/C-	C	C+/AB
Seguridad social	14	32	39	42
SSa, IMSS Prospera y otros asistenciales públicos	53	26	14	10
Consultorios adyacentes a farmacia	14	17	15	9
Médico privado independiente	18	25	33	39
Total	100	100	100	100

Fuente: INSP, Ensanut 2012.

El gasto en la compra de medicamentos en farmacias privadas asociado a una visita al médico es alto, sin importar si la visita se hizo en una institución pública –donde los medicamentos habrían de dispensarse gratuitamente– o privada. Hasta 53.6% de los pacientes se ven obligados a hacer un gasto, cuya mediana asciende a \$200 pesos, pero que en el cuartil superior es de \$400 pesos (cuadro 26). Las visitas a un médico privado independiente se asocian en 88.8% de los casos a un gasto, que es mayor para CAF, con 96.9% de los casos. No obstante, la mediana del gasto en el primer caso es de \$350 pesos, contra \$200 pesos en los CAF. Llama la atención que el gasto en medicamentos de quienes visitan a un médico privado no es muy superior al gasto de quienes se atienden en establecimientos públicos.

Cuadro 26. Gasto en medicamentos según prestador de servicios de primer contacto. México, 2012

	Porcentaje de usuarios que realizó gasto	Mediana del gasto	Cuartil inferior del gasto	Cuartil superior del gasto
Consultorio dependiente de farmacia	96.9	200	115	280
Médico privado independiente	88.8	350	200	600
SSa	32.0	200	79	355
IMSS-Prospera	16.1	100	70	223
ISSSTE	14.6	500	130	1,200
Otro seguro público	10.2	200	100	350
IMSS	10.0	250	120	500
Todos	53.6	200	87	400

Fuente: INSP, Ensanut 2012.

Calidad de la atención ambulatoria

Se evaluó la calidad de la atención ambulatoria del subsistema privado de atención de la salud en lo que se refiere a los procesos de atención, la prescripción médica y la satisfacción de los usuarios, e incluso en los resultados percibidos por los pacientes. Se puso mayor atención en la evaluación del desempeño de los CAF, dada su irrupción en el mercado privado.

La percepción de los usuarios de la calidad de los servicios de salud privados es ventajosa; a 93.3% de la población que consulta a médicos independientes, y a 89.0% de quienes acuden a un CAF, la atención les parece muy buena o buena (cuadro 27). Esta calificación se asigna a los médicos del subsistema público a sólo 77.8% entre los usuarios del IMSS, y a 74.8% entre los del ISSSTE. Llama la atención que entre 18.5% y 21.2% de los pacientes no regresarían a solicitar servicios, contra 9.9% y 6.5% entre los prestadores de servicios privados.

La mejor percepción de los servicios privados se asocia también a un mayor alivio de los síntomas. La probabilidad de que un paciente perciba mejoría a las dos semanas de la consulta es 2.7 veces mayor entre los pacientes atendidos en servicios privados respecto de los que se atienden en el IMSS, razón que incrementa a 3.4 veces cuando la atención es brindada por médicos adyacentes a las farmacias.²¹

Cuadro 27. Satisfacción con la atención de los prestadores de servicios de salud ambulatoria. México, 2012

	Muy buena y buena (%)	Regular (%)	Mala y muy mala (%)	Usuarios que no regresarían a la misma institución de atención (%)
Consultorio dependiente de farmacia	89.0	9.9	1.1	9.9
Médico privado	93.3	5.6	1.1	6.5
ISSSTE	74.8	19.8	5.4	21.2
Seguro público (Pemex, Sedena, Marina)	94.8	5.2	-	3.7
Servicios estatales de salud	83.3	13.2	3.5	12.3
IMSS-Prospera	84.1	13.9	2.1	10.0
IMSS	77.8	16.4	5.8	18.5
Otros	91.7	7.5	0.9	7.4
Todos	85	11.9	3.1	12.4

Fuente: INSP, Ensanut 2012.

²¹ González Block MA (coord.) Retos para la cobertura universal del Sistema Nacional de Salud. Ciudad de México, Funsalud, 2015.



La confianza de los pacientes en los medicamentos prescritos por su médico es fundamental en el tratamiento, pues repercute en la adherencia terapéutica. En una encuesta realizada por PwC entre consumidores adultos de ciudades medias y grandes de México, se observó que 96.0% de los pacientes que visitaron a un médico independiente confiaban en los medicamentos que se les prescribieron, contra 64.1% de quienes visitaron un CAF, y tan sólo 45.4% de quienes acudieron con un médico gubernamental.²²

Un paciente promedio en el ámbito urbano en México consulta tanto a los médicos públicos como los privados, sobre todo el enfermo crónico que goza también de seguridad social o de Seguro Popular, y busca maximizar el beneficio que puede obtener de sus diferentes opciones de servicio. El estudio de PwC citado encontró que entre los pacientes con diabetes o hipertensión, hasta 39.1% acudió en el último año, al menos una vez, a un médico privado y también a uno del subsistema público. Lo que apunta a la poca confianza de los pacientes crónicos en los prestadores de servicios, por lo que no se consigue continuidad en la atención, lo que es crítico para lograr el control de las enfermedades crónicas.

La demanda en los CAF se asocia a un menor tiempo de espera, una mayor satisfacción con la consulta y un menor gasto en medicamentos. Este último punto, comparado con usuarios de los servicios públicos, que se vieron obligados a adquirirlos.²³ Se ha observado también que los médicos de los CAF podrían estar reduciendo la automedicación, puesto que de no haberse atendido allí, 37% de los usuarios habrían acudido a este recurso.²⁴

No obstante, la calidad de la detección de enfermedades crónicas en las consultas –y de la prescripción– ofrecidas por los CAF se ha evaluado negativamente. La mayoría de los CAF carecen de equipo básico y expedientes clínicos.²⁵ Preocupa también el conflicto de intereses, ya que los ingresos de los médicos suelen estar vinculados a la venta de medicamentos.²⁶ A 63% de los pacientes con faringitis estreptocócica que acudieron a consulta en un CAF en la Ciudad de México se les prescribieron antibióticos inapropiados, a menudo de tercera generación, mientras que a 79% se les prescribieron antibióticos innecesarios. Sólo a 19% de los pacientes se les midió la presión arterial o el peso.²⁷ De acuerdo

²² PwC Health Research Institute, Op.Cit.

²³ Pérez-Cuevas R, Doubova SV, Wirtz VJ, et al. *Effects of the expansion of doctors' offices adjacent to private pharmacies in Mexico*. BMJ Open. 2014.

²⁴ IMS Health, Estudio de 300 usuarios de consultorios de farmacia, mayo y junio de 2012, citado en prensa.

²⁵ Díaz Portillo S, AJ Idrovo, A Dreser, FR Bonilla, B Matias Juan, VJ Wirtz, et al. "Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración", *Salud Pública de México*, 57 (2015): 320-328.

²⁶ Funsalud, *Estudio sobre la práctica de la atención médica en consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas*. Cd. de México, Funsalud, 2014.

²⁷ Dreser A, E Serván Mori, VJ Wirtz, AR Madrigal y S Díaz Portillo, "Consultorios adjuntos a farmacias (CAF) en la Ciudad de México: infraestructura, utilización y calidad de la atención. Cartel", *Congreso de Investigación en Salud Pública*, INSP, Cuernavaca, 2017.



con un estudio de PwC, los CAF rara vez remiten a los pacientes a laboratorios de pruebas diagnósticas, lo que pone en duda su capacidad de atender enfermedades crónicas.²⁸

Efectos de la demanda de consulta privada en la productividad

La demanda de servicios privados de atención médica es, al parecer, una alternativa a la demanda de servicios públicos a los que –como ya se vio– la mayor parte de la población tiene derecho. La evidencia sugiere que la demanda de servicios privados está condicionada en gran parte por el ahorro de tiempo para tener acceso a la consulta, así como por el resultado en el alivio de los síntomas y la recuperación de la capacidad laboral. El ahorro total anual de tiempo asciende a 15 millones de días, sin duda un valioso apoyo a la productividad de las empresas y los hogares.

¿Cómo se estimó este ahorro? Un mexicano recibe, en promedio, 5.2 consultas al año. Considerando el total de las consultas brindadas por los prestadores de servicios públicos y reportadas por la SSa (3.0 por persona),²⁹ y las consultas brindadas en el subsistema privado –que corresponden a 44.4% del total, según se reportó antes–, se estima que se ofrecen en el país 642.3 millones de consultas al año. El tiempo promedio de espera en los servicios privados, en la SSa y en el IMSS –de acuerdo con la Ensanut, 2012– es de 10, 108 y 120 minutos, respectivamente. Del total de consultas prestadas por los proveedores de servicios privados, 44% atienden a población con protección de la seguridad social y 31% a población afiliada al Seguro Popular. Si los servicios institucionales dieran esas consultas, las personas invertirían en la seguridad social, 98 minutos más y, en la SSa, 110. Multiplicando este tiempo por el total de consultas ofrecidas por el sector privado, se infiere un ahorro de 15.0 millones de días por año para la economía nacional.

Por otra parte, tras las consultas en el sector privado (a las dos semanas del evento) hay una mayor percepción de mejora que en los servicios públicos. Un análisis de la percepción de la mejora en personas entrevistadas en la ENSANUT 2012 permitió establecer que, sin importar el estrato socioeconómico, el sexo o la condición de la salud, las probabilidades de que una persona perciba mejoría después de una consulta en los servicios privados son al menos 2.7 veces mayores que si acudiera a los servicios de la seguridad social (y 3.4 veces mayor que si acudiera a un CAF). La probabilidad de percibir mejoría entre quienes acuden a los servicios de salud de la SSa es sólo 1.3 veces mayor que la de quienes acuden a los servicios de la seguridad social.

²⁸ PwC, *Diez grandes cuestiones de la industria de la salud en México*. Un enfoque de toda la sociedad. Ciudad de México, PwC, 2017. PwC, Heath research Institute, Op. Cit.

²⁹ Boletín de información estadística, SSa, 2012.



El menor tiempo de espera y la percepción de una pronta mejoría que logran los prestadores de servicios ambulatorios de salud privados deben reflejarse en la productividad de las empresas y el bienestar de los hogares.

Discusión

La atención ambulatoria de la salud privada se ha convertido en el primer contacto más prevalente de los mexicanos con el sistema de salud si se considera que ninguna institución pública alcanza sus niveles de cobertura. La satisfacción y la confianza con los tratamientos de quienes visitan a un médico privado es superior a las de quienes acuden a instituciones públicas. Sin embargo, el gasto que terminan haciendo en medicamentos es similar; el costo en tiempo muy inferior, y la sensación de alivio, superior. Al comparar la atención de los médicos independientes con la de quienes ejercen en los CAF, es patente la mayor satisfacción y confianza a que dan lugar los primeros, si bien el costo de los segundos es inferior. Estos factores sugieren la ventaja competitiva de los servicios privados por sobre los públicos –en particular, de los prestadores de servicios independientes–, así como el importante aporte que hacen a la productividad de las personas y a la competitividad de las empresas.

Sin embargo, la atención tenderá a ser discontinua, tanto al interior de la medicina privada como en su relación con la medicina pública. Por otra parte, la calidad de la atención afronta importantes retos, ya que los pacientes se relacionan con los profesionales en respuesta a sus síntomas, sin la intermediación de un sistema que promueva la atención preventiva y que coordine la atención privada ambulatoria con el resto del sistema de salud. En el siguiente capítulo se analiza la atención hospitalaria. Se ve el grado en que ésta depende de la atención ambulatoria, y los retos de coordinación que se manifiestan. En los capítulos subsecuentes se analiza en mayor detalle la segmentación de la atención ambulatoria, su liderazgo y su desarrollo estratégico, las oportunidades de colaboración público-privada, y los retos para la regulación.



V. Atención hospitalaria

Al presentar en el Capítulo III a los actores del subsistema privado de atención de la salud, se observó que el número de hospitales y de camas privadas ha disminuido en los últimos años, sobre todo en los pequeños hospitales. Esta disminución se refleja en la actividad hospitalaria, tanto por afectar los egresos como porque impulsa un cambio en el modelo de atención que privilegia el uso del diagnóstico y la atención especializada.

En este capítulo se analiza la situación y las tendencias de la actividad hospitalaria, revisándola en general y en hospitales de diferente tamaño; la situación de la actividad hospitalaria para la atención, y su cambio en el tiempo, y la relación de los subsistemas privado y público en el renglón de los egresos hospitalarios. Se aborda, luego, la relación que guardan los egresos, los estudios, los tratamientos y las consultas en el ámbito hospitalario, y se identifican los patrones de actividad según el tamaño de las unidades. Se analiza, entonces, el incremento de la disponibilidad de tecnología de alto costo y la calidad de la atención hospitalaria, aspecto del que hay, por cierto, pocos estudios. El capítulo termina con un análisis de la brecha de la hospitalización en México, en el que se identifica el potencial de crecimiento de la hospitalización privada.

Situación y tendencia de la actividad hospitalaria

En 2012, los hospitales privados en México fueron responsables de 1.6 millones de egresos, el equivalente a 19% del total nacional, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud de 2012 ([figura 19 ►](#)). Cabe notar, no obstante, que la cifra asciende a 22% al estimar los egresos reportados en las Estadísticas Hospitalarias de 2014, contra el total de egresos hospitalarios reportados por la SSA, según se observó en el Capítulo II de este diagnóstico.

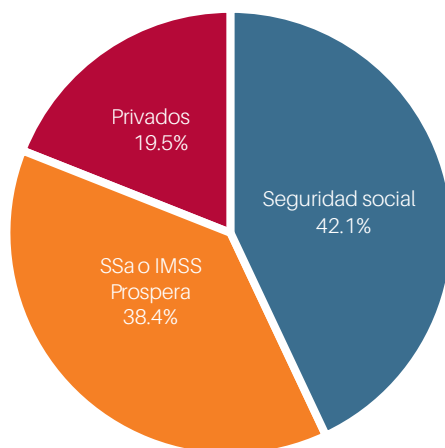
Entre los diferentes grupos de protección financiera, los hospitales privados atienden a 78.9% de quienes gozan de seguro privado ([cuadro 28 ►](#)). Le sigue en importancia la población que cuenta tanto con seguro público como privado, con 72.75% de los casos. Quienes sólo tienen seguridad social se atienden en 14.1% de los casos en hospitales privados, mientras que los que cuentan con Seguro Popular lo hacen para 14.8% de sus necesidades.

Analizando la distribución de la oferta hospitalaria acorde a grupos de protección financiera, la población sin protección financiera representa el 28.9% de la oferta hospitalaria privada, mientras que los beneficiarios del Seguro Popular reciben 24.7% del total ([cuadro 29 ►](#)). Las personas que cuentan únicamente con



Atención hospitalaria

Figura 19. Distribución porcentual de la oferta de atención médica hospitalaria según institución. México, 2012



Fuente: INSP, Ensanut 2012.

Cuadro 28. Distribución porcentual de la demanda hospitalaria de los diferentes grupos de aseguramiento según prestador. México, 2012

Esquema de protección financiera	Seguridad social	SSa o IMSS Prospera	Privados	Todos
Sin aseguramiento	16.8	36.2	47.0	100
Seguro privado	8.3	12.7	78.9	100
Seguridad social	81.6	4.3	14.1	100
Seguro Popular	6.5	78.7	14.8	100
Seguridad social y seguro privado	21.1	6.2	72.7	100
Seguridad social y Seguro Popular	61.7	27.8	10.5	100
Todos	42.1	38.4	19.5	100

Fuente: INSP, Ensanut 2012.

seguro privado reciben 7% de la oferta, mientras que los que tienen este tipo de protección junto con afiliación a la seguridad social reciben 17.5%. Ambos tipos de asegurados privados suman, así, 24.7% de la oferta hospitalaria privada.

Por otra parte, los hospitales privados atienden la hospitalización de hasta 10% de la población de los estratos E/D (de escasos ingresos), y hasta 33% de los estratos C+/AB (cuadro 30 ►). Los pacientes de los hospitales privados provienen sobre todo de los estratos D+/C- (42%, C (22%) y C+/AB (21%) (figura 20 ►). La población más pobre conforma 15% del total de la demanda. Como veremos

Cuadro 29. Distribución porcentual de la oferta de servicios privados hospitalarios según el esquema de protección financiera de los demandantes. México, 2012

Esquema de protección financiera	Seguridad social	SSa e IMSS Prospera	Privados	Todos
Sin aseguramiento	6.8	13.2	28.9	14.6
Seguro privado	0.5	0.7	7.0	2.1
Seguridad social	72.6	3.2	19.0	32.3
Seguro Popular	6.4	77.6	24.7	39.1
Seguridad social y seguro privado	3.3	0.9	17.5	5.7
Seguridad social y Seguro Popular	10.4	4.4	2.9	6.2
Todos	100	100	100	100

Fuente: INSP, Ensanut 2012.

Cuadro 30. Distribución porcentual de la demanda de servicios hospitalarios de los diferentes estratos socioeconómicos según prestador. México, 2012

Nivel socioeconómico	Todos los prestadores	Seguridad social	SSa o IMSS Prospera	Privados	Total
E/D	29.3	22.7	66.7	10.0	100
D+/C-	43.8	46.0	36.0	18.1	100
C	15.3	53.0	20.4	26.7	100
C+/AB	11.6	54.0	13.3	33.3	100
Total	100	43	38	19	100

Fuente: INSP, Ensanut 2012.

más adelante, la segmentación de los hospitales está regida por estos patrones de demanda, donde 25% de las camas corresponden a los hospitales más grandes, dirigidos a la población de mayores ingresos.

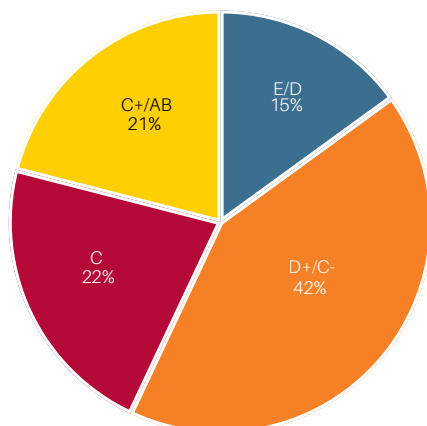
Los egresos privados disminuyeron 5% entre 2005 y 2015, al pasar de 1.7 a 1.6 millones, si bien los egresos por cada mil habitantes disminuyeron 16% (cuadro 31 ►, figura 21 ►). Esta reducción se hizo patente sobre todo a partir de 2010, tras la crisis económica de 2009.

Los días de estancia hospitalaria promedio por egreso incrementaron de 2.3 en 2005, a 2.8 en 2014 (21.7%) (figura 22 ►). Estas cifras sugieren un giro en el modelo de atención para enfocarse en tratamientos más intensivos y extensivos.

La ocupación hospitalaria privada en 2015 fue de 35%, frente al ideal de 80%; la desocupación fue de 45%. El potencial de ocupación se evidencia también si se compara con el subsistema público, que en 2013 fue de 71%. La ocupación

Atención hospitalaria

Figura 20. Distribución porcentual de la oferta hospitalaria privada según estrato socioeconómico de los demandantes. México, 2012



Fuente: INSP, Ensanut 2012.

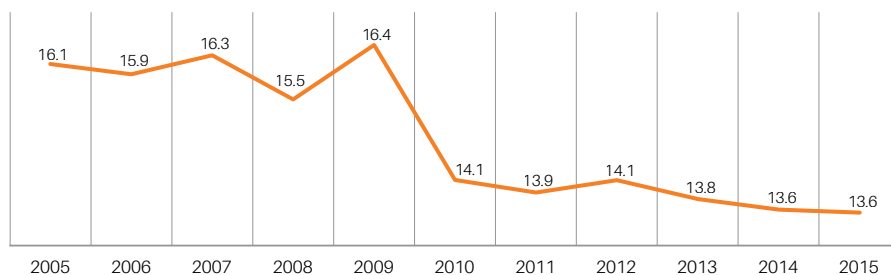
Cuadro 31. Prestación de servicios hospitalarios privados y cambio porcentual. México, 2005 y 2015

Concepto	2005	2015	Cambio %
Egresos	1,726,503	1,640,621	-5.0
Días estancia	3,971,750	4,295,714	8.2
Días estancia por egreso	2.3	2.6	13.8
Consultas externas totales	12,076,886	12,223,897	1.2
Consultas de planificación familiar	229,784	158,981	-30.8
Procedimientos médico quirúrgicos	802,071	938,357	17.0
Cirugías por egreso	0.46	0.57	23.1
Personas con procedimientos diagnósticos	6,233,695	9,715,079	55.8
Exámenes diagnósticos	13,323,574	21,924,580	64.6
Procedimientos diagnósticos por persona	2.1	2.3	5.6
Personas atendidas en medicina de tratamiento	484,899	877,313	80.9
Intervenciones de medicina de tratamiento	1,720,412	3,254,328	89.2
Intervenciones de tratamiento por persona	3.5	3.7	4.6
Nacidos vivos	398,999	345,110	-13.5
Partos vaginales	144,793	70,572	-51.3
Partos por cesáreas	249,390	274,330	10.0
Partos del total de los egresos	8.4%	4.3%	-48.7
Nacidos vivos por cesárea	62.5%	79.5%	27.2
Defunciones generales	14,855	15,323	3.2

Fuente: INEGI Estadísticas de salud en establecimientos particulares.

Atención hospitalaria

Figura 21. Egresos hospitalarios privados por mil habitantes. México, 2005 a 2015



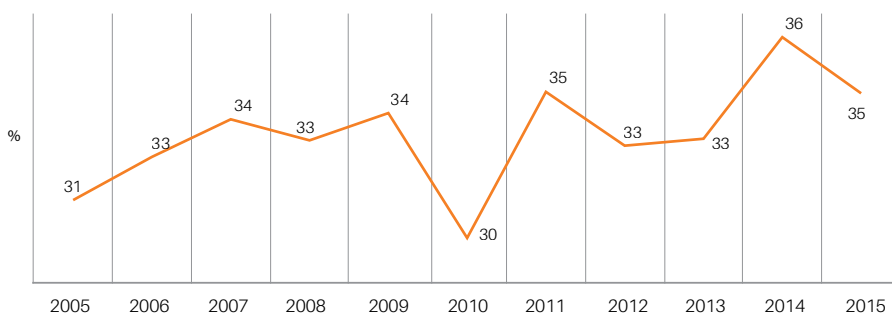
Fuentes: INEGI, Estadísticas de salud en establecimientos particulares. Conapo, Proyecciones de la población

Figura 22. Días de estancia promedio por egreso hospitalario privado. México, 2005 a 2015



Fuente: INEGI, Estadísticas de salud en establecimientos particulares.

Figura 23. Ocupación de las camas censables en los hospitales privados. México, 2005 a 2015

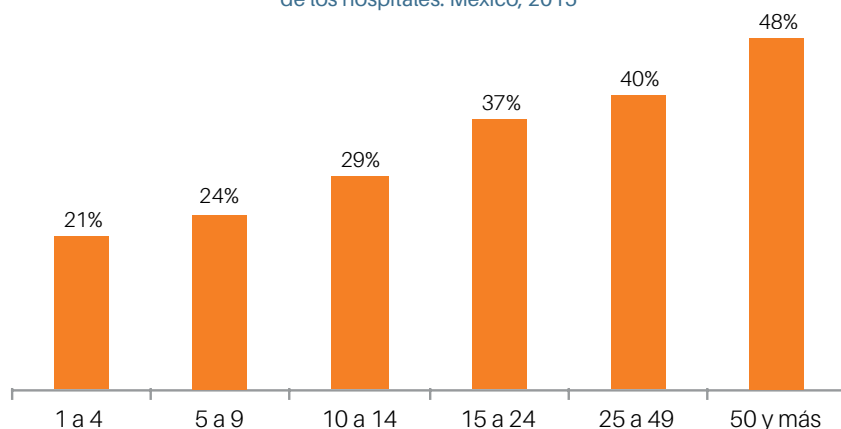


Fuente: INEGI, Estadísticas de salud en establecimientos particulares.

hospitalaria ha tendido a incrementar lentamente, con una baja en 2010 como resultado de la crisis económica de 2009 (figura 23).

La ocupación varía según el tamaño de los hospitales. En la década de 2005 a 2015, fue de 48% en los más grandes, de entre 37 y 40% en los medianos, y de entre 21 y 29% en los de menos de 15 camas (figura 24 ▶).

Figura 24. Ocupación de las camas censables en hospitales privados según número de camas de los hospitales. México, 2015



Fuente: INEGI, Estadísticas de salud en establecimientos particulares.

Actividad hospitalaria por motivo de atención

Las principales causas de egreso hospitalario en las unidades privadas del país en 2015 fueron: embarazo, parto y puerperio, con 23.5%; enfermedades del sistema digestivo, con 12.9%, y traumatismos y envenenamientos, con 9.6% (cuadro 32 ►).

Los cambios en el patrón de atención hospitalaria a lo largo de la década de 2005 a 2015 se deben, en primer lugar, al motivo de atención: la atención de padecimientos infecciosos y del parto disminuyó, y la atención de lesiones y enfermedades crónicas aumentó. La atención de enfermedades infecciosas y parasitarias disminuyó 33%; la de enfermedades del sistema respiratorio, 23%, y las afecciones del periodo perinatal, 23% (figura 25 ►). Si bien la atención del embarazo, el parto y el puerperio disminuyó 15%, en ese periodo también los nacimientos disminuyeron 2.6% a nivel nacional, al pasar de 2.30 millones en 2005 a 2.24 en 2015.³⁰ Las cifras sugieren que la disminución de egresos por parto y puerperio corresponde más a un cambio en las preferencias de la población por los hospitales públicos.

Las causas de egreso de las personas que se hospitalizaron al menos una noche también revelan cambios en el transcurso de la década de 2005 a 2015. Los mayores incrementos se deben a la atención de factores que influyen en el estado de la salud, principalmente procedimientos de anticoncepción y otro tipo de internamientos para investigación y exámenes (42%); de malformaciones congénitas (29%) y de enfermedades del sistema osteomuscular (27%).

³⁰ Conapo, indicadores demográficos.



Cuadro 32. Egresos de hospitales privados por capítulo de causa CIE10. México, 2015

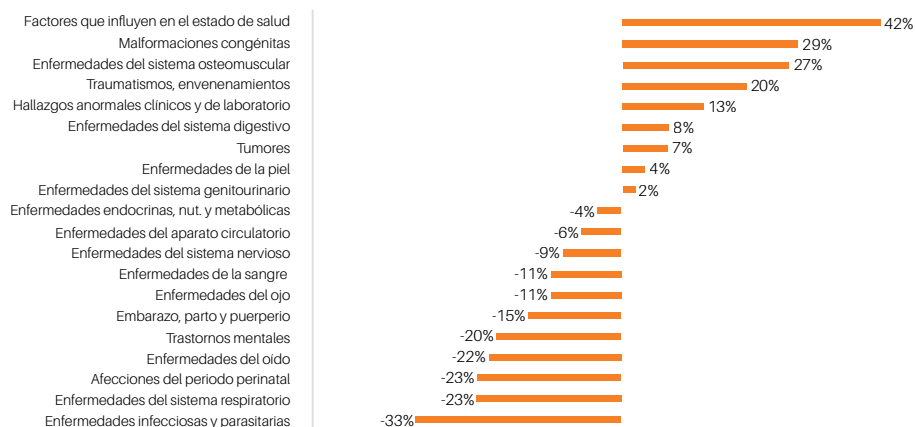
Capítulo	Causa	Egresos	%
15	Embarazo, parto y puerperio	385,200	23.50
11	Enfermedades del sistema digestivo	211,760	12.90
19	Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas	157,467	9.60
14	Enfermedades del sistema genitourinario	128,112	7.81
10	Enfermedades del sistema respiratorio	109,958	6.70
9	Enfermedades del aparato circulatorio	96,754	5.90
1	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	92,644	5.65
4	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	77,210	4.71
20	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	76,278	4.65
2	Tumores [NEOPLASIAS]	75,557	4.61
13	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	58,767	4.61
18	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificadas en otra parte	32,895	2.60
6	Enfermedades del sistema nervioso	24,698	2.01
5	Trastornos mentales y del comportamiento	18,958	1.51
3	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	14,052	0.86
12	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	11,421	0.70
17	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	10,884	0.66
16	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	9,718	0.59
8	Enfermedades del oído y de las apófisis mastoides	5,712	0.35
7	Enfermedades del ojo y sus anexos	42,576	0.04
Total		1,640,621	100

Fuente: INEGI Estadísticas de salud en establecimientos particulares.

Los motivos de hospitalización varían de acuerdo con los recursos de los hogares y en función de la protección financiera en salud. El motivo prevalente entre las personas de escasos recursos es la atención del parto (31%), motivo que entre las personas de mayores recursos alcanza sólo 11.6% (cuadro 33 ►). Los motivos prevalentes entre estos últimos son, en cambio, las cirugías, con 37.1% de los casos, contra sólo 16.1% entre los hogares de escasos recursos.

Analizando los motivos del egreso hospitalario en función de la protección financiera, se observa que se hospitalizan por cirugías 44% de las personas con seguro privado y 57% de las que no tienen seguro privado y, además, protección

Figura 25. Cambio porcentual de los egresos hospitalarios privados por causa CIE10. México, 2005 y 2015



Fuente: INEGI, Estadísticas de salud en establecimientos particulares.

Cuadro 33. Distribución porcentual de los principales motivos de hospitalización privada según nivel socioeconómico. México, 2012

	E/D	C-/D+	C	C+/AB
Cirugía	16.1	22.9	31.0	37.1
Enfermedad	32.5	32.5	31.1	33.8
Lesiones físicas	8.6	9.2	11.6	9.4
Parto y cesárea	31.0	23.9	18.2	11.6
Problemas por el embarazo y puerperio	4.6	4.1	2.2	2.5
Examen / chequeo	1.4	1.3	1.1	0.4
Otro	5.7	6.1	4.8	5.2
Total	100	100	100	100

Fuente: INSP, Ensanut 2012.

de la seguridad social. Porcentajes que contrastan con el de quienes no tienen ningún seguro (26%). El resto de la población suele hospitalizarse más por motivos de enfermedad, excepto quienes están cubiertos por el Seguro Popular, entre los que una de cada tres demandas de hospitalización es por parto y cesárea (cuadro 34 ▶).

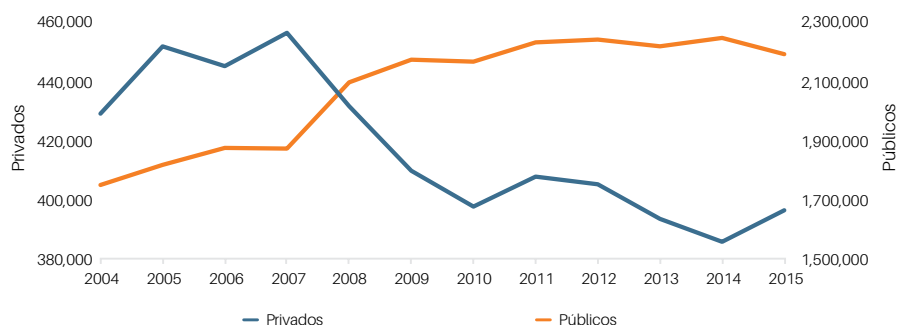
Cuadro 34. Distribución porcentual de los egresos de hospitalización privada para grupos de personas con diferentes esquemas de protección financiera según motivo. México, 2012

Esquema de protección financiera	Cirugía	Enfermedad	Lesiones físicas	Parto y cesárea	Problemas por embarazo y puerperio	Examen o chequeo	Otro	Total
Sin aseguramiento	25.9	28.7	9.5	25.9	2.1	2.5	5.4	100
Seguro privado	44.0	31.0	3.3	9.6	-	0.4	11.7	100
Seguridad social	28.2	35.6	10.8	15.1	3.3	0.9	6.1	100
Seguro Popular	18.8	29.6	8.5	32.1	4.9	1.1	4.9	100
Seguridad social y seguro privado	57.0	22.9	-	7.0	-	-	13.4	100
Seguridad social y Seguro Popular	17.1	47.0	4.9	19.9	5.3	0.3	5.5	100
Todos	24.3	32.4	9.5	23.2	3.7	1.2	5.7	100

Fuente: INSP, Ensanut 2012.



Figura 26. Egresos por gineco-obstetricia en hospitales públicos y privados. México 2004 a 2015



Fuente: INEGI, Estadísticas de salud en establecimientos particulares.

Relación de los egresos de los subsistemas privado y público

Las variaciones en los egresos de los hospitales privados están relacionadas con el fortalecimiento del subsistema público –sobre todo del Seguro Popular–, pero también con los vaivenes de la economía, que en el periodo estudiado se vio afectada con la crisis de 2009. La atención del embarazo y el parto se ha trasladado en gran parte al subsistema público, como lo sugiere la relación inversa de los egresos por ginecología públicos y privados, con una correlación significativa de -0.860 y un alto nivel de significancia, de 0.0003 (figura 26). Hasta 2007, los egresos incrementaron a la par en ambos subsistemas, pero a partir de este año, los privados disminuyeron y los públicos incrementaron.

Actividad de los hospitales por su tamaño

La primera causa de egreso en todos los hospitales es el parto o embarazo complicado (parto obstruido, en los hospitales de hasta de 24 camas, y otras complicaciones del embarazo y el parto, en los hospitales de mayor tamaño) (cuadro 35 ►). Esto llama la atención porque el trabajo de parto único espontáneo (parto normal) ocupa entre el segundo y el cuarto lugar, salvo en los hospitales más grandes, donde éste no figura entre las primeras cinco causas de egreso.

Después de la atención del embarazo y el parto, la diabetes es la siguiente causa de egreso hospitalario en las unidades de hasta 14 camas, y la coleditiasis y la colecistitis en las de más de 15 camas. En los hospitales más chicos siguen los procedimientos diagnósticos, mientras que en los demás, los traumatismos y las fracturas. En los hospitales más grandes, los procedimientos de diagnóstico ocupan el quinto lugar.



Cuadro 35. Cinco principales causas de egresos hospitalarios privados, en orden de importancia, según tamaño del hospital. México, 2015

Causa de egreso	Camas censables					
	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 24	25 a 49	50 y más
Trabajo de parto obstruido	1	1	1	1	2	
Otras complicaciones del embarazo y del parto	3	2	2	2	1	1
Parto único espontáneo	2	3	3	4	4	
Diabetes mellitus	4	4	4			
Colelitiasis y colecistitis		5	5	3	3	2
Luxaciones, esguinces y desgarros de regiones especificadas y de múltiples regiones del cuerpo						3
Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo				5		4
Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y atención de la salud	5					5
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso		5				
Fracturas de otros huesos de los miembros					5	

Fuente: INEGI, Estadísticas de salud en establecimientos particulares.

El patrón de atención varía según el tamaño de los hospitales. Las unidades de menos de 15 camas son responsables de 40.5% de los egresos. Los hospitales de más de 50 camas, que son 94 en el país (3.2% del total), concentran 25.1% de las camas y atienden 25.1% de los egresos (cuadro 36 ▶). En segundo lugar –por su inversión y su producción– están los hospitales de 5 a 9 camas, con 23.3% y 19.5% de los egresos, respectivamente.

En los hospitales de más de 50 camas, el promedio de la estancia por egreso es de 3.5 días, contra 1.9 en los hospitales más chicos, y 2.2 y 2.5 en los demás (ver el cuadro 36). Los días de estancia se asocian a la complejidad de los tratamientos; a mayor número de camas, los hospitales practican más cirugías y atienden menos partos por egreso.

De acuerdo con su tamaño, los hospitales combinan los egresos hospitalarios con las intervenciones diagnósticas y de tratamiento, que pueden requerir o no un internamiento. Los hospitales más chicos ofrecen hasta 11.5 consultas por

Atención hospitalaria

Cuadro 36. Servicios en hospitales privados según tamaño del hospital, resaltando por volumen e intensidad. México, 2015.

	Total	Número de camas					
		1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 24	25 a 49	50 y más
Egresos	1,640,621	98,740	319,614	246,337	276,229	288,132	411,569
Porcentaje del total de egresos	100	6	19.5	15	16.8	17.6	25.1
Porcentaje de camas	100	7.3	23.3	15.2	15.3	14.6	24.3
Días estancia por egreso	3	1.9	2.2	2.2	2.6	2.5	3.5
Intervenciones por egreso							
Consultas	7.45	11.5	10.7	6.5	7.3	8	4.2
Cirugías	0.57	0.47	0.49	0.51	0.6	0.63	0.65
Partos	0.21	0.25	0.27	0.25	0.24	0.19	0.12
Exámenes de diagnóstico por egreso	13.4	3.03	8.86	4.25	7.08	13.2	29.12
Análisis clínicos	9.37	1.36	5.8	2.4	4.47	8.29	22.27
Anatomía patológica	0.21	0.01	0.08	0.04	0.03	0.29	0.53
Electrodiagnóstico	0.19	0.08	0.17	0.14	0.1	0.16	0.35
Endoscopia	0.13	0.02	0.05	0.03	0.04	0.04	0.39
Imagenología	0.73	0.02	0.54	0.12	0.29	1.04	1.51
Radiología	1.74	0.39	1.06	0.84	1.37	2.08	3.14
Ultrasonido	0.85	1.08	1.12	0.62	0.7	0.94	0.77
Otros	0.14	0.07	0.05	0.05	0.09	0.36	0.16
Tratamientos médicos por egreso	1.98	0.28	0.99	0.11	1.04	0.93	5.65
Díálisis	0.14	0.01	0.02	0.04	0.1	0.23	0.27
Fisioterapia	0.28	0.19	0.22	0.01	0.66	0.17	0.33
Inhaloterapia	1.23	0.06	0.65	0.03	0.03	0.37	4.06
Quimioterapia	0.03	0	0.02	0	0	0.01	0.08
Radioterapia	0.05	0	0	0	0	0	0.2
Rehabilitación	0.21	0	0.08	0	0.2	0.12	0.56
Otros	0.06	0.02	0.01	0.02	0.04	0.03	0.16
Indicadores de desempeño							
% de cesáreas sobre el total de partos	79.5	74.5	77.4	81.5	83.7	77.6	80
Defunciones por 1,000 egresos	9.34	3.1	7	7.6	9.3	11.7	12.1
Defunciones fetales por 1,000 partos	0.1	0.05	0.07	0.13	0.1	0.08	0.16
Consultas de planificación familiar por parto	0.46	0.84	1.05	0.34	0.27	0.14	0

Fuente: INEGI Estadísticas de salud en establecimientos particulares.

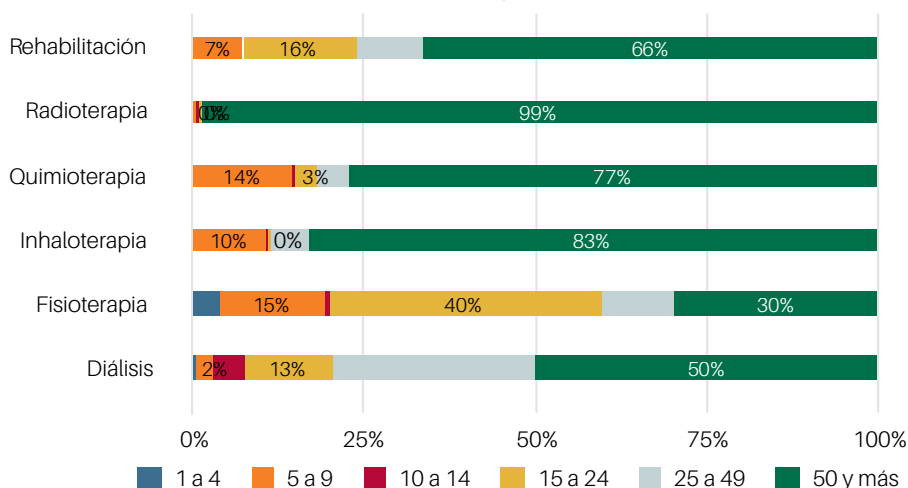
egreso, contra sólo 4.2 en los más grandes, lo que sugiere que, a menor tamaño, los hospitales tienden a atender más en la consulta externa –incluso de primer contacto– y menos las actividades propiamente hospitalarias.

A mayor tamaño, los hospitales también tienden a ofrecer más exámenes de diagnóstico y tratamientos médicos. Los hospitales de más de 50 camas ofrecen en promedio, 29 exámenes diagnósticos y 5.65 tratamientos médicos en relación con cada egreso, contra sólo 3 y 0.28, respectivamente, en los hospitales más chicos. Cabe aclarar que estas intervenciones se ofrecen tanto a pacientes hospitalizados como a pacientes ambulatorios (el indicador de egresos se emplea aquí nada más para normalizar la concentración).

Los hospitales de 5 a 9 camas quedan fuera de esa tendencia, pues la propensión es a ofrecer exámenes y tratamientos en proporciones similares a las de los hospitales de 15 a 24 camas e incluso de 25 a 49 camas. En los hospitales más chicos, los exámenes de ultrasonido tienden a hacerse con mayor intensidad respecto del total de egresos, lo que podría estar asociado a la atención prenatal y del parto, que es de la que más se ocupan. Los hospitales de 15 a 24 camas se enfocan más en la fisioterapia y tienen una alta concentración en diálisis.

De acuerdo con los patrones de atención observados, los mayores hospitales concentran las intervenciones diagnósticas y de tratamiento más especializadas (figura 27): ofrecen 99% de la radioterapia, 83% de la inhaloterapia y 77% de la quimioterapia. Los hospitales de 25 a 49 camas también participan en la diálisis (29.8%) y en la fisioterapia y la rehabilitación (10% en ambos casos), y los hospitales de 5 a 9 camas, en la fisioterapia (15.1%) y la quimioterapia (14.3%).

Figura 27. Distribución de los tratamientos médicos aplicados en hospitales privados según el número de camas de los hospitales. México, 2015



Fuente: INEGI, Estadísticas de salud en establecimientos particulares.



Cuadro 37. Cambio porcentual de los principales motivos de egreso hospitalario privado según tamaño del hospital. México, 2005 a 2015

Capítulo de causa CIE10	Total	Número de camas					
		1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 24	25 a 49	50 y más
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	41.9	64.1	9.7	148.7	154.5	84.0	-7.6
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	28.7	-37.4	8.1	18.4	84.5	17.8	31.9
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	27.2	40.1	8.1	34.5	40.8	9.8	34.4
Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas	20.3	21.3	9.1	27.5	27.4	18.1	19.6
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificadas en otra parte	13.3	-37.6	-1.7	6.0	64.1	12.7	8.7
Enfermedades del sistema digestivo	7.8	19.2	2.8	6.1	18.3	4.4	6.9
Tumores [neoplasias]	7.4	3.8	3.9	1.0	16.8	-5.8	16.1
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	3.8	-56.8	-32.8	32.0	40.8	22.4	15.0
Enfermedades del sistema genitourinario	2.2	14.0	-4.1	2.2	18.6	8.4	-7.1
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	-3.9	3.6	-12.2	-2.1	-3.2	6.7	-4.1
Enfermedades del aparato circulatorio	-6.5	-8.9	-14.7	-10.6	-0.2	3.2	-7.3
Enfermedades del sistema nervioso	-9.4	-34.0	-24.4	-6.6	-14.6	2.1	-1.1
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	-11.4	-21.5	-30.7	-14.3	-14.8	17.4	7.4
Enfermedades del ojo y sus anexos	-11.4	72.8	29.6	-68.9	-5.6	558.9	-85.6
Embarazo, parto y puerperio	-15.1	-26.5	-22.6	-22.6	4.1	-5.9	-14.0
Trastornos mentales y del comportamiento	-20.3	-38.4	-25.5	-22.3	-25.1	-17.6	-12.0
Enfermedades del oído y de las apófisis mastoides	-21.5	-8.9	-29.9	5.6	-42.0	-23.9	-17.7
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	-23.4	-57.2	-44.6	-36.5	-36.4	15.5	-18.3
Enfermedades del sistema respiratorio	-23.4	-30.9	-37.0	-27.4	-13.3	-14.4	-16.5
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	-33.3	-40.7	-39.0	-34.0	-27.7	-21.8	-31.2
Todos	-5.0	-9.9	-16.8	-10.2	7.8	6.6	-4.7

Fuente: INEGI, Estadísticas de salud en establecimientos particulares.

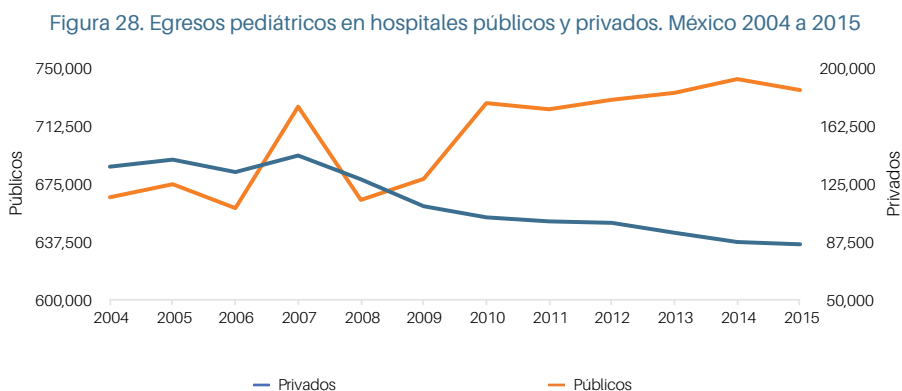


En cuanto al cambio en los motivos de atención por tamaño de hospital en el mismo periodo (2001-2015) (cuadro 37 ►), cabe recordar que la atención del embarazo, el parto y el puerperio disminuyó en todas las categorías de tamaño, pero sobre todo en los hospitales más chicos, de 1 a 4 camas, donde bajó hasta 27%, contra 14% en los más grandes. La reducción de egresos por enfermedades infecciosas y parasitarias también afectó todas las categorías, desde los hospitales más chicos (41%) hasta los más grandes (31%). En cuanto a la atención de enfermedades endocrinas –incluida la diabetes–, ésta disminuyó en todos los hospitales salvo los más chicos y los de 25 a 49 camas.

Hubo causas de egresos que incrementaron en todas las categorías de tamaño de los hospitales, como las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, y los traumatismos. La atención de neoplasias y enfermedades congénitas incrementó en los hospitales de todas las categorías, salvo en los de 25 a 49 camas en el primer caso y, los de 1 a 4 camas, en el segundo.

El análisis descrito de los incrementos y las reducciones de las causas de egreso por tamaño de los hospitales refleja la transición epidemiológica, por un lado, y la mayor demanda del subsistema público, por el otro. Algunos cambios sugieren, asimismo, la traslación de ciertos egresos de unidades más grandes o generales, a unidades especializadas del mismo subsistema privado. Tal es el caso de la atención de las enfermedades del ojo, que disminuyó hasta 86% en los hospitales más grandes y hasta 69% en los de 10 a 14 camas, pero incrementó en 559% en los hospitales de 25 a 49 camas, y en 73% en los hospitales más chicos. Este grupo incluye catarata y otros trastornos del cristalino, desprendimiento y desgarro de retina, y glaucoma, que ahora se atienden en hospitales empleando modelos de negocio especializados.

Los egresos pediátricos también muestran una correlación inversa en la atención entre ambos subsistemas (-0.736 , $p = 0.006$) (figura 28), con mayor contun-



*Los egresos públicos se muestran en el eje izquierdo.

Fuente: INEGI, Estadísticas de salud en establecimientos particulares.



dencia en el sector público a partir de la crisis económica de 2009. La demanda privada ya había disminuido desde el año anterior.

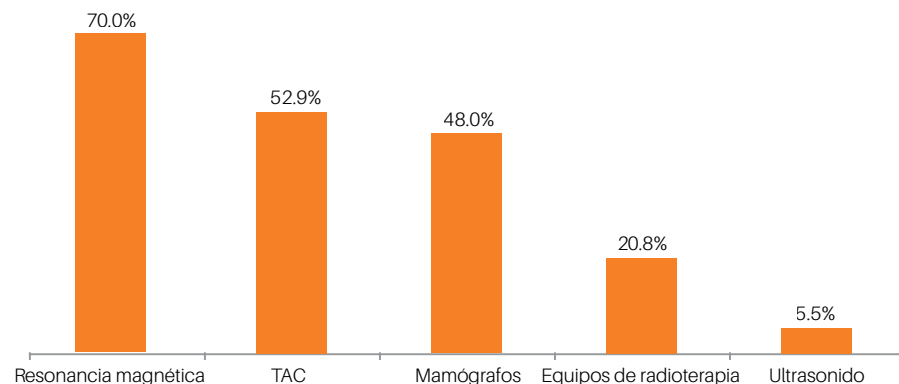
Inversión en tecnología de alto costo

La transición del perfil epidemiológico y de los modelos de atención hospitalaria ha implicado inversiones en tecnología diagnóstica y terapéutica a ritmos mayores que los observados en el crecimiento del subsistema privado de atención de la salud en su conjunto. Tal es el caso del equipo de resonancia magnética, que tuvo su mayor incremento entre 2005 y 2015, con 70% respecto de su disponibilidad por millón de habitantes (figura 29). Lo siguen el equipo de tomografía axial computada (TAC), con 52.9%, y los mamógrafos, con 48.0%. El equipo de radioterapia incrementó 20.8%, y el de ultrasonido 5.5%. Se aprecia un mayor crecimiento en el equipo que requiere una mayor escala de operación (como la resonancia magnética), si bien el equipo de radioterapia incrementó menos, aunque por arriba del crecimiento del subsistema en su conjunto. Este patrón de inversión puede estar relacionado con la concentración económica y de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en los hospitales grandes (ver la figura 27 ►)

Calidad de la atención de los hospitales privados

La calidad de la atención del subsistema privado de atención de la salud es una dimensión clave para su diagnóstico y su regulación. El Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General recomienda emplear rastreadores de la calidad –tales como los indicadores de mejora en los procesos clínicos y de gestión– establecidos en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente, así como la adopción,

Figura 29. Cambio en la disponibilidad en hospitales privados de equipos médicos de alta tecnología por millón de habitantes. México, 2005 y 2015



Fuentes: INEGI, Estadísticas de salud en establecimientos particulares. Conapo, Proyecciones de población.



adaptación, difusión y monitoreo de al menos una GPC o un protocolo de atención al año.³¹

Hay pocos estudios que evalúen sistemáticamente las variaciones de la calidad y los resultados de los procesos de atención del subsistema privado. Pero la evidencia de las Estadísticas Hospitalarias del Sector Privado arroja información útil y se cuenta, además, con estudios de caso selectos que señalan las fortalezas y debilidades del subsistema. Si bien los indicadores de desempeño de la atención –aportados por las Estadísticas Hospitalarias– difieren según el tamaño del hospital, están estrechamente vinculados a la morbilidad y a la gravedad de los casos. De aquí que la evidencia disponible no permita señalar deficiencias en la calidad de la atención.

Ahora bien, en ningún hospital la atención del parto por cesárea es inferior a 74.5%. Hay una relación inversa entre las consultas de planificación familiar, los partos atendidos y el tamaño de las unidades. Esto sugiere que en las unidades más pequeñas hay una mayor integración de la atención hospitalaria y de la consulta externa.

Las defunciones por cada mil egresos aumentan cuanto mayor es el hospital. Hay que considerar, al respecto, que los grandes hospitales atienden casos de mayor gravedad. No obstante, en los hospitales de 10 a 14 camas se registra la mayor tasa de defunciones fetales por parto atendido, y éstos ocupan el segundo lugar en la atención del parto como porcentaje del total de sus egresos.

Azpíri analizó la calidad de la atención del infarto agudo de miocardio en los hospitales privados de más de 100 camas y en las instituciones públicas, sobre la base de los reportes de mortalidad *post-hospitalaria* disponibles en el Registro Nacional de Síndromes Agudos Coronarios (Renasica).³² Analizó los egresos por infarto del hospital Christus Muguerza, en Monterrey, y la mortalidad a los 30 días del egreso. Infirió, entonces, la mortalidad para 10% de los infartos atendidos en México en el total de los hospitales similares. Encontró una mortalidad de 3.1 por cada cien egresos, cifra muy inferior al promedio de la mortalidad por infarto observada en los países miembros de la OCDE, y la mitad de la observada en las instituciones de la seguridad social en México, de 6.5%. De acuerdo con Azpíri, el subsistema privado de atención de la salud concentra 70% del equipo de hemodinamia en México, del que depende la calidad de la atención del infarto y la reducción de la mortalidad.

³¹ Consejo de Salubridad General, Modelo de seguridad del paciente del Consejo de Salubridad General. Estándares para implementar el modelo en hospitales, 2015. México DF, CDG, 2015.

³² Azpíri-López JR, "Observations in relation to myocardial infarction: Are there three different Mexicos?" *Medicina Universitaria*, 2016; 18 (72): 181-184.



Proyecciones de las necesidades de hospitalización

Las necesidades de hospitalización en México incrementarán con motivo de la transición epidemiológica, el envejecimiento poblacional y el auge de las enfermedades crónicas no transmisibles. Ya se vio un poco antes el reflejo de este proceso en los motivos de atención hospitalaria privada, con el descenso de la atención de partos y el aumento de los egresos por enfermedades crónicas y, sobre todo, la medicina diagnóstica. Para 2030, el peso de las enfermedades crónicas podría incrementar 51% –considerando tanto la mortalidad prematura como la discapacidad– respecto de su peso en 2015.³³

La tendencia en los renglones relativos a los médicos, las consultas, las camas y los egresos hospitalarios desde 2000 –considerando los recursos públicos y los privados– no favorece el cierre de las brechas en la producción de servicios de salud. Se observa un decremento de las camas no sólo en el subsistema privado –como ya se observó–, sino en el sistema de salud en su conjunto. De 1.77 camas por cada mil habitantes que había en 2000, se pasó a 1.62 en 2014, mientras que los egresos hospitalarios por cada cien habitantes incrementaron sólo de 5.47 a 6.71 en ese mismo periodo.³⁴ Hoy en día, la brecha de las necesidades de los egresos hospitalarios –considerando la atención de las enfermedades crónicas– es de 118%, y según puede estimarse, para 2030 será de 136%.³⁵ (Figura 30 ►).

La brecha de la atención hospitalaria es considerable debido a la rápida transición epidemiológica que ha experimentado México en ausencia de una respuesta efectiva del sistema de salud. Esta brecha va a aumentar, de no hacerse las inversiones necesarias. Una oportunidad para aumentar los egresos hospitalarios a corto plazo es utilizar la capacidad ociosa de los hospitales del sector privado.

Discusión

La evidencia sugiere que los motivos de los egresos hospitalarios están modificándose. Los problemas ginecológicos, infecciosos y de trastornos respiratorios están siendo desplazados por causas diversas asociadas a enfermedades no transmisibles. Este cambio es consecuente con la transición epidemiológica del

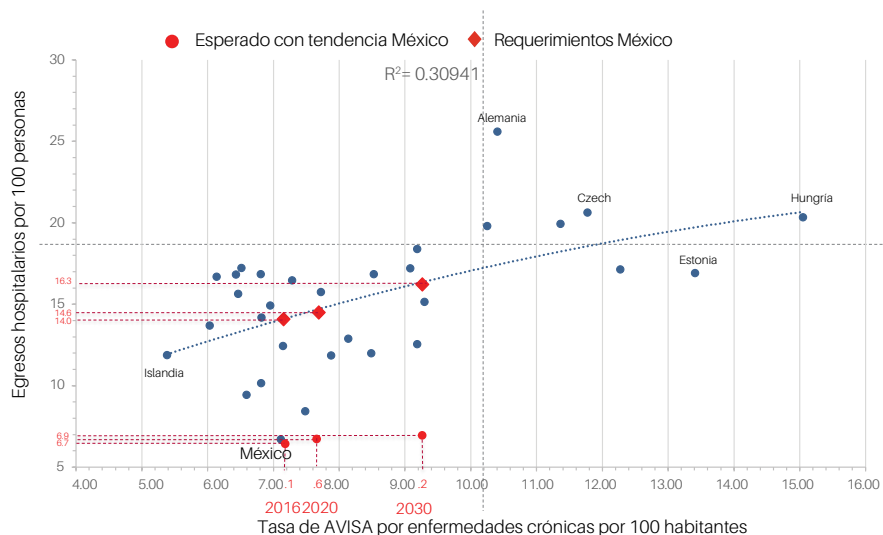
³³ Estimaciones propias basadas en información del Institute of Health Metrics and Evaluation. El peso de las enfermedades crónicas pasó de casi 5.4 Años de Vida Saludable perdidos por cada 100 habitantes en 1990, a 7.11 en 2015, y se proyectaba a 9.21 para 2013, considerando datos quinquenales y una proyección polinómica con una R^2 de 0.997.

³⁴ Estimaciones propias a partir de información del Sistema de Información en Salud, Ssa. La información incluye egresos hospitalarios públicos y privados.

³⁵ Estimaciones propias basadas en información de la OCDE, Health Statistics 2016. Las necesidades de los egresos hospitalarios a la fecha y para 2030 se estimaron considerando la situación actual de los egresos hospitalarios y el peso de las enfermedades crónicas en los países de la OCDE. Sobre la base del peso de la enfermedad estimado para México en 2030, se identificó la expectativa de egresos hospitalarios ajustada por la tasa de egresos observada en países con pesos similares de enfermedades crónicas.



Figura 30. Proyección a 2030 de los egresos hospitalarios en México y peso de las enfermedades crónicas (AVISA) en los países de la OCDE



Se excluyen por estar fuera de rango: Israel, Austria, Portugal.

Fuente: Datos de 2015. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study. Datos de servicios de OCDE Health Statistics.

país. Pero el patrón de atención también se está modificando en respuesta al fortalecimiento del subsistema público, en particular por el financiamiento del Seguro Popular. Este cambio afecta sobre todo a los hospitales de menor tamaño que atienden a población sin protección de la seguridad social.

Los hospitales de 50 camas y más se enfocan en diagnósticos y terapéuticas de gran complejidad, y los ofrecen por referencia de médicos especialistas independientes, que en muchos casos están relacionados con los hospitales por convenios. Estos médicos tienen un papel clave en la intermediación de los pacientes y los hospitales, por lo que son un actor clave para los hospitales. Encuestas de hábitos y costumbres de los consumidores de los servicios de salud privados muestran que 70% de los pacientes se internarían en el hospital que el médico les sugiera. Quien capta o recibe primero al paciente es, pues, el médico y no el hospital, y es él quien decide en qué hospital internar a su paciente. De aquí que los hospitales busquen aliarse con los médicos especialistas que gozan de prestigio, muchas veces asociado a su empleo en las instituciones públicas de mayor prestigio.

La relación de los especialistas y los hospitales en el segmento de altos ingresos y grandes unidades es peculiar del subsistema privado mexicano. En otros países en donde la influencia de la medicina privada es fuerte –como Estados Unidos–,

son los hospitales o bien los médicos generales quienes tienen un papel preponderante, y son el punto de referencia cuando los pacientes requieren atención médica especializada. La eficiencia de los médicos especialistas en México podría ser menos de la esperada, dado que podrían estar ofreciendo atención para problemas que podrían ser resueltos por recursos no especializados.

Los hospitales generales de menor tamaño, por su parte, se enfocan más en la atención prenatal, del parto –sobre todo del parto complicado– y la diabetes, y ofrecen una atención más integral al combinar la consulta externa con las intervenciones. Los hospitales tienen sus propios especialistas, quienes ofrecen consulta externa y hospitalización en la misma unidad. Los hospitales de 5 a 9 camas ofrecen al menos una consulta de planificación familiar por parto atendido, mientras que los hospitales de 25 a 49 camas ofrecen una consulta por cada siete partos, y los de 50 camas y más, una consulta por cada 200 partos.

Los hospitales de 5 a 9 camas cubren un nicho particular, pues su patrón de atención consiste más en la prestación de servicios especializados –como la atención oftalmológica, la cirugía plástica o la quimioterapia– sirviéndose de tecnología que permite prestar una atención ambulatoria sustitutiva de la hospitalización, a menor costo, con lo que pueden competir con los hospitales más grandes.

Con el avance de la tecnología, ha aumentado el acceso a equipo y tratamientos en que los empresarios –que son muchas veces los propios especialistas– pueden invertir para dotar de pocas camas a clínicas-hospital concentradas en el tratamiento de su especialidad. Es posible que muchos de los especialistas que trabajan en los hospitales chicos también lo hagan en hospitales privados de mayor tamaño, así como en unidades públicas, lo que podría exponer a los pacientes a conflictos de interés.

La calidad de la atención en los servicios privados de especialidad y de hospitalización no se ha evaluado lo suficientemente. A juzgar por la incidencia de partos por cesárea, los ginecólogos y los hospitales están pasando por alto las normas internacionales y están exponiendo a la madre y al niño a riesgos innecesarios. La práctica de procedimientos innecesarios y de intervenciones sin la seguridad adecuada podría ser mayor en los hospitales chicos –tanto generales como de especialidad– que tienen acentuadas diferencias de rentabilidad.

El único estudio que se analizó para este trabajo sobre la calidad de las intervenciones de alta especialidad aborda la atención del infarto agudo de miocardio en los grandes hospitales, de los que se supone que operan con estándares de calidad de primer mundo. Pero para garantizar la seguridad de los hospitales y fomentar la competencia es necesario tener indicadores de la calidad y el desempeño de todas las unidades, a fin de evaluar sus procedimientos y sus resultados en áreas clave al respecto.



El Estado mexicano debe encarar retos en torno a la regulación de los hospitales privados, tanto los más pequeños y dispersos, como los más grandes. Para los primeros, es preciso fortalecer la vigilancia de la seguridad y ofrecer incentivos para la conformación de redes de atención y la concentración de hospitales de tamaño medio. En el capítulo anterior se analizó el gasto hospitalario y las diferentes causas de la inflación en los hospitales más grandes con la tecnología y las intervenciones de punta. Es necesario mejorar así la regulación en cuatro aspectos: a) contener los precios en los casos donde la concentración es necesaria para la eficiencia del uso de alta tecnología; b) favorecer la concurrencia de hospitales medios y grandes para incrementar la competencia y evitar monopolios innecesarios; c) regular el uso de la alta tecnología a través de GPC que la dimensionen, y d) mejorar la disponibilidad de información sobre la calidad de la atención y los resultados, a fin de contribuir a una mayor eficiencia.



VI. Protección financiera, gasto en salud y aseguramiento privado

El subsistema de salud privado se desarrolló en un contexto favorecido por un creciente desarrollo económico nacional, si bien paulatino. Las restricciones del gasto debidas a la crisis de 2009, y más adelante a las de 2012 y 2017, determinan un crecimiento menor a mediano plazo. El financiamiento público de la salud se amplió para alcanzar mayores segmentos de la población, e incrementó el número de intervenciones gratuitas. El aporte por persona de gasto de bolsillo –principal sustento del subsistema privado– se estabilizó a partir de 2009, al resentirse el impacto de la crisis económica sobre el gasto de los hogares.

En este capítulo se analiza, en primer lugar, la situación de la protección financiera en México, especialmente la situación y las tendencias del aseguramiento privado, y su posible influencia en el crecimiento de los grandes hospitales privados. Se analiza enseguida el gasto hospitalario para analizar sus dimensiones y los retos de su gestión para la protección financiera. Se aborda entonces la relación que existe entre el gasto asegurado privado y la inversión hospitalaria, a fin de identificar su asociación.

Sobre estas bases, el capítulo analiza la situación y tendencias del gasto en salud según sus fuentes, para profundizar en el gasto de bolsillo como principal fuente del subsistema privado de salud. Se analiza después el financiamiento de los seguros privados y la distribución de su gasto en sus diferentes rubros. Se analiza, por último, el subsidio del aseguramiento privado respecto del gasto público en la hospitalización.

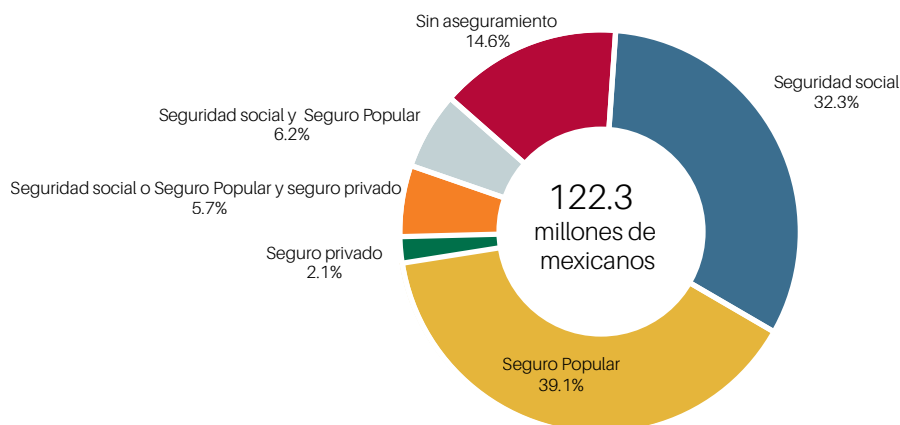
Situación de la protección financiera

La protección financiera en salud en México abarca la mayor parte de la población, si bien con esquemas de diferente alcance poblacional y distinta profundidad en la cobertura. En 2016, 85.4% de la población contaba con algún esquema de protección financiera en salud: 7.8%, con un seguro privado, si bien dos terceras partes de este grupo (5.7% del total) tenían también protección de la seguridad social o del Seguro Popular (figura 31 ►). De acuerdo con la fuente más reciente –la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2016– la población sin protección financiera asciende a 14.6% del total.

De la población sin protección financiera, hasta 71% se ubica en los estratos que van de D+ a A, dependiendo de si trabajan de manera independiente o no. Esta



Figura 31. Distribución de la población según esquemas de protección financiera en salud. México, 2016.



Fuentes: AMIS, Sistema Estadístico del Subsistema Asegurador 2016. Comunicación personal con la Gerencia de Accidentes y Enfermedades. INEGI, Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares, 2016.

población podría afiliarse voluntariamente al Seguro Popular o adquirir productos de aseguramiento privados. El hecho de que no lo hagan se explica, en parte, por su estrecha relación con el IMSS. En efecto, una proporción considerable de los afiliados al IMSS pierden al menos una vez al año su trabajo asalariado y, con él, esta fuente de protección financiera; se convierten en trabajadores independientes o se salen del mercado laboral. Esto les ocurrió en 2014 a 39% de los afiliados al IMSS.³⁶ Por no afiliarse al Seguro Popular o adquirir un seguro privado de salud, representan una oportunidad para el desarrollo de productos alternativos, ya sea privados o de colaboración público-privada.³⁷

La población que goza sólo de seguros privados representa un tercio del total de los estratos D+/C- y un tercio de los estratos C+/AB (cuadro 38 ►). Hasta 12.2% de esta población se ubica en los estratos de menores ingresos (E/D). Como ya se comentó, dos tercios de la población que tiene algún seguro privado cuenta también con la protección de la seguridad social o del Seguro Popular. La mitad de esta población se ubica en los estratos de mayor capacidad económica, y tiene también presencia en los estratos D a C. La población sin protección financiera en salud (46.2%) se ubica en los estratos socioeconómicos D+/C-.

³⁶ Guerra G, E Gutiérrez, N Salgado de Snyder, VH Borja y MA González Block, Loss of job-related right to health-care due to employment turnover: challenges for the mexican health system, Enviado a publicación.

³⁷ González Block MA y G Martínez González, Hacia la cobertura universal de la protección financiera de la salud en México. Tendencias y oportunidades para la colaboración público-privada, México, AMIS-Funsalud, 2015.

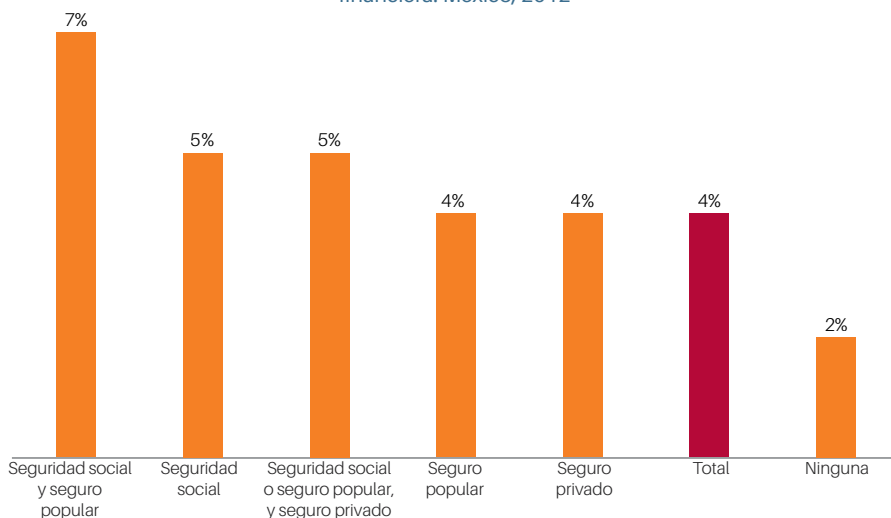


Cuadro 38. Distribución porcentual de la cobertura de esquemas de protección financiera en salud según nivel socioeconómico, México, 2016

Esquema de protección financiera en salud	Nivel socioeconómico				Total
	E/D	D+/C-	C	C+/AB	
Sin aseguramiento	29.0	46.2	14.2	10.6	100
Seguro privado (sin otro tipo de seguro)	12.2	34.2	20.5	33.2	100
Seguridad social (sin otro tipo de seguro)	11.5	45.0	23.7	19.8	100
Seguro Popular (sin otro tipo de seguro)	47.5	41.3	7.6	3.7	100
Seguridad social y seguro privado	2.7	17.9	27.5	52.0	100
Seguridad social y Seguro Popular	29.0	48.7	14.7	7.7	101
Todos	29.3	43.8	15.3	11.6	100

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares, 2016.

Figura 32. Proporción de la población hospitalizada en un año según esquema de protección financiera. México, 2012



Fuente: INSP, Ensanut 2012.

La protección financiera en salud promueve la demanda de –y el acceso efectivo a– los servicios de salud, sobre todo a la atención hospitalaria. En 2012, sólo 2% de la población sin protección financiera recibió atención hospitalaria, así como 5% de la población con protección de la seguridad social o seguro privado, y hasta 7% de quienes reportaban estar afiliados en la seguridad social y también en el Seguro Popular (figura 32).³⁸

³⁸ La población hospitalizada total reportada por Ensanut, de 4% del total, es más baja que la reportada por las estadísticas oficiales, de 6.5%.

Gasto en atención hospitalaria

El gasto de los diversos pagadores de atención hospitalaria privada es clave para definir las estrategias comerciales, y también para el desarrollo y la sustentabilidad del subsistema privado de atención de la salud en su conjunto. A continuación se analiza dicho gasto, en particular el de bolsillo y para las empresas aseguradoras, enfocando el gasto en atención hospitalaria.

El gasto de bolsillo por egreso en los servicios hospitalarios privados no puede conocerse con la información disponible, y menos aún el gasto de bolsillo con relación al tamaño de los hospitales, pues para ello habría que analizar las facturas emitidas. Cabe suponer que el gasto hospitalario está estrechamente asociado al valor de la PBT, si bien éste incluye tanto la PBT producida por egresos como por la atención ambulatoria, cuya *composición* y motivo varían –como ya se vio– en *función* del número de camas censables por unidad. Con estas salvedades, puede señalarse que la PBT por egreso en los hospitales de 1 a 4 y de 5 a 9 camas es cuatro y diez veces inferior a la de los hospitales de 50 camas y más (cuadro 39). El gasto de bolsillo en atención hospitalaria podría, entonces, estar variando en el mismo rango según estas categorías de tamaño.

El gasto hospitalario de las aseguradoras privadas puede analizarse gracias a la disponibilidad de esta información por tipo de hospital. Considerando los pagos realizados en 2016 en hospitales ubicados en las principales ciudades del país, 45.4% se concentraron en hospitales clasificados por la AMIS en el nivel 3, (cuadro 40 ►) que corresponden a unidades de alta especialidad, de más de 50 camas y con disponibilidad de unidades especiales y servicios de diagnóstico de tecnología compleja. Menos de la tercera parte del pago se dirigió a hospitales del nivel 2, y 2.7% del nivel 1.

El gasto hospitalario está asociado a formas de facturación impuestas por los hospitales. Los servicios facturados se especifican de diversas formas, sin relación con listas compartidas de insumos, de intervenciones o de protocolos de atención para personas con diagnósticos similares. Por otro lado, cada especia-

Cuadro 39. Producción bruta total (PBT) por egreso hospitalario privado según número de camas de los hospitales. México, 2014-2015

	Número de camas					Total
	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 49	50 y más	
PBT (millones de pesos)	101,225	327,529	251,506	286,382	296,390	445,549
Egresos	98,740	319,614	246,337	522,566	288,132	1,475,389
PBT por egreso (pesos)	25,957	9,349	10,981	16,048	103,064	31,407

Fuentes: INEGI, Censos Económicos de 2014. INEGI, Estadísticas de salud de establecimientos particulares de 2015.



lista cobra por separado sus servicios, sin especificar la relación del pago con la responsabilidad o el tiempo invertido.³⁹ La facturación se dificulta también porque –como ya se vio– los hospitales ofrecen servicios con diversos modelos de atención y especialización. Los medicamentos que se ofrecen a los pacientes internados en el hospital, por otra parte, suelen cobrarse como servicios, por lo que no respetan los precios máximos al público, y se facturan con el IVA, que se exenta a los medicamentos que se venden en las farmacias.

Al igual que las aseguradoras, los individuos que pagan de bolsillo carecen de criterios claros contra los cuales comparar los gastos facturados, y están expuestos a precios de medicamentos por arriba de los regulados. Junto con la concentración económica de la atención, las formas de cobro exponen a los pagadores a gastos mayores a los que podrían observarse en un mercado más competido y más regulado. En este escenario, las empresas aseguradoras han introducido la estrategia del *case management* para contener el gasto de las intervenciones de gran complejidad y costo elevado. La estrategia consiste en el acompañamiento de médicos contratados por las aseguradoras, que asesoran al equipo médico en el empleo de la tecnología más costo-efectiva. Sin embargo, el valor de estas acciones para controlar los costos es limitado, dada la ausencia de protocolos de atención y de GPC ampliamente aceptadas.

Interacción del gasto asegurado privado y la inversión hospitalaria privada

El mayor aseguramiento privado en México podría estar interactuando con la disponibilidad de los servicios privados de salud. Por un lado, la disminución del número de hospitales privados chicos (véase el Capítulo III, *Los actores del subsistema privado*) podría estar generando restricciones para el acceso a los hospitales de menor costo. Por el otro, la insuficiencia de los servicios públicos podría determinar un aumento en el número de afiliados a seguros privados y, en consecuencia, la demanda de hospitales privados más grandes.

Al analizar el número de hospitales disponibles a nivel nacional y el número de asegurados año con año de 2004 a 2015, se distingue una marcada asociación inversa del número de hospitales de 5 a 9 camas disponibles y el número de personas aseguradas ($r = -0.918$, $p = 0.001$). Otra marcada asociación es la del número de hospitales de 25 a 49 camas y el número de asegurados ($r = 0.739$, $p = 0.04$). La evidencia sugiere que, en efecto, la disminución del número de hospitales de menos de 10 camas podría estar favoreciendo el incremento del número de afiliados a los seguros de gastos médicos. Y el creciente número de asegurados podría estar favoreciendo el incremento del número de hospitales

³⁹ Entrevistas AMIS.



Cuadro 40. Pago de aseguradoras privadas por atención hospitalaria, según nivel del hospital y ciudad. México, 2016

Clasificación de Hospitales	Siniestralidad (millones de pesos)	% del total
Principales ciudades*		
Nivel 3: Alta especialidad	\$6,194	45.4
Nivel 2: Hospitales generales	\$4,397	32.3
Nivel 1: Clínicas	\$364	2.7
No definido	\$682	5.0
Otras ciudades	\$1,985	14.6
Total	\$13,622	100

*Principales ciudades: Chihuahua, Coahuila, Ciudad de México y zona conurbada, Guadalajara, León, Michoacán, Monterrey, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sonora, Tamaulipas, Tijuana y Toluca.

Fuente: AMIS, base de datos.

de 25 a 49 camas. Cabe pensar, también, que la mayor disponibilidad de grandes hospitales los hace atractivos, más allá de las insuficiencias de los servicios públicos. Estas asociaciones deben analizarse con información desagregada y modelos multivariados que permitan controlar el mayor ingreso de las personas, y demás variables que puedan influir en las asociaciones.

Situación y tendencias del gasto en salud

En 2014, el gasto total en salud en México fue de un millón de millones de pesos (cuadro 41), distribuidos como gasto de bolsillo (44%) y como gasto asegurado o gubernamental (56%), del cual la mayor parte se asigna a la seguridad social y al gasto de la federación y los estados. El aseguramiento privado contribuye con sólo 4.2% del financiamiento total en salud.

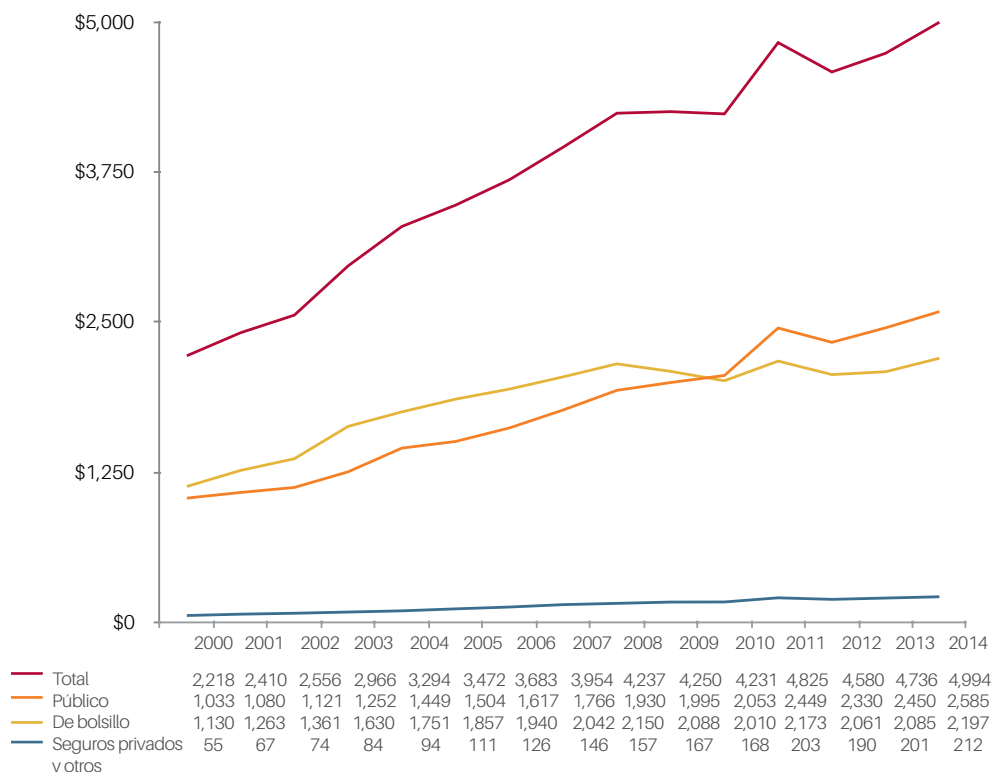
El gasto de bolsillo de México es alto en comparación con el promedio de los países de la OCDE –de 19% del total– y otros países de nivel de desarrollo comparable al de México. En América Latina, sólo Honduras, Venezuela y Ecuador

Cuadro 41. Gasto total en salud según fuente. México, 2014

	Total (millones de pesos)	%
Gasto privado de bolsillo	471,186	44
Seguridad social	313,019	29.3
SSa e IMSS-Prospera	241,411	22.5
Seguros privados	45,366	4.2
Total	1,070,982	100

Fuente: WHO Health Statistics, 2014.

Figura 33. Gasto en salud per cápita según fuente. México, 2000 a 2014. Pesos de 2016



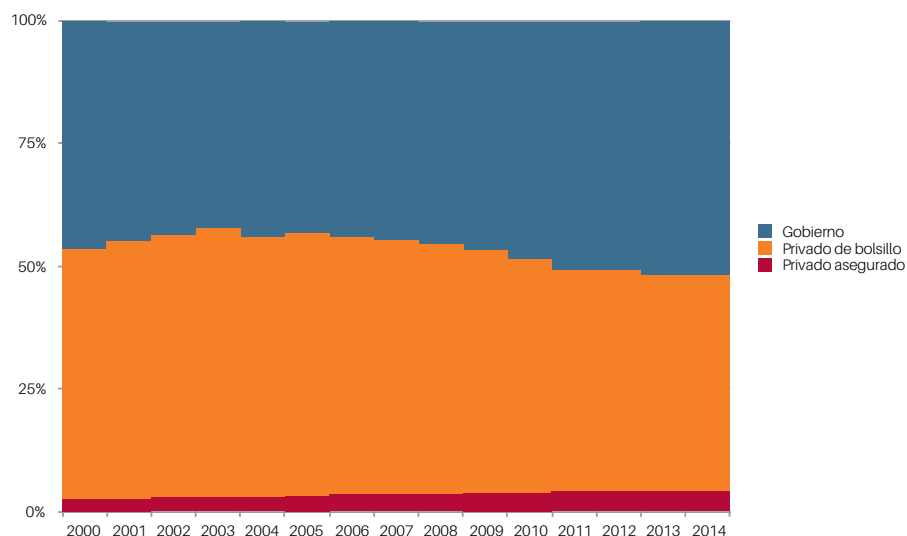
Fuente: WHO Health Statistics.

tienen un gasto de bolsillo semejante, mientras que en otros países del mundo de menor desarrollo, este es comparable al de Nigeria y el de la India.⁴⁰

Entre 2000 y 2014, el gasto de bolsillo en salud por persona creció 94% en términos reales, al pasar de \$1,130 a \$2,197 pesos por persona. Este incremento fue inferior al del gasto público, de 150%. El gasto privado asegurado creció, en cambio, 285%, si bien con un nivel muy bajo en términos relativos. El gasto de bolsillo por persona bajó ligeramente en 2010, y los siguientes años mostró altibajos con una leve tendencia a la alta a partir de 2012 (figura 33). En ese mismo periodo, el gasto privado asegurado pasó de \$55 a \$212 pesos por persona –lo que significa un incremento de 285%–, para estabilizarse a partir de 2010 y afrontar el reto de adaptarse al menor crecimiento de la economía.

⁴⁰ González Block (coord), Retos de la cobertura universal del Sistema Nacional de Salud. Op. Cit.

Figura 34. Aporte relativo al gasto total en salud según fuente. México, 2000 a 2014



Fuente: WHO Health Statistics 2014

El aporte del gasto de bolsillo al gasto total en salud ha disminuido en términos relativos, pues en 1995 representaba 56.2%; en 2000, 54.6% y en 2014, 44% (figura 34). Tendencia que se explica por el mayor gasto público y también, aunque en menor medida, por el mayor gasto asegurado privado, que pasó de representar 1.7% en 1995, a 2.7% en 2000, y a 4.2% en 2014. A partir de 2010 las tendencias se han mantenido, pero con restricciones para el gasto público. La tendencia en adelante será al aumento del aporte privado.

El gasto de los hogares en salud es un componente fundamental del subsistema privado, no sólo por la importancia del gasto al momento de solicitar servicios –el gasto de bolsillo– y de la compra de seguros privados de salud, sino también por su contribución a la protección financiera pública.

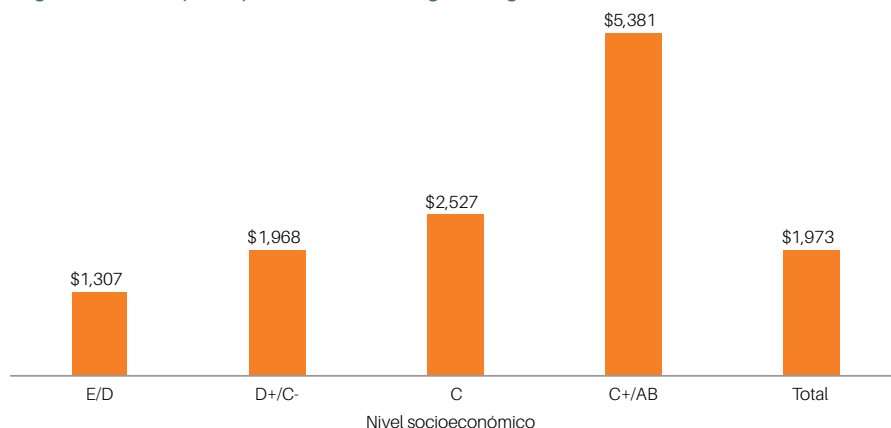
El gasto de bolsillo en salud

El gasto de bolsillo en salud se define como todo gasto realizado al solicitar los servicios. Si bien este es el principal sustento del subsistema privado de atención de la salud, cerca de 5% del total se asigna a los prestadores de servicios de los gobiernos federal y estatal, sobre todo para pagar intervenciones que el Seguro Popular no cubre. Este asegurador público tiene una cobertura limitada de servicios gratuitos, y sus afiliados se ven obligados a pagar de bolsillo hasta 41% de los egresos hospitalarios en instalaciones de la SSA, que su esquema de atención no cubre.⁴¹

⁴¹ Fuente: AMIS, *Necesidades de salud y gasto de atención de interés para el diseño de productos innovadores de aseguramiento en colaboración público-privada*. Comité de Seguros y Gasto de Salud. 26 de mayo de 2016.



Figura 35. Gasto per cápita anual de los hogares según nivel socioeconómico. México, 2016



Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Ingreso y Gastos de los Hogares 2016. Valores expandidos.

Aportan el gasto de bolsillo tanto la población que no tiene protección financiera, como la que sí la tiene, pero sustituye la demanda de servicios públicos por privados. De modo que 72% del gasto de bolsillo erogado por cualquier motivo proviene de usuarios que gozan de protección financiera, y el 28% restante, de la población que no tiene dicha protección, y que asciende –como ya se vio– a 16% del total.

El gasto de bolsillo de los hogares en salud reportado por la ENIGH para 2016 fue de \$1,973 pesos por persona (Figura 35).⁴² Los hogares con más recursos (C+/AB) gastan en promedio \$5,381 pesos anuales per cápita, es decir, 3.1 veces más que el monto destinado a la salud por los hogares de escasos recursos (E/D), y 1.7 veces más que el gasto promedio nacional.

El gasto de bolsillo afecta a 38.1% de las personas que acuden a consulta externa, ya sea que paguen los honorarios médicos, los medicamentos o las pruebas de laboratorio prescritas. Este tipo de gasto afecta a 29.9% de las personas que solicitan una consulta y tienen protección financiera pública, y hasta 56.2% de quienes tienen un seguro privado (cuadro 42 ►). El seguro público tiene, así, una cobertura más integral que el privado. Y este último tiene, además, un deducible más alto cuando cubre GMM. Ambos tipos de seguro protegen a la población en el gasto ambulatorio, pues hasta 75.8% de la población sin protección financiera se ve obligada a pagar cuando utiliza este tipo de servicios.

El pago de servicios de salud asociados a la consulta ambulatoria no guarda una clara relación con el estrato socioeconómico. En efecto, la proporción de individuos que informan que pagan este tipo de atención incrementa apenas al

⁴² La ENIGH subestima el pago por primas para seguros privados, por lo que el gasto per cápita reportado es menor tanto en este rubro como en el total.



Cuadro 42. Pago por servicios ambulatorios de salud según esquema de protección financiera. México, 2016

Esquema de protección financiera	Sí pagaron (%)	No pagaron (%)	Todos
Seguridad social y Seguro Popular	29.9	70.1	100
Seguro privado	56.2	43.8	100
Sin protección financiera	75.8	24.2	100
Todos	38.1	61.9	100

Fuente: Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares, 2016.

Cuadro 43. Pago por servicios ambulatorios de salud según nivel socioeconómico. México, 2016

Nivel socioeconómico	Sí pagaron (%)	No pagaron (%)
D/E	32.1	67.9
D+/C-	39.7	60.3
C	41.6	58.4
C+/AB	40.9	59.1
Todos	38.1	61.9

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2016.

aumentar la capacidad de compra; un incremento que es estadísticamente significativo sólo entre los sectores D/E y D+/C- (cuadro 43). Esta evidencia sugiere que la protección financiera es relativamente equitativa, si bien se constatan diferentes barreras al acceso efectivo entre los diversos estratos socioeconómicos.

El gasto de bolsillo de los hogares se destina a medicamentos con receta, 26.5%; a atención médica ambulatoria (consultas), 16.3%; a honorarios por servicios profesionales relacionados con la hospitalización, 14.1%, y a hospitalización, 13.6%. Esta distribución varía entre los hogares con diferente nivel socioeconómico (cuadro 44 ►).

La desprotección financiera puede analizarse en mayor detalle si se observa la frecuencia con que se protege la adquisición de bienes o servicios de salud cuando un miembro del hogar sufre una enfermedad o un accidente tal que le impide realizar sus actividades cotidianas y lo lleva a solicitar servicios de salud. El gasto menos protegido es el de los medicamentos, donde hasta 55.8% de los hogares están expuestos a pagarlos. Lo siguen el pago de la consulta, que afecta a 52.9% de los hogares (figura 36 ►), y de la hospitalización, que afecta a 8% de los hogares. Dado que 6.7% de la población se hospitaliza al menos una vez al año,⁴³ los hogares estarían reportando algún gasto por la totalidad de las hospitalizaciones.

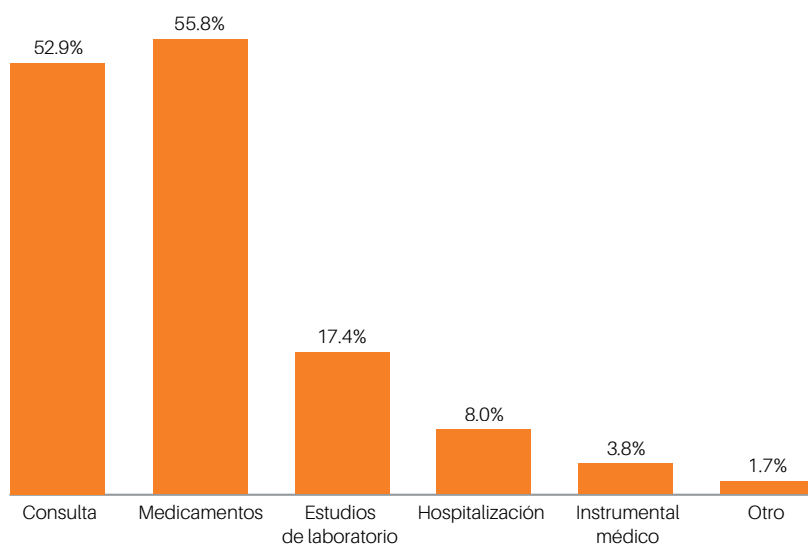
⁴³ Estimaciones propias a partir de información del Sistema de Información en Salud, SSa. La información incluye egresos hospitalarios públicos y privados.

Cuadro 44. Distribución porcentual del gasto de los hogares por rubro de gasto según nivel socioeconómico. México, 2016

Rubro de gasto	E/D	D+/C-	C	C+/AB	Total
Medicamentos con receta	29.3	28.0	25.3	21.7	26.5
Consultas	17.4	16.7	16.6	14.6	16.3
Hospitalización	16.7	16.1	10.9	9.5	14.1
Honorarios por servicios profesionales	15.2	12.5	13.2	12.5	13.6
Análisis clínicos	6.4	7.6	7.4	9.7	7.8
Aparatos ortopédicos	4.1	4.7	4.6	4.4	4.4
Otros servicios	3.7	0.9	3.9	8.1	4.3
Dental	2.2	6.5	4.5	4.8	4.2
Cuotas aseguradoras privadas	0.3	2.7	10.1	9.2	4.2
Medicamentos sin receta	4.4	3.6	3.3	2.9	3.7
Cuotas hospitalarias	0.2	0.6	0.2	2.5	1.0
Total	100	100	100	100	100

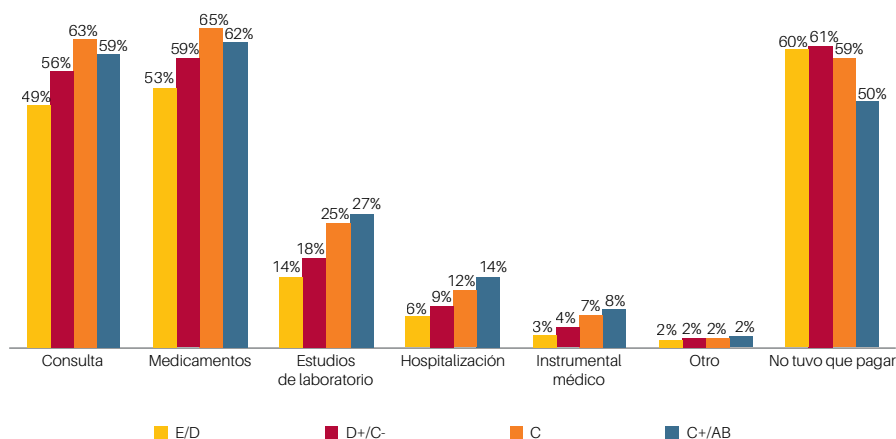
Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares, 2016.

Figura 36. Proporción de los hogares que pagaron por bienes y servicios de salud según rubro de gasto. México, 2016



Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Ingreso y Gastos de los Hogares 2016. Valores expandidos.

Figura 37. Fracción de los hogares que pagaron por atención médica según rubro de gasto y nivel socioeconómico. México, 2016



Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Ingreso y Gastos de los Hogares 2016. Valores expandidos.

Si bien la asociación del estrato socioeconómico y el pago de servicios de salud asociados a la consulta es baja, no lo es cuando el pago es por bienes o servicios específicos (figura 37). Las diferencias entre estratos son mayores para la hospitalización, donde el estrato más bajo está expuesto al pago con una frecuencia de menos de la mitad que la del estrato más alto.

Situación del gasto asegurado privadamente

Ya se vio antes que las empresas aseguradoras privadas cubren a 7.8% de la población; porcentaje que para 2016 ascendía a 9.93 millones de personas.⁴⁴ De acuerdo con la ENIGH 2016, la cobertura de los seguros privados se concentra en los estratos socioeconómicos C+/AB (segmento II, en este diagnóstico). Del total de las personas aseguradas privadamente, 60% están en este segmento, y 27% de las personas en el segmento están cubiertas por este tipo de protección financiera.

Las empresas aseguradoras privadas son responsables de 4.2% del gasto total en salud de México. En 2016, gastaron \$42,998 millones de pesos por concepto de atención de la salud, incluyendo las pólizas de GMM, de salud integral suscritas mediante Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES) y accidentes (cuadro 45 ►). En las pólizas de GMM, tanto de carácter individual (44.6%) como de carácter colectivo (51.7%), se concentra 96.3% del gasto total de las

⁴⁴ AMIS, 2017.



Cuadro 45. Gasto total de las empresas aseguradoras según tipo de seguro pertinente a la salud. México, 2016. Millones de pesos

Tipo de gasto y seguro	Total	%
Gastos médicos mayores	42,344	96.3
Gastos médicos mayores - Individual	19,317	43.9
Gastos médicos mayores - Colectivo	23,027	52.4
Salud (ISES)	1,158	2.6
Accidentes	466	1.05
Individual	37	0.08
Colectivo	195	0.44
Escolar	222	0.5
Corto plazo	12	0.03
Total	43,968	100

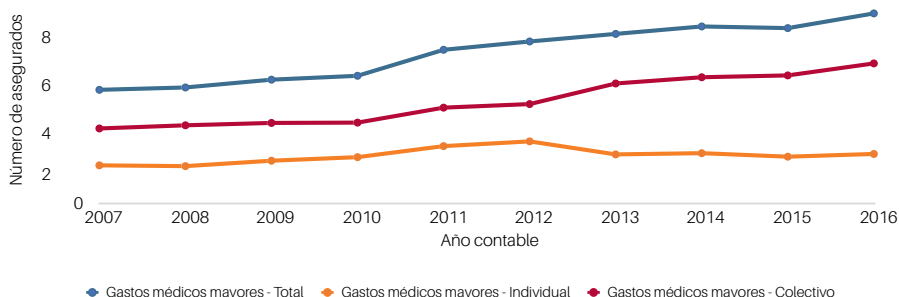
ISES, Instituciones de Seguros Especializados en Salud

Fuente: AMIS, Sistema Estadístico del Subsistema Asegurador, 2016 y comunicación personal con la Gerencia de Accidentes y Enfermedades.

empresas aseguradoras, es decir \$42.3 miles de millones de pesos. El análisis se concentra en estas pólizas.

Entre 2007 y 2016, el número de asegurados creció 66.7%, al pasar de 5.95 millones a 9.93 millones. El crecimiento se aceleró a partir de 2011, principalmente por la ampliación de la cobertura del seguro colectivo (GMM-C). El número de asegurados en la modalidad individual (GMM-I) decreció entre 2012 y 2013, año en que se estabilizó (figura 38).

Figura 38. Número de asegurados con pólizas privadas de gastos médicos mayores según tipo de póliza. México, 2007 a 2016. Millones de personas



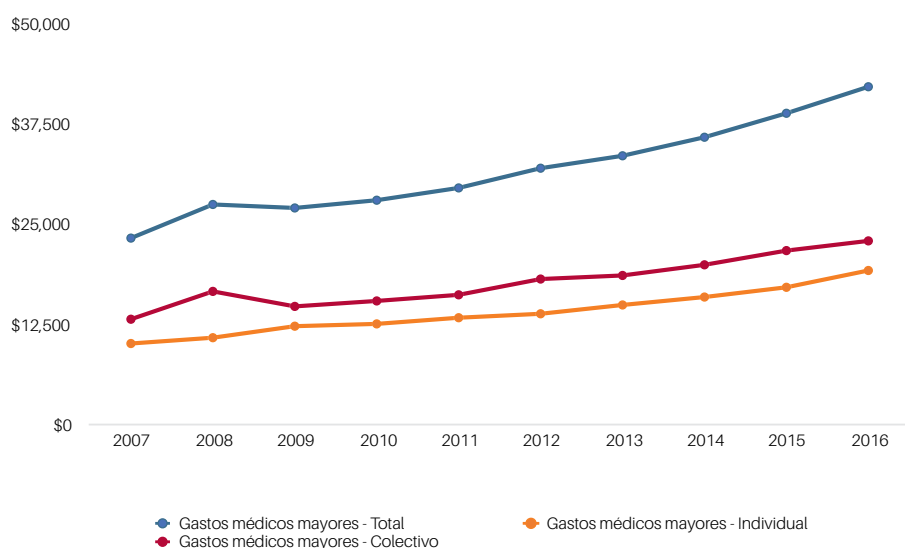
Fuente: AMIS, Sistema Estadístico del Sector Asegurador, 2007-2016 y comunicación personal con la Gerencia de Accidentes y Enfermedades. Datos convertidos a pesos de 2016 usando la inflación reportada por el Banco de México e INEGI.

Cuadro 46. Gasto por asegurado efectuado por tipo de seguro de gastos médicos mayores (GMM) según sexo. México, 2016

GMM	Hombres	Mujeres	Total
Individual	\$7,752	\$7,124	\$7,414
Colectivo	\$2,850	\$3,467	\$3,145
Ambos	\$4,023	\$4,513	\$4,265

Fuentes: AMIS, Sistema Estadístico del Subsistema Asegurador, 2016 y comunicación personal con la Gerencia de Accidentes y Enfermedades.

Figura 39. Gasto total en las pólizas de gastos médicos mayores, según tipo de póliza. México, 2007 a 2016. Millones de pesos de 2016



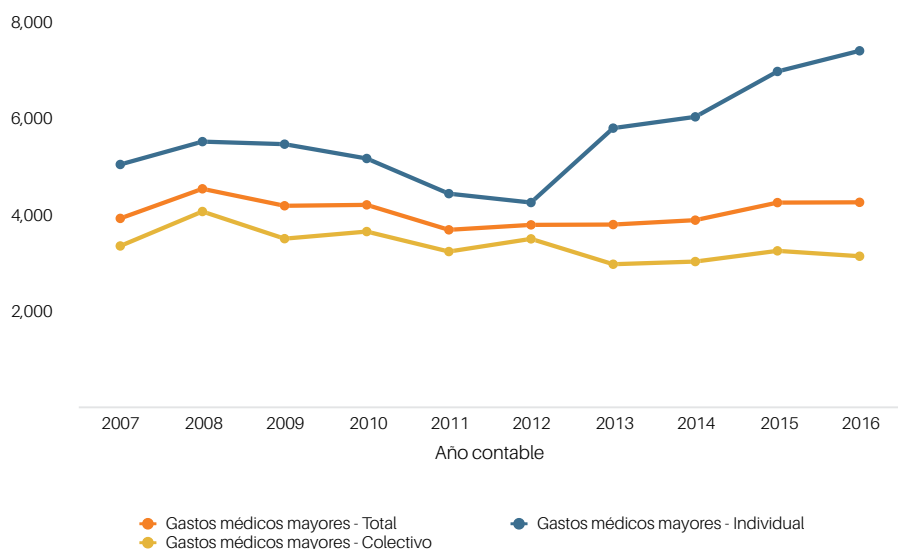
Fuente: AMIS, Sistema Estadístico del Sector Asegurador, 2007-2016 y comunicación personal con la Gerencia de Accidentes y Enfermedades. Datos convertidos a pesos de 2016 usando la inflación reportada por el Banco de México e INEGI.

El gasto por siniestro es de más del doble en la póliza de GMM-I respecto de la de GMM-C (\$7,414 contra \$3,145 pesos) debido, sobre todo, a que las pólizas individuales tienen un monto de cobertura financiera mayor, y en algunos casos incluso ilimitado para dar acceso a hospitales de mayor calidad (cuadro 46).

Entre 2007 y 2017, el gasto total pagado por las empresas aseguradoras se multiplicó 1.8 veces en pesos constantes (figura 39). El incremento en el gasto de las pólizas individuales se observó incluso después de 2012, cuando el número de afiliados se estabilizó. Es claro, entonces, que el incremento obedece, sobre todo, a las presiones inflacionarias, analizadas en el Capítulo IV, *Economía del subsis-*



Figura 40. Gasto promedio por siniestro en pólizas de gastos médicos mayores según tipo de póliza. México, 2007 a 2016. Millones de pesos de 2016



Fuente: AMIS, Sistema Estadístico del Sector Asegurador, 2007-2016 y comunicación personal con la Gerencia de Accidentes y Enfermedades. Datos convertidos a pesos de 2016 usando la inflación reportada por el Banco de México e INEGI.

tema privado. El gasto en pólizas de GMM-C creció a tasas similares que el gasto en las de GMM-I, pero tal crecimiento obedece al mayor número de asegurados y a sus topes de cobertura. El gasto promedio por asegurado en la modalidad colectiva decreció, en efecto, entre 2008 y 2013, y se estabilizó en 2016. En cambio, el gasto por asegurado en la modalidad individual incrementó aceleradamente desde 2012, para alcanzar 74% en 2016, cuando pasa de \$4,261 a \$7,414 pesos.

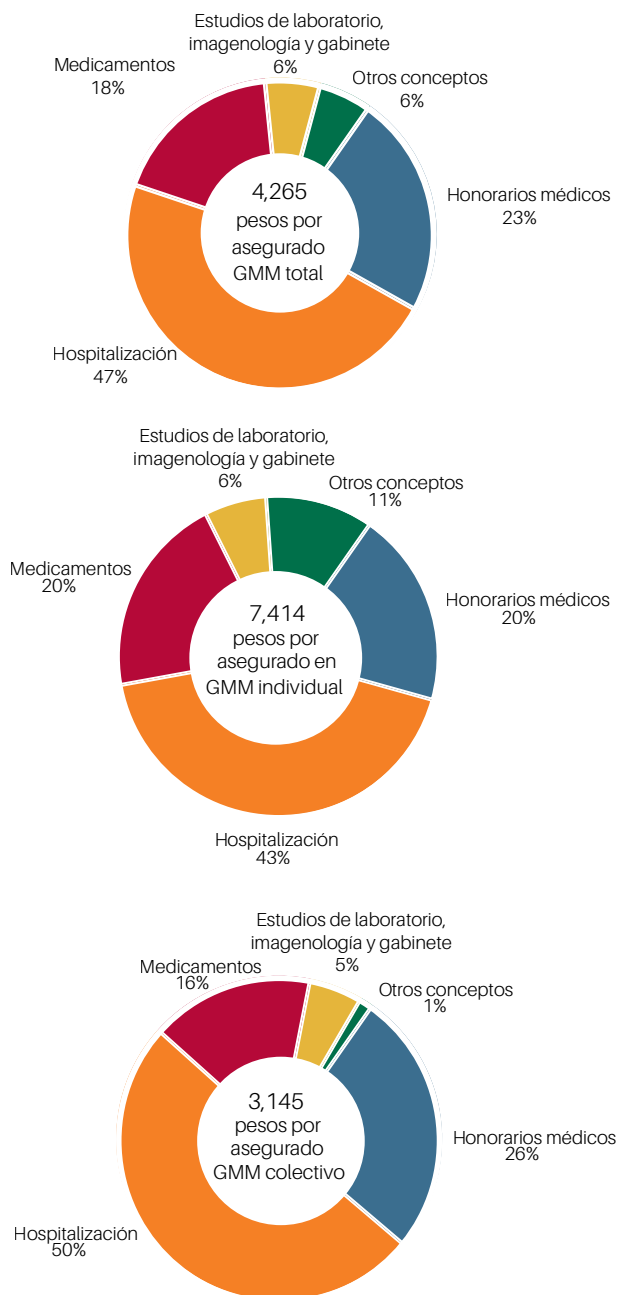
Los principales rubros de gasto en ambos tipos de póliza de GMM son la hospitalización, con 43% del total en GMM-I y 50% en GMM-C. El rubro de honorarios médicos es de 20% y 26%, y el de medicamentos, de 16% y 20%, respectivamente (figura 40). La fracción conjunta del gasto en estudios de laboratorio, imagenología y gabinete, y otros conceptos, va desde 4% (GMM-I), hasta 17% (GMM-C).

Los motivos de atención que generaron el mayor gasto en las pólizas de GMM fueron las neoplasias, con 17.1% del total (figura 41 ►). Las empresas aseguradoras pagan más de 50% del total de los siniestros de GMM por cinco motivos que incluyen, además de las neoplasias, las enfermedades del aparato digestivo, del sistema osteomuscular y del tejido conectivo, y traumatismos y envenenamiento.

Los rubros que más incrementaron su gasto entre 2014 y 2016 fueron los relacionados con factores que influyen en el estado de la salud, en particular, los



Figura 41. Distribución de los pagos cubiertos por las aseguradoras privadas en pólizas de gastos médicos mayores según rubro.* México, 2016.



GMM, Gastos médicos mayores

* Gastos distintos a hospitalización son realizados fuera del hospital.

Fuente: AMIS, Sistema de Estadísticas de Seguros.

Cuadro 47. Pago efectuado por siniestralidad de seguros de gastos médicos mayores según causa CIE10. México 2016 e incremento respecto de 2014. Pesos de 2016

Motivo de egreso	Gasto (millones de pesos)	%	Incremento % anual entre 2014 y 2016
Neoplasias	7,824	17.5	5.1
Enfermedades del aparato digestivo	5,846	13.1	3.7
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	5,757	12.9	4.6
Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causa externa	4,642	10.4	2.9
Enfermedades del sistema circulatorio	4,098	9.2	5.7
Enfermedades del aparato genitourinario	3,030	6.8	4.1
Enfermedades del sistema respiratorio	2,620	5.9	2.2
Embarazo, parto y puerperio	2,004	4.5	4.3
Enfermedades del sistema nervioso	1,423	3.2	6.1
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1,143	2.6	3.9
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,102	2.5	10.7
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	1,009	2.3	14.0
Afecciones originadas en el periodo perinatal	915	2.0	5.4
Enfermedades del ojo y del oído	907	2.0	3.5
Malformaciones congénitas	681	1.5	7.0
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	348	0.8	4.1
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	335	0.7	-9.5
Enfermedades de la sangre	316	0.7	-3.4
Trastornos mentales y del comportamiento	41	0.1	3.4
Otros	729	1.6	42.4
Total	44,769	100	4.7

Fuente: AMIS, Sistema Estadístico del Subsistema Asegurador, 2014 y 2016.

procedimientos anticonceptivos y los internamientos para hacer exámenes e investigación (cuadro 47). El incremento en este rubro, de 14% anual, está vinculado al incremento de su demanda, que entre 2005 y 2015 fue de 4.2% anual en el conjunto de los hospitales privados, como ya se vio en el Capítulo VI, *Atención hospitalaria*. Las enfermedades infecciosas y parasitarias ocuparon el segundo lugar, con 10.7% anual, aun cuando su demanda disminuyó 3.3% al año (esta fue la mayor disminución entre los motivos de atención). De modo que estos incrementos se explicarían, más bien, por las presiones inflacionarias sobre el gasto asegurado, como ya se vio en el Capítulo VI, *Protección financiera, financiamiento y aseguramiento privado*.



En 2016, el gasto privado asegurado por siniestro en pólizas de GMM fue de \$77,103 pesos; en GMM-I fue de \$112,122 pesos, y en GMM-C, de la mitad, es decir, de \$61,827 pesos. Suponiendo que el perfil epidemiológico entre los dos grupos de asegurados es similar, la diferencia responde a que la póliza de GMM-I está asociada a una gama más amplia de servicios y productos, incluyendo el acceso a estudios y medicamentos complementarios, y a hotelería de mayor calidad.

En el análisis de la inflación que se presentó en el Capítulo III, *Economía del subsistema privado*, se sugiere que el seguro de GMM-I está más expuesto a las presiones inflacionarias, lo que quizá se asocie a que hay un menor control de los costos. La más alta cobertura financiera se combina con un modelo de atención hospitalaria que dirigen médicos especialistas ubicados en grandes hospitales, escenario de la concentración económica de la demanda asegurada. La evidencia sugiere que el seguro de GMM-C contribuye a controlar los gastos hospitalarios en la medida en que los toques de gasto podrían alentar a pacientes y especialistas a buscar servicios más costo-efectivos. No obstante, esta interpretación debe tomarse con reservas puesto que los toques de gasto más bajos en las pólizas colectivas podrían estar obligando a los asegurados a ejercer un mayor gasto de bolsillo, ya sea cuando alcanzan al límite del riesgo asegurado, o bien para no alcanzarlo.

Las empresas aseguradoras están modificando sus estrategias de venta para privilegiar las pólizas colectivas –como se vio al observar su crecimiento a lo largo del tiempo– y disminuir las pólizas individuales. Si bien la estrategia podría llevar a una mayor viabilidad financiera, la inflación en las pólizas individuales, aunque menor, también es preocupante. El problema de fondo es la relación de las empresas aseguradoras con los pacientes, y la de éstos con los médicos especialistas y los hospitales. Ya se señaló en el Capítulo V, *Atención hospitalaria*, que los especialistas determinan el mercado de los hospitales, y que los pacientes se supeditan al tratamiento que el especialista les prescriba, aun cuando no se apoya en GPS ni en sistemas de información de resultados. Las empresas aseguradoras no tienen, pues, control de la demanda hospitalaria ni de la relación de costo-efectividad de los tratamientos. En el Capítulo VIII, *Liderazgo y estrategia*, se analiza esta situación en mayor detalle.

Subsidio entre el gasto asegurado privado y público

Los seguros privados tienen una vasta relación con las instituciones de la seguridad social, toda vez que 5.7% de la población en México –aproximadamente 6.8 millones de personas– está protegida por ambos tipos de seguro. En efecto, los altos funcionarios del gobierno federal y de las empresas privadas, y los investigadores miembros del Sistema Nacional de Investigadores tienen seguros privados de salud como prestación laboral. El uso de los servicios privados –o



públicos en el caso de los INS– financiados por las empresas aseguradoras privadas a los beneficiarios de las instituciones de la seguridad social representa un subsidio neto para el gasto público. El uso de los servicios de la seguridad social por quienes gozan de seguros privados representa, por su parte, un subsidio a las empresas aseguradoras privadas. No obstante, dicho uso podría haberse descontado del riesgo indemnizado, afectando el valor de las pólizas.

En este capítulo se analiza el subsidio entre las empresas aseguradoras privadas y la seguridad social en tres escenarios. En los dos primeros se analiza el gasto que significaría para los seguros privados el que sus asegurados no utilizaran instituciones de la seguridad social, y atendieran todas sus necesidades en los servicios privados a costa del seguro privado. El primer escenario considera a los afiliados a seguros privados, que no tienen protección de la seguridad social, y el segundo a quienes tienen seguro privado y también protección de la seguridad social (dos seguros). El tercer escenario analiza el gasto que significaría para la seguridad social y la SSa el que la población que tiene dos seguros, uno público y otro privado, se atendiera solamente en las instituciones públicas.

Los primeros dos escenarios se verificarían si se levantaran las restricciones a los asegurados para utilizar los servicios hospitalarios privados. Entre ellas, las limitaciones sobre las intervenciones cubiertas por las pólizas o disponibles en los hospitales privados, los coaseguros y los deducibles, y los topes de protección financiera. En el tercer escenario se analiza el gasto adicional que significaría para las instituciones públicas el que los asegurados vieran canceladas sus pólizas privadas y atendieran todas sus necesidades en instituciones públicas, a costa de la protección financiera pública.

Los escenarios se determinan a partir de la demanda total de pacientes que acuden a las diferentes opciones de atención hospitalaria ([cuadro 48 ►](#)), así como del gasto –ya sea institucional o privado– en que se incurre. No se considera el gasto de coaseguros ni deducibles, lo que incrementa el valor de los subsidios.

Ya se vio antes que de la población que tiene sólo un seguro privado, 8% solicita atención en la seguridad social (pese a no tener formalmente acceso a estas instituciones), 13% la solicita en la SSa, y 79% en instituciones privadas. Hasta 21% de la población que tiene dos seguros (público y privado) solicita atención en la seguridad social, 6% en instituciones de la SSa, y 73% en seguros privados ([ver cuadro 28](#)).

Hoy en día, 37,168 personas con seguro privado utilizan hospitales públicos: 14,159 acuden a hospitales de la seguridad social; 23,009, a hospitales de la SSa. y 139,281, a hospitales privados ([cuadro 49 ►](#)). El gasto para la seguridad social asciende a \$1,843,406 millones de pesos y para la SSa a \$1,301,191 millones de pesos, por brindar esta atención, que suma entre ambas instituciones \$3,244,000 millones de pesos ([cuadro 48 ►](#)).



Cuadro 48. Egresos hospitalarios de personas con diferentes esquemas de protección financiera, según la institución en la que se atendieron. México, 2012

Esquema de protección	Seguridad social		SSa		Privados		Total	
	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%
Seguro privado	14,159	8.0	23,009	13.0	139,821	79.0	176,989	100
Seguridad social	2,908,142	86.5	171,560	5.1	281,194	8.4	3,360,896	100
Seguridad social y seguro privado	87,997	21.0	25,142	6.0	305,894	73.0	419,033	100

Fuentes: INEGI, Egresos hospitalarios del subsistema público y privado. INSP, Ensanut 2012.

Cuadro 49. Gasto en hospitalización efectuado por la institución de atención, según esquema de protección financiera del paciente. México, 2016. Millones de pesos

Esquema de protección financiera en salud	Seguridad social	SSa	Privados	Total
Seguro privado	297	1,949	15,677	17,922
Seguridad social o Seguro Popular	60,921	5,790	21,121	87,832
Seguridad social o Seguro Popular y seguro privado	1,843	1,301	18,912	22,057

Fuentes: SSa, Egresos hospitalarios del subsistema público y privado. INSP, Ensanut 2012. AMIS, Microdatos 2014-2016 y comunicación personal con Gerencia de Accidentes y Enfermedades.

Escenario 1. Las personas con seguro privado y sin protección de la seguridad social utilizan solamente servicios privados

Dado que estas personas con seguro privado no cuentan con protección de la seguridad social, se entiende que están cubiertas por seguros de GMM-I, que tienen un costo promedio por egreso de \$112,122 de pesos. El gasto de las empresas aseguradoras por brindar la atención adicional sería, entonces, de \$4,167 millones de pesos, que sumados a los \$15,677 millones de pesos que ya gastan, darían un total de \$19,844 millones de pesos (cuadro 50 ►). Esto representa un incremento de 26.6% del gasto de las empresas aseguradoras, que sería el valor del subsidio neto si, en efecto, las instituciones privadas tuvieran considerados estos riesgos en sus pólizas. La seguridad social tendría, por su parte, una reducción de gasto de \$296.6 millones de pesos, y la SSa, de \$1,948 millones de pesos, considerando sus propios costos. El alivio para el IMSS y el ISSSTE, suponiendo que todos los asegurados pertenecen a estas instituciones, sería de 0.7% de su gasto de hospitalización. El gasto total de las personas con seguro privado y sin protección de la seguridad social en el escenario basal es de \$17,922 millones de pesos, por lo que el incremento del gasto en el escenario alternativo es de 10.7%.

Cuadro 50. Gasto de las aseguradoras privadas por la atención de pacientes con seguro privado y sin seguridad social según diferentes escenarios de atención. México, 2016.
Millones de pesos

Escenario de atención	Institución donde se internan los pacientes con seguro privado			Total
	Seguridad social	SSa	Privados	
En diferentes instituciones (basal)	297	1,949	15,677	17,922
Sólo en privados	0	0	19,844	19,844
Diferencia \$			4,167	1,922
Diferencia %			26.6	10.7

Fuentes: INEGI, Egresos hospitalarios del subsistema público y privado. INSP, Ensanut 2012.

Escenario 2. Las personas con doble afiliación (pública y privada) usan sólo hospitales privados

La población usuaria y el gasto hospitalario de la población con dos seguros (uno público y otro privado) es la misma que para el escenario anterior, es decir, de 419,033 personas. El costo institucional actual asciende –también igual que en el escenario anterior– a \$22,057 millones de pesos. En el escenario alternativo, esta población se supone asegurada en la modalidad colectiva, con un gasto por egreso de \$61,827 pesos. El gasto adicional para las empresas aseguradoras sería, entonces, de \$6,994 millones de pesos, y su gasto total sería de \$25,907 millones de pesos, lo que significa un incremento de 37% (cuadro 51). El gasto de hospitalización de estas personas incrementaría 17% respecto del gasto total en que incurren los hospitales públicos y los privados en el escena-

Cuadro 51. Gasto de las aseguradoras privadas por la atención de pacientes con seguro privado y con seguridad social según diferentes escenarios de atención. México, 2016. Millones de pesos

Escenario de atención	Institución donde se internan los pacientes con seguro privado y también afiliados a la seguridad social			Total
	Seguridad social	SSa e IMSS Prospera	Privados	
En diferentes instituciones (basal)	1,843	1,301	18,912	22,057
Sólo en privados	0	0	25,907	25,907
Diferencia \$	-1,843	-1,301	6,995	3,850
Diferencia %	-100	-100	37	17

Fuentes: INEGI, Egresos hospitalarios del subsistema público y privado. INSP, Ensanut 2012.

rio basal. Las instituciones de la seguridad social y la SSa, por su parte, verían su gasto disminuido en \$1,843 y \$1,301 millones de pesos, respectivamente. El alivio para el IMSS y el ISSSTE en el gasto de hospitalización, suponiendo que todos los asegurados pertenecen a estas instituciones, sería de 4.5%.

Escenario 3. Las personas con doble afiliación, pública y privada, usan sólo hospitales públicos

En el escenario basal, 305,894 personas con dos seguros, uno público y otro privado, se hospitalizaron en instituciones privadas ([ver el cuadro 48 ►](#)). Por otra parte de las 419,033 personas con doble aseguramiento, 87,977 utilizan hospitales de la seguridad social y 25,142, hospitales de la SSa. El costo para las empresas aseguradoras de la atención en hospitales privados es de \$18,912 millones de pesos; para las instituciones de la seguridad social, de \$1,843 millones de pesos, y para la SSa, de \$1,301 millones de pesos ([cuadro 52](#)).

En este escenario, se supone que el total de la atención de las personas con dos seguros se canaliza a la seguridad social, a INS y otros hospitales de la SSa, de acuerdo con las preferencias ya descritas ([cuadro 28 ►](#)). El gasto adicional para la seguridad social sería de \$3,141 millones de pesos, y para la SSa, de \$993 millones de pesos, lo que representa un incremento de 170% del gasto para la seguridad social y de 76% para la SSa.

Este escenario muestra el subsidio neto de los seguros privados a las instituciones públicas (la seguridad social y la SSa), pues estima el incremento del gasto institucional si la atención hospitalaria de las personas con seguro privado ya no fuera financiada por las empresas aseguradoras privadas. Suponiendo que el total de estas personas están afiliadas, ya sea al ISSSTE o al IMSS, el subsidio de estas instituciones por la hospitalización evitada equivaldría a 7.6% de su gasto en hospitali-

Cuadro 52. Gasto de la seguridad social por la atención de pacientes con seguro privado y con seguridad social según diferentes escenarios de atención. México, 2016.
Millones de pesos

Escenario de atención	Institución donde se internan los pacientes con seguro privado y también afiliados a la seguridad social			Total
	Seguridad social	SSa	Privados	
En diferentes instituciones (basal)	1,843	1,301	18,912	22,057
Sólo en seguridad social	4,984	2,294	0	7,278
Diferencia \$	3,141	993	-18,912	-14,779
Diferencia %	170	76	-100	-67

Fuentes: INEGI, Egresos hospitalarios del subsistema público y privado. INSP, Ensanut 2012.



zación, que asciende a 41,300 millones de pesos.⁴⁵ Este subsidio es considerable tomando en cuenta la presión de costos a la que está sometido el sector público.

Los tres escenarios de subsidio sugieren un apoyo financiero significativo entre las instituciones públicas y las empresas aseguradoras privadas. Si las personas protegidas sólo por un seguro privado atendieran todas sus necesidades con el apoyo financiero de sus empresas aseguradoras, el IMSS y el ISSSTE verían reducida su carga en apenas 0.7%, pero las aseguradoras verían incrementar la propia en 26.6%. En el segundo escenario, si todas las personas afiliadas a un seguro público y otro privado se atendieran con cargo a las empresas aseguradoras privadas, su carga financiera incrementaría 37%, y el gasto del IMSS y el ISSSTE decrecería 4.5%. Si por el contrario, el IMSS y el ISSSTE tuvieran que atender a todas las personas con dos seguros, uno público y otro privado, en un escenario en que todas las pólizas privadas se cancelaran, su carga financiera conjunta incrementaría 7.6%.

Cabe suponer que la atención prestada por las instituciones públicas a las personas que tienen seguro privado obedece, sobre todo, a las limitaciones inherentes a las pólizas privadas, ya sea por el monto de la cobertura y los deducibles, ya por limitaciones en la tecnología y los especialistas. Es posible que las empresas aseguradoras estén considerando estas limitaciones en el valor y el costo de sus pólizas, por lo que el análisis apunta más a la complementación de intervenciones, que a un subsidio propiamente dicho.

Por otra parte, las instituciones de la seguridad social no facturan a los afiliados por la atención que les brindan, por lo que las empresas aseguradoras no pueden cubrir estos gastos, en caso de que fueran elegibles. Cabe señalar que aquí se está suponiendo que las aseguradoras no reembolsan el gasto de los hospitales a la SSa, lo que no siempre es así, como se vio en páginas anteriores.

El subsidio de las empresas aseguradoras privadas a las instituciones públicas, sobre todo al IMSS y al ISSSTE, no complementa la atención pública, sino que la sustituye. Sería complementaria si los seguros privados ofrecieran servicios de los que la seguridad social no dispone o que no cubre. Pero la seguridad social cubre incluso más servicios que las empresas aseguradoras privadas, pues no excluye la atención de preexistencias, y dispone de servicios costosos y de la más alta especialización. De modo que los servicios de salud financiados por las empresas aseguradoras privadas que sustituyen los de la seguridad social representan un subsidio de 7.6% del gasto de hospitalización conjunto del IMSS y el ISSSTE. Este debe ser considerado como un aporte neto de las empresas aseguradoras privadas, y también de las empresas y las instituciones públicas que los aseguran; aporte que contribuye a la equidad, pues permite a las instituciones públicas canalizar mayores recursos a la población afiliada de escasos recursos.

⁴⁵ SSa. Boletín de información estadística, 2015. AMIS. INEGI. Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2015.



Discusión

México se está acercando a lograr la cobertura universal de protección financiera en salud. Hasta 85.4% de la población tiene algún seguro de salud o de financiamiento garantizado a la persona. Está claro que el acceso a los seguros públicos o privados facilita el acceso a los servicios. Los seguros privados están complementando, de hecho, el modelo de atención de la seguridad social, puesto que la mayor parte de las personas que tienen un seguro privado también están afiliadas al IMSS o al ISSSTE y combinan los servicios de ambos esquemas para resolver sus necesidades.

No obstante, las limitaciones de la cobertura de intervenciones y de acceso a determinados servicios eleva el gasto de bolsillo a un nivel por encima del de países con niveles de ingresos similares a los de México. El país encara, así, un severo problema de subaseguramiento, pues los niveles de protección garantizados siguen siendo muy bajos.

Los trabajadores independientes y los afiliados al IMSS que rotan con frecuencia entre diversas categorías de ocupación constituyen la población más desprotegida financieramente. Se han propuesto esquemas de colaboración público-privada para ofrecer productos innovadores a este segmento de la población, que se describen en el Capítulo X, *Colaboración público-privada en salud*.

Los seguros privados representan un subsidio de hasta 7.6% del gasto de hospitalización que suman el IMSS y el ISSSTE, toda vez que sustituyen la demanda de servicios.



VII. Segmentación del subsistema privado de atención de la salud

El subsistema privado de atención de la salud en México está segmentado de acuerdo con la estratificación socioeconómica que caracteriza al país. Pueden distinguirse dos segmentos de consumo de servicios de salud, basados en la estratificación socioeconómica de la AMAI. El Segmento I incluye a los prestadores de servicios que atienden a los estratos del E –que es el más pobre– al C; el Segmento II, a los que atienden a los hogares del nivel C + al nivel A.⁴⁶ El Segmento I incluye a 83% de la población, mientras que el Segmento II, a 17%.

El estrato E incluye los hogares cuyo jefe no tiene, por lo general, estudios superiores a primaria (95%) y que asignan la mayor parte de su gasto a los alimentos. En los estratos D y D+ la mitad de los miembros completaron la educación primaria (48% a 56%), y asignan poco menos de la mitad del gasto a la alimentación (46% a 41%). En los estratos C- y C prevalecen los estudios *post*-primaria (73% a 81%), y el gasto en alimentos va de 38% a 35%.

En el Segmento II, el estrato C+ se caracteriza por hogares cuyo jefe tiene estudios *post*-primaria, cuentan con al menos un vehículo para el transporte (89%) y su gasto en alimentos es de 31% en promedio. Los estratos A y B se caracterizan por hogares cuyo jefe tiene estudios profesionales (82%), gastan sólo 25% en alimentos y asignan 13% de su gasto a la educación.

Composición, distribución geográfica y cobertura

El Segmento I del mercado de servicios de salud dispone de la oferta de la mayor parte de los médicos generales que atienden en consultorios independientes o adyacentes a farmacias, y suman cerca de 52,000 ([cuadro 53 ►](#)), en el supuesto de que el Segmento II demanda médicos generales sólo de manera esporádica, habida cuenta de su preferencia por la atención de especialistas. El segmento contaría, así, con cerca de un médico privado por cada 2,000 habitantes, complementado por médicos del ámbito público para resolver sus necesidades de atención médica ambulatoria.

El Segmento I incluye los 2,400 hospitales de 1 a 14 camas, y los 429 de 15 a 49 camas. Aunque algunos de ellos, por concentrarse en la atención de una especialidad, estarían más enfocados al Segmento II.

⁴⁶ AMAI, Niveles socioeconómicos. <http://nse.amai.org/nseamai2>. Consultado el 11 de febrero de 2018.



Cuadro 53. Composición, distribución geográfica y cobertura de prestadores de servicios de salud según el segmento socioeconómico de la población atendida. México, 2012, 2014 y 2016

	Segmento I. Estratos E a C 83% de los hogares, 104 millones de personas			Segmento II. Estratos C+ a A 17% de los hogares, 16 millones de personas			
	Médicos en consulta externa	Hospitales	Farmacias y medicamentos	Médicos en consulta externa	Hospitales	Farmacias y medicamentos	Seguros privados
Composición	52,000 generales	<ul style="list-style-type: none"> 2,400 de 1 a 14 camas 429 de 15 a 49 camas 	70,000 independientes	15,500 especialistas	94 mayores de 50 camas	11,500 de cadenas y supermercados	32 empresas con pólizas GMM
Distribución geográfica	<ul style="list-style-type: none"> Consultorios independientes en pequeñas ciudades CAF en ciudades medias y grandes 			Ciudades medianas y grandes	Ciudades grandes	Ciudades grandes, Ciudad de México	
Cobertura de servicios	18% a 33%	10% a 27% de la atención hospitalaria	53% a 65% de los hogares compran medicamentos	39% de la atención ambulatoria	33% de la atención hospitalaria	62% de los hogares compran medicamentos	27% de la población está asegurada

Fuentes: INSP, Ensanut 2012. INEGI, Censo económico de 2014. INEGI, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2016.

En cuanto a su distribución geográfica, los médicos que atienden en consultorios independientes están distribuidos en ciudades de pequeñas a grandes, y los médicos de los CAF tienden a concentrarse en las de mayor tamaño. En cuanto a la cobertura, los médicos generales atienden a entre 18% y 33% de la población de los estratos E a C. Los hospitales privados, por su parte, brindan entre 10% y 27% de la atención hospitalaria, en el mismo orden. El resto de la atención la brindan prestadores públicos. Los hogares dependen de las farmacias para la compra de medicamentos para resolver entre 53% y 65% de las necesidades de salud ver ([ver el cuadro 53 ►](#)).

El Segmento II de los prestadores de servicios cuenta con los 15,500 médicos especialistas, aproximadamente, que declaran que su principal empleo es privado. En el supuesto de que los especialistas privados sirvieran exclusivamente a este segmento, su densidad sería de un médico especialista por cada 1,032 habitantes, densidad razonable para la atención continua de las necesidades de consulta externa de la población.

Los hospitales preferidos serían los de más de 50 camas, de los que hay 94 en el país. Y las farmacias preferidas serían las de supermercado o de cadena, sobre todo las grandes. La mayor parte de los prestadores y los proveedores de servicios estarían en ciudades grandes. Los médicos –principalmente especialistas– atienden 39% de la consulta médica ambulatoria y 33% de la atención hospitalaria –el resto siendo atendida por médicos del subsistema público. Un 27% de la población en este segmento cuenta con un seguro médico privado.

Concentración económica

La evidencia sugiere que los proveedores y los prestadores de servicios tienen comportamientos económicos diferentes y están expuestos a distintas regulaciones según el segmento del mercado al que atienden. Si bien los médicos, los hospitales y las farmacias del Segmento I se concentran en las ciudades medias y grandes, su dispersión geográfica es amplia. Puesto que su rentabilidad es de las más bajas en el mercado, son menos sustentables y están más expuestos a transferir costos a sus pacientes ([cuadro 54 ►](#)). Su competencia podría ser de las más altas gracias a su pequeño tamaño y, sobre todo, a la relativa facilidad con que los pacientes podrían tener acceso a los bienes y servicios de salud públicos; no obstante, se evidencian limitaciones en el acceso de medicamentos genéricos al mercado, lo que afecta sobre todo a la población de menores ingresos.

La inflación en este segmento también es menor, pues se apoya en el acceso a medicamentos genéricos; sin embargo, la inflación de medicamentos a precios de fábrica es generalizada y podría afectar a este segmento del mercado en particular. Cabe sugerir que la dispersión y el elevado número de unidades dificulta la regulación gubernamental, mientras que, por no necesitar certificarse perio-



Cuadro 54. Indicadores y gradientes económicos y de regulación de prestadores de servicios de salud según el segmento socioeconómico de la población atendida. México, 2012, 2014 y 2016

Segmento I. Estratos E a C 83% de los hogares, 104 millones de personas				Segmento II. Estratos C+ a A 17% de los hogares, 16 millones de personas			
	Médicos en consulta externa	Hospitales	Farmacias y medicamentos	Médicos en consulta externa	Hospitales	Farmacias y medicamentos	Seguros privados
Dispersión / Concentración económica	• Dispersión			<ul style="list-style-type: none"> • Decreciente densidad • Concentración en torno a grupos hospitalarios 	<ul style="list-style-type: none"> • 64% del PIB en 3.2% de unidades • 20% de la atención asegurada con 1 grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • 60% del valor de ventas en 59.5% de las unidades (cadenas grandes) 	<ul style="list-style-type: none"> • 76% de pólizas de gastos médicos expedidas por 5 empresas
Rentabilidad	Baja	Baja	Baja	Alta	Alta	Alta	
Competencia	Alta	Alta	Alta	Media	Baja	Media	Baja
Inflación	Alta	Alta	Media	Media	Baja	Media	Baja
Regulación gubernamental	Baja	Baja	Baja	Media	Media	Media	Alta
Regulación profesional	Baja	Baja	Baja	Media	Media	Baja	Alta

Fuentes: INSP, Ensanut 2012. INEGI, Censo económico de 2014. INEGI, Estadísticas de salud de establecimientos particulares, 2015. INEGI, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2016.

dicamente, los médicos generales están menos regulados por los organismos profesionales. En el Segmento II se observa una mayor concentración económica de los especialistas dada su creciente escasez, así como su concentración de los consultorios de torres hospitalarias.

El acceso a la atención especializada –dependiente de la referencia entre especialistas– dificultaría también la capacidad de los clientes para identificar la mejor relación entre calidad y precio. La mayor rentabilidad de los hospitales más grandes es también evidente.

El 3.2% de los hospitales concentran 64% del PIB hospitalario. Esta concentración es más evidente para los pacientes que buscan atenderse en los hospitales de mayor tamaño, con una oferta más amplia de servicios y hotelería, y cuya atención pagan los seguros privados. La concentración de las farmacias, si bien no tan marcada, es evidente. Su diferenciación respecto del subsistema público y de otras farmacias es la oferta de medicamentos de patente y de alto grado de especialización y costo. El reducido acceso al mercado público de los medicamentos innovadores tiende hacia su concentración en farmacias privadas.

Rentabilidad e inflación

La rentabilidad de los oferentes en el Segmento II es la mayor del mercado. Esto es claro en los hospitales más grandes y entre los médicos especialistas. Estos últimos ganan más, a la par que sus contrapartes en el sector público, y son escasos, sobre todo en ciertas especialidades. En cuanto a la inflación, los proveedores de servicios del Segmento II están más expuestos al incremento de los precios en tanto que los especialistas, los hospitales más concentrados y los medicamentos de patente tienden a presionar los precios, en ausencia de una regulación que fomente la competencia.

Regulación

La regulación podría ser escasa entre los proveedores del Segmento I, dada la muy alta dispersión y la baja capacitación y educación de sus recursos, y la baja rentabilidad de los hospitales y las farmacias independientes. La certificación no es obligatoria entre los médicos generales, lo que puede traducirse en riesgos para la práctica.

En el Segmento II la regulación es mayor, si bien no carece de retos y oportunidades, en particular la económica. La certificación periódica de los médicos especialistas es obligatoria, y los hospitales se las exigen para permitirles internar a sus pacientes. La mayoría de los hospitales más grandes, sobre todo aquellos que dan servicio a los pacientes asegurados, cuentan con certificaciones volun-



tarias de la calidad de la atención. Es previsible que las farmacias de cadena y de supermercado tengan personal calificado y estén en condiciones económicas de cumplir con los requisitos oficiales. Finalmente, las empresas aseguradoras y los agentes de seguros se rigen por una estricta regulación financiera de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Oferta y demanda de servicios de salud

El alineamiento de la oferta de servicios de salud a los clientes, las modalidades de financiamiento, el tipo de demanda y el modelo de atención varía conforme al segmento del mercado atendido. Difieren, asimismo, el subsidio de cada segmento del subsistema privado a –y los riesgos implícitos para– los servicios públicos (cuadro 55 ►).

Los prestadores de servicios del Segmento I tienen una vinculación más directa con los pacientes, quienes son sus clientes directos. Esto puede inferirse del hecho de que los médicos independientes y los pequeños hospitales deben responder a sus clientes en un contexto de pobreza e ingresos decrecientes; clientes que disponen de servicios públicos gratuitos, aunque a todas luces insuficientes. Los médicos de los CAF son la excepción, pues la evidencia sugiere que la venta de medicamentos coloca a las farmacias como cliente importante y en conflicto de interés con los pacientes. La relación más directa entre proveedores y pacientes tiene sus límites incluso con los médicos independientes, toda vez que la asimetría de información de la relación médico-paciente tenderá a acrecentarse entre la población de menores ingresos.

En el Segmento II, por su parte, los médicos especialistas tienen una relación directa con sus pacientes como clientes principales. No obstante, los médicos especialistas tienden a tener una relación de agente con los hospitales, puesto que llegan a establecer convenios de colaboración vinculados a metas de servicios, de modo que para los hospitales el principal cliente es el médico especialista, y no necesariamente el paciente. Los seguros privados dependen en buena medida de convenios con organismos públicos y privados, ya sea para que subsidien el costo de las pólizas de sus miembros, o para que se hagan los descuentos de nómina. Los principales clientes de las aseguradoras son, así, las empresas contratantes. No obstante, los agentes de seguros establecen una relación directa con sus clientes, sobre todo al facilitarles el acceso a –y pago de– los servicios de salud.

En el Segmento I el financiamiento de los servicios de salud depende del gasto de bolsillo. En el Segmento II, en cambio, el aseguramiento privado juega un papel importante, sobre todo para el acceso a servicios hospitalarios, a atención médica especializada y a medicamentos de alto costo.



Segmentación del subsistema privado de atención de la salud

Cuadro 55. Oferta, demanda, subsidios y riesgos de los prestadores y proveedores de servicios de salud acorde a segmento y estratos socioeconómicos de la población atendida. México, 2012/2014/2016

Segmento I. Estratos E a C 83% de los hogares, 104 millones de personas				Segmento II. Estratos C+ a A 17% de los hogares, 16 millones de personas			
	Médicos en consulta externa	Hospitales	Farmacias y medicamentos	Médicos en consulta externa	Hospitales	Farmacias y medicamentos	Seguros privados
Alineamiento	<ul style="list-style-type: none"> Independientes con clientes CAF con farmacias 	Con clientes		Con industria farmacéutica y hospitales	Con Especialistas	Con clientes	Con contratantes
Financiamiento		Gasto de bolsillo		Gasto de bolsillo y seguros privados	Alta dependencia de seguros privados	Bolsillo; aseguramiento para alto costo	Pólizas colectivas deducidas de nómina
Tipo de demanda		Libre demanda		Recomendación personal basada en prestigio profesional	Inducción por especialista	Libre demanda	Compra por empresas e instituciones
Modelo de atención	Práctica solitaria, CAF	Atención integral	<ul style="list-style-type: none"> Automedicación Surtido de recetas 	Atención especializada	Independencia respecto de atención médica		Pago directo a prestador y reembolso a paciente
Motivos	Medicina sintomática	Urgencias y problemas menores	<ul style="list-style-type: none"> Atención médica Desabasto público 	<ul style="list-style-type: none"> Atención sintomática Control de enfermedades 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico Tratamiento Alta tecnología 		Atención hospitalaria
Subsidio al gasto público	Ahorro de 1/6 a 1/3 de la demanda	Ahorro de 1/6 a 1/4 de la demanda		Ahorro hasta 39% de la demanda	Ahorro de 1/3 de la demanda		Ahorro de 7.6% del gasto hospitalario de IMSS e ISSSTE
Riesgos al subsistema público	Atención de enfermedades crónicas complicadas	Atención de complicaciones hospitalarias evitables	Efectos secundarios por automedicación	Mayor demanda de bajar la atención privada, compitiendo por servicios para población más vulnerable			Mayor gasto público al bajar el aseguramiento privado

Fuentes: Entrevistas del proyecto. INSP, Ensanut 2012. INEGI, Censo económico de 2014. INEGI, Estadísticas de salud de establecimientos particulares, 2015. INEGI, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2016.



El Segmento I se caracteriza por la libre demanda de los médicos generales. La población los busca en función de su cercanía y del costo. La atención hospitalaria tiende a ser referida o espontánea, mientras que una parte importante de los hospitales pequeños ofrecen atención ambulatoria y, por lo mismo, refieren a sus propios pacientes. En el Segmento II, la demanda de médicos especialistas se basa en recomendaciones personales, por lo que el prestigio del médico es clave. La demanda de servicios hospitalarios depende, en buena medida, de la referencia del médico especialista, mientras que la demanda de seguros privados en la modalidad colectiva se basa, en gran parte, en la negociación directa con instituciones y empresas.

El modelo de atención y los motivos tratados difieren también entre uno y otro segmento. En el Segmento I, sobresale la práctica de médicos generales que buscan solucionar los síntomas y prestan poca atención a la prevención y la detección oportuna de las enfermedades crónicas. Los hospitales atienden problemas de baja complejidad y urgencias menores. Las farmacias, por su parte, subsisten de la automedicación y dan respuesta al desabasto del sector público, aunque también a la prescripción de antibióticos y otros medicamentos.

En el Segmento II, la atención especializada atiende los síntomas y el control de las enfermedades crónicas, y también desatiende la prevención y la detección oportuna de las enfermedades crónicas. Los hospitales dependen cada vez más de la atención ambulatoria para diagnósticos y tratamientos de alta especialidad y costo elevado, mientras que los seguros privados se ocupan de la indemnización del gasto hospitalario y de medicamentos de costo elevado.

El subsidio que los prestadores de servicios en cada segmento brindan al gasto público es diverso, en vista de la demanda y los modelos de atención. En el Segmento I, entre 18% y 33% de la atención ambulatoria es provista por médicos privados, según el estrato socioeconómico de los pacientes. En cuanto a la atención hospitalaria, este rango es de entre 10% y 27%. Está claro que la atención subsidia al subsistema público, dado que tiene la responsabilidad fundamental de servir a los estratos de menores ingresos.

El Segmento II también subsidia al subsistema público, si bien la mayor capacidad de compra de la población de los estratos C+ a A sugiere que el valor social del subsidio es menor, aunque no despreciable. En estos estratos, hasta 39% de la atención ambulatoria y 33% de la hospitalaria de la población cubierta por la seguridad social es resuelta por los prestadores privados. Las aseguradoras privadas, por su parte, subsidian hasta 7.6% del gasto en atención hospitalaria del IMSS y del ISSSTE, al financiar la atención privada de sus beneficiarios.

Las farmacias apoyan también al subsistema público. En el Segmento I, las farmacias apoyan el acceso a medicamentos para entre 53% y 65% de los hogares que reportan gasto en medicamentos para resolver problemas de salud. Este



gasto, como ya se dijo, está asociado ya sea al desabasto público o bien a barreras en el acceso a sus servicios. En el Segmento II, 62% de los hogares reportan la compra de medicamentos. Al igual que para la atención médica, mucha de esta demanda es por productos de mayor calidad y costo de los que el subsistema público puede ofrecer, lo que significa un subsidio a la innovación.

Ahora bien, el subsistema privado también presenta riesgos económicos directos e indirectos, y puede transferir costos al subsistema público, sobre todo si no hay una adecuada coordinación del sistema de salud en su conjunto, y si los servicios privados no están adecuadamente regulados. Estos riesgos difieren entre los dos segmentos. En el Segmento I, las fallas en la atención de las enfermedades crónicas en el primer nivel, la atención médica hospitalaria y la automedicación podrían llevar a complicaciones y a tener efectos secundarios que el subsistema público podría tener que atender. En el Segmento II, el principal riesgo para el subsistema público sería el incremento de la carga asociada a la menor demanda de servicios, derivada del ciclo económico, de la inflación y, consecuentemente, de la disminución tanto del gasto de bolsillo como de la protección financiera en salud privada.

Discusión

El subsistema privado de atención de la salud está muy segmentado. Hay una marcada diferenciación de recursos, de cobertura, de necesidades cubiertas, de modelos de atención y en la relación con el subsistema público. La segmentación presenta oportunidades particulares de la colaboración público-privada y retos específicos para la regulación de los prestadores y proveedores de bienes y servicios de salud. Los siguientes capítulos analizan en detalle el liderazgo y la estrategia necesarios para los dos segmentos, así como las oportunidades de colaboración público-privada y los retos de regulación.



VIII. Liderazgo y estrategia

El subsistema privado de atención de la salud está integrado por diversos actores relacionados en su aporte de bienes y servicios de salud, así como con los mercados y el subsistema público. En este capítulo se explora la interacción de los actores del subsistema privado de atención de la salud y la posición de cada uno de ellos respecto de los grandes retos que encaran, en su conjunto, para su desarrollo estratégico.

El diagnóstico ya describió la segmentación de los diversos mercados de este subsistema. La población de escasos ingresos tiende a consultar a médicos generales en práctica profesional libre ejercida en pequeños consultorios unipersonales. La práctica médica en CAF es casi igualmente prevalente, con diversos modelos de práctica basados en el cobro por servicios al cliente, o de comisiones o salarios a un empleador. Los médicos generales refieren a sus pacientes a los hospitales cercanos, aunque es común que éstos prefieran la atención hospitalaria pública. Los hospitales chicos también tienden a ofrecer una puerta de entrada directa a sus pacientes, al dar consulta externa general o especializada.

La población de mayores ingresos tiene al médico especialista como primer contacto con el subsistema privado de atención de la salud, ya sea pediatra, ginecólogo o internista, e incluso de otras especialidades, como la traumatología y la ortopedia. Los médicos especialistas refieren a sus pacientes a otros especialistas y a los hospitales donde ellos mismos coordinan los servicios que se les brindan. Las empresas aseguradoras tienen un papel importante –aunque pasivo– en este segmento puesto que financian costosos servicios. Su papel es pasivo en la medida en que se limitan a pagar las cuentas conforme a sistemas de facturación por servicio, con poca relación con los protocolos de atención y en ausencia de sistemas rutinarios de información.

La segmentación del subsistema privado de atención de la salud implica retos para su coordinación. La población de escasos ingresos está protegida en su mayor parte por instituciones de la seguridad social o por el Seguro Popular, pero encara presiones laborales e insuficiencias del subsistema público que la obligan a utilizar servicios privados, los cuales deben pagar de su bolsillo. Los prestadores de servicios encaran una gran competencia para atenderlos, debido al acceso que tienen sus clientes a los servicios públicos, a la vez que a la concurrencia de médicos generales en las zonas urbanas. El reto que encara el subsistema privado en este segmento es reducir sus costos y retener a la clientela. De allí el surgimiento –constatado en el diagnóstico– de los hospitales chicos como puntos de atención integral a los pacientes.



El subsistema de servicios de salud que atiende a la población de mayores ingresos también encara el reto de subsistir en un contexto donde el nivel de protección financiera pública es elevado. No obstante, la mayor capacidad de compra y la mayor disponibilidad de seguros privados hacen más atractivos los servicios privados para la atención médica. Los especialistas pueden ofrecer a sus pacientes diversas alternativas de acceso a la atención hospitalaria, e incluso a la atención pública, donde muchos de ellos también trabajan. Esto lleva a que los grandes hospitales compitan por los especialistas más prestigiados, les ofrezcan localizarse en torres adyacentes de consulta externa con fácil acceso a servicios y tecnología diagnóstica de punta.

El modelo de atención médica centrado en el especialista, y la concentración económica de los hospitales y las empresas aseguradoras en el segmento del mercado de mayores ingresos está dando lugar a inflación de precios por arriba de la inflación general. Esta inflación amenaza con deteriorar el mercado de pólizas, encarecer los servicios médicos y reducir, por consiguiente, la retención de la clientela. El reto para este segmento del mercado está en contener el costo de los servicios mediante estrategias que contribuyan a incrementar su calidad y a diferenciarse, así, del subsistema público.

Este capítulo analiza los retos percibidos por cada uno de los once tipos de actores del subsistema privado de atención de la salud en el contexto de los retos identificados hasta ahora por el diagnóstico. Se establece el grado de alineamiento y las oportunidades de coordinación para contender con el desarrollo estratégico del subsistema. Se entrevistó a 21 personas representativas de los diferentes tipos de actores, y se les hicieron preguntas sobre los principales retos para incrementar su oferta y sobre su postura para superarlos.

Se presenta primero una visión panorámica de la posición de cada actor, ya sea como líder o en una posición dominante, emergente o marginal. Para conocer la prominencia de cada actor entre sus pares, se analizó el grado en que cada uno busca ejercer influencia y la medida en que es reconocido por los demás. La influencia y el reconocimiento –y, por tanto, la posición de cada actor– se identificaron cuantificando el número de temas en que cada actor está implicado con sus pares.

Habiendo identificado la posición de los actores, se presentan y analizan los retos mencionados en cada categoría a fin de identificar, finalmente, los temas de mayor consenso para el desarrollo estratégico del subsistema privado de atención de la salud.



Posición de los actores en el subsistema privado de atención de la salud

El diagnóstico incluyó once tipos de actores clave del subsistema privado de atención de la salud ([cuadro 56 ►](#)). Se documentó a cada uno de ellos sobre la base de entre una y cuatro entrevistas, procurando incluir a actores representativos de diferentes funciones.

La gama de vínculos que tiene cada actor con los demás, ya sea para ejercer su influencia o por el reconocimiento que obtienen, establece una red de relaciones que caracterizan su posicionamiento dentro del subsistema privado de atención de la salud ([figura 42 ►](#)). Cada línea vincula a un par de actores, por lo que el número de líneas convergentes denota la prominencia de cada actor. El grosor de las líneas es proporcional al número de temas estratégicos identificados en cada relación, por lo que indica la prominencia según el número de temas. Dos líneas convergentes entre los mismos actores suman un mayor número de temas.

Interpretando la red de relaciones, se observa que los reguladores, los hospitales y las empresas aseguradoras tienen la mayor vinculación de relaciones con la mayor cantidad de temas. Los sigue la industria farmacéutica, si bien con un menor número de temas, y después la atención médica especializada.

El mapa de la red revela que los actores tienen una moderada interacción entre ellos. Cada uno de los once actores se vincula con otros seis actores en promedio, lo que da una densidad de relaciones de 0.553. La densidad de la red sugiere el potencial para incrementar las relaciones con miras a una mayor comunicación, un mejor entendimiento y, por consiguiente, un mayor alineamiento del subsistema con la oferta y la calidad.

Los actores pueden ocupar cuatro posiciones para el desarrollo estratégico del subsistema, según busquen ejercer influencia sobre los demás, y según sean reconocidos por los demás ([ejes vertical y horizontal de la figura 43 ►](#)). Los actores líderes son aquellos que más buscan influir en los demás y son también más reconocidos. Ocupan esta posición los reguladores, los hospitales y las empresas aseguradoras. Los actores dominantes son aquellos que si bien no buscan influir en los demás, son muy reconocidos. Ocupan esta posición los médicos especialistas y los formadores de recursos humanos. Los actores marginales son aquellos que no buscan influir en los demás ni son muy reconocidos. Ocupan esta posición los médicos generales, los laboratorios clínicos, las farmacias, los distribuidores y quienes trabajan en organismos de apoyo a las empresas. Los actores emergentes son aquellos que buscan influir en los demás, pero no logran un mayor reconocimiento. Ocupa esta posición únicamente la industria farmacéutica.



Cuadro 56. Actores entrevistados y número de entrevistas. Diagnóstico del subsistema privado de la salud, 2017

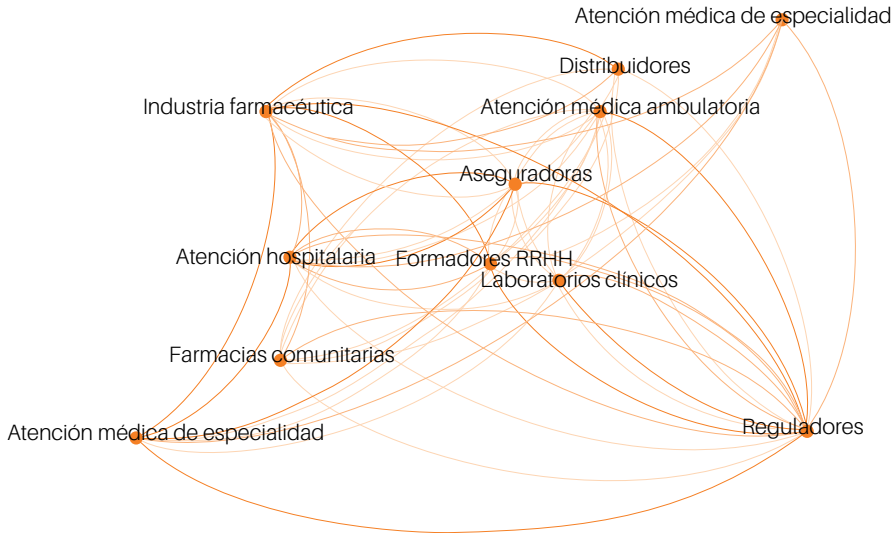


Actor	Entrevistas
1. Atención médica general	1
Colegio Médico de México	
Comité Normativo Nacional de Medicina General (Conamege)*	
2. Atención médica de especialidad	1
Médico especialista en práctica independiente	
3. Atención hospitalaria	3
Consortio Mexicano de Hospitales	
Hospitales mayor de 100 camas en la Ciudad de México	
Hospitales de 60 y 100 camas en Monterrey, Nuevo León	
4. Farmacias comunitarias y distribuidores	2
Asociación Nacional de Farmacias de México (Anafarmex)	
Asociación de Distribuidores de Productos Farmacéuticos de la República Mexicana, A.C.	
5. Industria farmacéutica	3
Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (Canifarma)	
Consejo Farmacéutico Mexicano, A.C. (Cofarmex)	
Empresa farmacéutica transnacional	
6. Servicios de análisis de laboratorio e imagen	1
Cadena de laboratorio clínico e imagen nacional	
7. Empresas aseguradoras	3
Dos grandes empresas de seguros oferentes de pólizas de gastos médicos mayores	
Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) y empresa ISES	
8. Formadores de recursos humanos	1
Universidad privada en la Ciudad de México	
9. Reguladores públicos	4
Dirección General de Educación y Calidad en Salud (DGECS-SSa)	
Comisión Federal de Competencia Económica (Cofece)	
Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF)	
Cofepris	
10. Reguladores profesionales	1
Comité Normativo Nacional de Medicina General (Conamege)	
11. Asociaciones empresariales	1
Comisión de Salud y Seguridad Social, Consejo Coordinador Empresarial (CCE)	
Total	21

Fuente: Datos del proyecto.



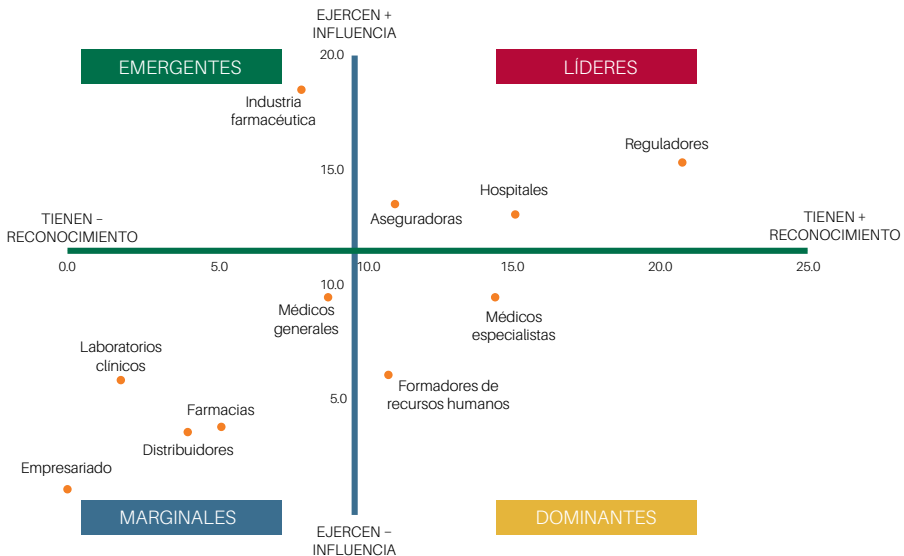
Figura 42. Red de relaciones entre los actores del subsistema privado de la salud.* México, 2017



*Las relaciones se establecen por menciones entre los actores. El grueso de la línea indica el número de menciones entre los actores.

Fuente: Entrevistas del proyecto.

Figura 43. Posicionamiento de los actores del subsistema privado de la salud según influencia sobre y reconocimiento de los demás actores. México, 2017



Fuente: Entrevistas del diagnóstico.

Sobre la base de esta distribución, se caracterizan ahora las relaciones entre los actores en cada una de las cuatro posiciones que ocupan para el desarrollo estratégico.

Actores líderes

El liderazgo del subsistema privado de atención de la salud es ejercido por los reguladores, las empresas aseguradoras y los hospitales. Se ubican como líderes porque interactúan con la mayoría de actores, esto es, consideran que los demás son importantes en sus relaciones y ellos son importantes para los demás. Se caracteriza a continuación la posición de liderazgo de cada uno de estos actores.

Los reguladores

Se incluyó en el diagnóstico a la DGECS-SSa, a la Cofece, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) y a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos sanitarios (Cofepris).

Los reguladores son líderes porque norman, regulan y orientan la actuación de los actores del sistema de salud a través de sus instituciones y de sus instrumentos normativos. Identifican las relaciones de los actores entre ellos y reconocen la importancia de identificar los problemas y su posible solución. Un ejemplo de este liderazgo está en cómo buscan influir en la atención médica de especialidad y ambulatoria. En el primer caso, identifican el desajuste entre la formación y la demanda de especialistas en México, originada, en parte, por la influencia de las instituciones públicas de salud en la formación y la contratación de recursos humanos.

Las estrategias promovidas por los reguladores con relación a los médicos especialistas buscan articular su oferta y su demanda mediante: i) un nuevo servicio social de medicina general y de especialistas; ii) el establecimiento del Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) como examen de titulación en las licenciaturas, y iii) la reorientación de las plazas ofrecidas. Los reguladores también consideran necesaria, al respecto, la participación de formadores de recursos humanos, de consejos de especialidad y de colegios médicos con propuestas para cambiar los contenidos formativos. Desde la perspectiva de los reguladores:

Ha faltado repensar los mercados laborales y la prestación de servicios, de un crecimiento más ordenado hacia las necesidades de salud, reorientando el mercado. (DGECS).

En cuanto a la atención médica ambulatoria, los reguladores pusieron el foco en la capacitación y la actualización del médico, y propusieron la universaliza-



ción de la certificación y la generación de GPC para “homogeneizar la práctica médica” y asegurar que la actualización del médico esté libre de intereses comerciales. Para los reguladores, las GPC son instrumentos clave para avanzar en los esquemas de calidad y seguridad del paciente, aunque reconocen las dificultades para aplicarlas.

Las guías de práctica son (una) gran herramienta, con metodología basada en acopio de información. Su gran problema es su estrategia de comunicación. En muchos sentidos, el documento es ajeno... Entre tantas recomendaciones provistas en las guías de práctica clínica, el médico se pierde. (DGCES).

La posición de liderazgo de los reguladores se expresa también en su interés en alinear la oferta de servicios y productos médicos de salud, y evitar situaciones que alteren las condiciones del mercado, como la conformación de monopolios de hospitales privados:

“[...] Ante el fenómeno de consolidación de empresas hospitalarias en México, podría darse el caso de que se rebasen los umbrales de compra y conformación de monopolios, tasado en términos de los activos e ingresos de las empresas.” (Cofece).

La Cofece ha aplicado acciones para evitar la colusión entre laboratorios clínicos en la oferta a las instituciones públicas y estudió la situación de competencia en la entrada de medicamentos genéricos al mercado.

Los reguladores tienen el reconocimiento de los demás actores. Un ejemplo de este liderazgo es su mención por diversos actores en lo que se refiere a su papel para orientar y determinar las condiciones en las que deben actuar. No obstante, los actores perciben limitaciones y la necesidad de actualizar el marco regulatorio que los rige.

Con relación a la atención médica ambulatoria, los reguladores ven la oportunidad de eliminar la práctica médica sin título para obligar a la colegiación de los médicos y promover la certificación. Las empresas aseguradoras expresan preocupación por el incumplimiento en la práctica médica privada y hospitalaria de los requisitos mínimos para funcionar; la falta de una regulación de las tarifas que originan la inflación hospitalaria (por ejemplo, el precio máximo de referencia de los medicamentos no se aplica en los hospitales); la falta de protocolos autorizados para los tratamientos, y la laxitud de las políticas para los nuevos medicamentos. Aunque reconocen el esfuerzo de las entidades regulatorias, los aseguradores consideran que:

[...]la Cofepris puede, tanto en medicamentos genéricos como en la autorización de protocolos, contener la inflación médica, que no es nada más el costo unitario, es también un factor de la mezcla de tratamientos. (Empresa de seguros).



Los hospitales

Participaron en el diagnóstico el Consorcio Mexicano de Hospitales (CMH) y tres hospitales, uno de 60 y dos de más de cien camas. El CMH reúne a 40 hospitales de tamaño medio distribuidos en casi todos los estados de la República.

Los hospitales tienen una posición de liderazgo por interactuar con un gran número de actores, y la mayoría de los actores los reconoce en sus relaciones. Interactúan, sobre todo, con las empresas aseguradoras para influir en el reconocimiento de la certificación de la calidad hospitalaria y de los indicadores de calidad, e impulsan cambios en los acuerdos tarifarios con las empresas aseguradoras como, por ejemplo, los acuerdos por volumen. Para los hospitales, es necesario encontrar un lugar común con las empresas aseguradoras y entenderse como socios:

Necesitamos una industria aseguradora fuerte y sólida para hacer planes y trabajar en conjunto. (Hospital en la Ciudad de México).

El CMH considera que las empresas aseguradoras deben desarrollar productos para el segmento bajo del mercado, que generen flujo de pacientes y amplíen la demanda de servicios. Los hospitales cuidan mucho su relación con los médicos especialistas y procuran determinar tarifas de honorarios para disminuir los costos hospitalarios. Los médicos son considerados como socios:

[...] no son empleados de la institución, ejercen su práctica privada, llegan a estándares de guías clínicas, de protocolos, de seguridad del paciente y manejan un set de indicadores para cada una de las distintas especialidades. (Hospital en la Ciudad de México).

Los hospitales señalan también las limitaciones para influir en las decisiones terapéuticas de los especialistas, y perciben los posibles acuerdos entre los médicos y las empresas aseguradoras como una amenaza, como un juego en que “se pierde o se pierde”.

Los hospitales participan en la formación de recursos humanos; interactúan con las universidades en proyectos de investigación y prácticas hospitalarias. Aplican estrategias para fortalecer la atención hospitalaria y forman grupos de discusión sobre temas que preocupan al sector hospitalario, además de participar en la discusión con la sociedad civil sobre las reformas del sistema de salud en el largo plazo.

La mayoría de los actores reconocen el liderazgo de los hospitales y su papel en la ampliación del acceso a los servicios y la vinculación laboral de los médicos. No obstante, para los médicos especializados el papel de los hospitales merece revisarse por las posibles irregularidades en los cobros excesivos y en la gene-



ración de un entorno laboral que podría favorecer en los médicos conductas faltas de ética (por ejemplo, el medir la productividad con independencia de las necesidades del paciente). Para la atención médica de especialidad existen:

[...] hospitales con buenos estándares de ética que manejan precios justos y hospitales que son verdaderas cacerías de pacientes. (Médico especialista).

Para las empresas aseguradoras, los grandes hospitales tienen un papel clave en la comercialización de sus servicios por su “posición privilegiada”, pues concentran el mayor volumen del gasto y generan amplios márgenes de facturación con la etiqueta de servicios. Las empresas aseguradoras señalan que:

La palanca principal de negociación que se tiene es el volumen, eso convierte la relación con los hospitales como si se tratara de “comprar lápices”. Esto genera una relación muy desgastante porque las palancas reales de la industria (aseguradora) para direccionar más volumen son escasas. Esas palancas pueden ser las que se dan a través del producto de penalizaciones económicas o incentivos económicos. (Empresa de seguros).

Las empresas aseguradoras se ven, así, limitadas para contrarrestar el liderazgo de los hospitales:

Se han presentado ocasiones en que la aseguradora se ha salido de convenios porque los costos de los servicios en los hospitales no son razonables. Sin embargo, este tipo de acciones han tenido poco impacto en la modificación de dichos costos, debido a que existe una demanda a la alza de los servicios hospitalarios que hace que la aseguradora sea poco relevante e influyente para generar ese cambio. (Empresa de seguros).

Ante esta situación, las empresas aseguradoras consideran que deben definirse indicadores obligatorios de calidad hospitalaria para:

[...] impulsar los servicios hospitalarios hacia la causa final que debería ser calidad médica a un costo asequible para todos. (Empresa de seguros).

Las empresas aseguradoras

Para caracterizar a las empresas aseguradoras privadas se contó con la participación de funcionarios de empresas que tienen una amplia participación en el mercado de seguros de GMM y especializados en salud, y con la participación de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS).

Para las empresas aseguradoras, los motivos de preocupación centrales con respecto al desarrollo estratégico del subsistema privado de atención de la salud son el descontrol de los costos y la inflación. Para empoderar al asegurado, se relacionan con los médicos especialistas, establecen acuerdos tarifarios con



ellos y buscan segundas opiniones y la asesoría de los colegios. No obstante, consideran que tienen escasos incentivos con los médicos especialistas y con los hospitales para controlar los costos.

De acuerdo con las empresas aseguradoras, las GPC y los protocolos de atención son herramientas clave para contener la inflación médica, y para orientar las decisiones de los especialistas y el surtimiento de medicamentos hacia soluciones costo-efectivas:

La regulación gubernamental ayudaría a contener la inflación generada por los médicos y propondría la generación de catálogos de insumos médicos y protocolos específicos para determinados padecimientos, lo que a su vez permitiría tener tratamientos homogéneos tanto a nivel público como privado. (Empresa de seguros).

La regulación de la práctica médica no es tarea del gobierno, sino de las profesiones:

En Estados Unidos los cardiólogos tienen la asociación de cardiología, que opera como una asociación autorregulada, que define normas... En México esto no se observa. (AMIS).

Las empresas aseguradoras atribuyen la inflación también a las escasas “palancas” de los hospitales para generar incentivos que motiven a los médicos a reducir el gasto hospitalario. Las empresas aseguradoras procuran hacer obligatoria la acreditación de los hospitales, para que de este modo se hagan corresponsables de los servicios que brindan. Pero para las empresas aseguradoras, el problema fundamental de la atención hospitalaria es su concentración económica:

La industria hospitalaria es de monopolios de nicho, donde hay áreas con un solo hospital... Se están formando oligopolios, con choque de hospitales independientes contra dos o tres cadenas. (AMIS).

De acuerdo con las empresas aseguradoras, en los hospitales prevalecen los incentivos para la sobreoferta de servicios, más que para alcanzar estándares de calidad y eficiencia:

[Los hospitales] concentran la gran mayoría del volumen del gasto porque ellos –en un *one-stop-shop*– facturan todo pero eso les da un poder enorme, porque facturan absolutamente todo, medicamentos e insumos con el margen que ellos quieren. (Empresa de seguros).

Las empresas aseguradoras están analizando estrategias para animar a sus afiliados a buscar atención hospitalaria costo-efectiva. En colaboración con actores de la sociedad civil, están buscando sistemas de información hospitalaria que puedan ser ampliamente aceptados e incluso obligatorios, con vistas a empoderar a los pacientes en su demanda de servicios.



Las empresas aseguradoras perciben, asimismo, que su principal producto, las pólizas de GMM, están limitadas en su capacidad para fomentar la previsión, y de ese modo, controlar los costos:

En la póliza de GMM se vende casi casi la vida eterna, con bula papal para irse directo al cielo. No importa cuánto se cobre, no alcanza. Mucha gente no entiende qué se está comprando... Se le ve como una *commodity* y no como una herramienta de transferencia de riesgo (AMIS).

En este contexto, los productos que más se orientan a la prevención y, por consiguiente, a la previsión, no pueden competir. Así ocurre con los seguros integrales de salud que ofrecen las ISES.

Las empresas aseguradoras reconocen que en este amplio contexto de oportunidades, el subsistema privado de atención de la salud debe alinearse con las políticas nacionales de salud y las políticas de previsión social:

[Lo] que hay que hacer es encontrar las causas subyacentes que generan esa inflación en las primas de seguros, que se observa no sólo en las primas de seguros sino en el *out of pocket* de los mexicanos. (Empresa de seguros).

La falta de apreciación y de cultura de la previsión en salud incide en la demanda irracional de pólizas, puesto que no se privilegia la prevención:

Se requiere que el sector privado [de la salud] sea visto como de interés público, y que se promueva su crecimiento. Se requiere mejorar la densidad y la profundidad del mercado, no sólo en salud, sino en financiero, educación, telecomunicaciones, etc... Se requiere una política pública en administración de riesgos. (AMIS).

Actores dominantes

Los actores con posición dominante en el sistema son aquellos que gozan del reconocimiento de los demás, sin que ellos busquen ejercer mayor influencia a su alrededor. Los actores en esta posición son los médicos especialistas y los formadores de recursos humanos.

Los médicos especialistas

Se entrevistó a un solo representante de la medicina especializada, un médico internista con más de 30 años de práctica privada independiente. Cabe mencionar la dificultad que hubo que enfrentar para lograr entrevistar a las principales asociaciones de médicos especialistas. No obstante, se obtuvo información al respecto con el regulador profesional y representantes de la medicina general, toda vez que el Colegio Médico también incluye especialistas.



Los médicos especialistas reconocen la importancia de su relación con la industria farmacéutica, y su influencia sobre las decisiones clínicas. Esta influencia corresponde a su capacidad de promover sus productos, no siempre poniendo el acento en su eficacia para resolver los problemas que atienden los médicos:

“La industria es muy importante pero se aprovecha mucho de las deficiencias de un grupo importante de médicos. La relación se da principalmente por la visita en consultorios y en hospitales privados”. (Médico especialista)

Los médicos especialistas reconocen la relevancia de su papel en la prestación de servicios médicos privados y hospitalarios. Reconocen también la necesidad de fortalecer el gremio médico y, por consiguiente, de impulsar la actualización médica y la recertificación con la participación de los colegios médicos, los consejos de especialidad y las asociaciones médicas. También consideran necesario que los formadores de recursos humanos modifiquen el currículo formativo para que el perfil del egresado responda a los desafíos que plantea la sociedad hoy en día.

Los hospitales reconocen a los médicos especialistas y la importancia de su interacción con ellos, pues son el principal recurso en la oferta de servicios, y determinan –desde su perspectiva– su costo. Para los hospitales, los médicos “son los pilotos de este coche” y establecen con ellos acuerdos para ofrecer servicios a precios más razonables.

La industria farmacéutica y los laboratorios clínicos también reconocen la relevancia de los médicos especialistas, dado que constituyen la principal fuente de referencia y, en algunos casos, el único medio para que los usuarios compren sus servicios y productos. El interés principal de estos actores es mantener una relación cercana con los médicos para promocionar sus servicios:

Al hacer un lanzamiento se trata de llegar con todos los médicos, por ejemplo [en el caso de medicamentos], para cáncer de mama, el médico debe estar convencido de que su producto es la mejor alternativa. Quieren la receta del doctor, ante la competencia. (Farmacéutica).

Los formadores de recursos humanos

Los formadores de recursos humanos reconocen la trascendencia de su papel en la formación del personal de salud, y en particular, de los médicos generales y los médicos especialistas. Buscan establecer convenios de apoyo mutuo con hospitales públicos y privados para la formación de los médicos, lo que incluye la participación de profesores contratados por honorarios. Les interesa mantener la acreditación y los vínculos con asociaciones de escuelas nacionales e internacionales, y cumplir las normas que les aplican.



La problemática del sistema de salud es clave para los formadores de recursos, en particular el desajuste entre la oferta y la demanda de personal de salud:

Los recursos humanos deben canalizarse donde existan lugares a ser desarrollados, pero no están bien desarrollados. El financiamiento ahorita, tremendamente fuerte, lo capta el gobierno. No se suelta a proveedores no gubernamentales. (Universidad).

Los formadores de recursos humanos son relevantes para la atención hospitalaria, la industria farmacéutica y los laboratorios clínicos. Estos actores establecen acuerdos con las universidades para realizar proyectos de investigación y las prácticas de sus alumnos, y capacitan personal en mutua colaboración (por ejemplo de médicos y técnicos radiólogos). Les interesa mantener el vínculo con los formadores de recursos humanos para reclutar personal y financiar la puesta en marcha de proyectos de investigación.

La industria farmacéutica reconoce la importancia del papel de los formadores de recursos humanos y tienen una relación directa con ellos. Fomentan la investigación básica y la aplicación de nuevos procedimientos, tratamientos y métodos:

Cada laboratorio tiene convenios con algunas universidades para proyectos específicos como pruebas clínicas y análisis para control de medicamentos, desde los requisitos que pide la Cofepris hasta el desarrollo de nuevos medicamentos. (Cofarmex).

Actores emergentes

Los actores emergentes son aquellos que procuran ejercer una gran influencia en los demás actores, pero no han logrado su reconocimiento. El único actor en esta categoría es la industria farmacéutica, que en este diagnóstico está representada por un gran laboratorio trasnacional, la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (Canifarma) y el Consejo Farmacéutico Mexicano, A.C. (Cofarmex).

La industria farmacéutica busca participar con todos los actores del sistema de salud, particularmente con prestadores de atención médica ambulatoria y médicos especialistas del sector privado. Para la industria farmacéutica, el médico es el centro de las estrategias de mercadeo y comercialización. Su objetivo es que sus productos sean la principal alternativa para la prescripción, y buscan sostener una relación éticamente viable:

Es muy importante que los médicos, por medio de los consejos profesionales, vayan entendiendo las nuevas tendencias en terapéutica, apoyen la concurrencia de los medicamentos y entiendan la importancia de los biocomparables. (Cofarmex).



En cuanto actor emergente, la industria farmacéutica está atenta de los cambios originados en las relaciones comerciales con las farmacias comunitarias y los distribuidores. Reconocen la consolidación de las farmacias como actor importante y buscan garantizar que reciban los medicamentos en las condiciones de venta acordadas. Reconocen también el papel de los distribuidores para abastecer la demanda y brindar mecanismos de pago al sector público. No obstante, buscan establecer acuerdos para defender el interés comercial de los laboratorios:

Se ha llegado a una negociación con los distribuidores en donde éstos entregan el medicamento, pero el laboratorio es quien define las condiciones tanto de precio, de tiempo, de rebaja, de descuento, etc., que será entregado a cada farmacia. Algunos laboratorios tienen una fuerza de venta que se relaciona directamente con la farmacia independiente para asegurar que el producto llegue en las condiciones que el laboratorio determina. (Cofarmex).

Para la industria farmacéutica, es necesario tener relaciones de largo plazo con los distribuidores, dado su poder en las relaciones comerciales, puesto que la propia industria no puede llevar sus productos a todas partes. Para esta industria es imperativo que los reguladores y los médicos se interesen en la aplicación de las GPC:

Las GPC son un instrumento clave para avanzar en esquemas de calidad y seguridad del paciente. (Farmacéutica).

Actores marginales

Los actores marginales son aquellos que ni procuran ejercer influencia alguna, ni gozan de mayor reconocimiento de los demás. Están en esta posición los médicos generales, las farmacias comunitarias, los distribuidores de medicamentos e insumos para la salud, y los laboratorios clínicos y de imagen y las asociaciones empresariales de salud.

Los médicos generales

Los médicos generales fueron representados, para este diagnóstico, por el Colegio Médico de México y por el Comité Normativo Nacional de Medicina General (Conamege).

Los médicos generales, que son quienes en los hospitales prestan la atención ambulatoria, identifican a los actores que más interaccionan en sus relaciones como la industria farmacéutica y los laboratorios clínicos para promocionar sus productos y actividades de capacitación. Con relación a la industria farmacéutica en particular, los médicos generales reconocen la necesidad de evitar el sesgo en los cursos que imparte. Señalan la constante preocupación que han mostrado por incrementar la calidad de los cursos de actualización.



Los médicos generales reconocen el potencial para asociarse y proteger la profesión sobre la base de la colegiación y la certificación voluntarias:

Los colegios tienen su importancia, que podría ser muy destacada si se sujetaran a sus características. Congregarían a los médicos en grupos de autodefensa y demandas dentro de sus opciones de trabajo. Incluso en algunas entidades, para la conformación de honorarios médicos. Pero no necesariamente para la preparación. (Conamege).

Como actor marginal, los médicos generales consideran que el gremio debería tener un papel más activo con las autoridades regulatorias para fortalecer la regulación de la práctica médica. La Conamege y el Colegio Médico de México favorecen la colegiación y la certificación obligatorias de los médicos generales, tal como se hace en otros países de la región. Con ello esperarían tener mayor influencia profesional sobre sus miembros e incrementar la calidad de –y la confianza en– sus servicios. No obstante, no hay estrategias regulatorias para lograr la obligatoriedad en estas materias.

Para los reguladores, los médicos generales son relevantes, aunque señalan que tienen “pocas relaciones” con ellos. Consideran que se ha avanzado en la estandarización y la regulación de la práctica médica gracias a la creación de las GPC, y porque el sistema de reconocimiento profesional se transformó con el impulso de la certificación.

Las farmacias comunitarias

Las farmacias comunitarias estuvieron representadas por la Asociación Nacional de Farmacias de México (Anafarmex). Este actor se ubica marginalmente en el subsistema privado de atención de la salud, si bien cultiva algunas relaciones como, por ejemplo, con los reguladores, con quienes han acordado impulsar la certificación del personal de las farmacias y la capacitación del personal médico a su servicio. Las farmacias comunitarias señalan también la incapacidad de los reguladores para normar los precios de los medicamentos.

Para las farmacias comunitarias, su relación con los distribuidores es relevante porque contribuyen a mantener el stock “horizontal” conforme al modelo de negocio, aunque también influyen en sus relaciones comerciales al establecer:

[...] condiciones preferenciales en la comercialización, que favorecen la compra de volumen. Por lo tanto, esta tendencia desplaza en el mercado la competitividad de las PyMES. (Anafarmex).

Para los distribuidores, las farmacias comunitarias de cadena están desarrollando crecientemente estrategias para aumentar sus márgenes de ganancia (por ejemplo con marcas propias de medicamentos). Desde su perspectiva, las farmacias comu-



nitarias tienen un gran poder comercial que tiende a eliminar al distribuidor; no obstante, con ello se reduce la gama de medicamentos surtidos. Los médicos generales y los médicos especialistas reconocen la relevancia de las farmacias comunitarias en cuanto nicho de trabajo por el empleo que les brindan en los consultorios adjuntos.

Los distribuidores

Los distribuidores de medicamentos fueron representados por la Asociación de Distribuidores de Productos Farmacéuticos de la República Mexicana (Diprofar). Ellos ven a la industria farmacéutica como el actor de mayor relevancia por el papel que desempeñan en la distribución de sus productos:

Para los laboratorios, la distribución tiene la tarea de que sus productos se encuentren en el lugar y momento en el que se necesiten, de la forma más económica. (Diprofar).

Sin embargo, los distribuidores señalan que ha habido cambios en las relaciones comerciales que los han supeditado a las estrategias de la industria según sus productos. Está, además, la participación de otros actores –como las farmacias comunitarias– con quienes la industria busca tener una relación más directa. De aquí que señalen que:

Se está desordenando el mercado con la competencia de productos. En años recientes el mercado ha tendido a desordenarse. Algunos laboratorios han tomado la decisión de vender directamente a algunos detallistas, brincándose al distribuidor. Ello lo hacen con productos de volumen. Pero sin embargo, requieren del distribuidor para los demás. La distribución, para ser eficiente, requiere grandes volúmenes. (Diprofar).

Los distribuidores también tienen que ver con los reguladores, cuyos requisitos para reducir el riesgo sanitario deben cumplir.

Los laboratorios clínicos y de imagen

La interacción de los laboratorios clínicos, representados para este diagnóstico por una gran cadena nacional, es sobre todo con actores como los hospitales, las empresas aseguradoras y los laboratorios de diferentes especialidades, para fortalecer la comercialización de sus productos, impulsar sus servicios y responder a la demanda del mercado (por ejemplo, mediante acuerdos por volumen con los hospitales y las empresas aseguradoras). También prestan sus servicios a laboratorios que no pueden satisfacer la demanda.

Las condiciones del mercado impulsaron la creación del Consejo Mexicano de Empresas para el Diagnóstico Médico con el propósito de tratar temas comunes



como el liderazgo y la normativa. De acuerdo con los laboratorios, el sector debe tener personal capacitado y establecer acuerdos con universidades:

Principalmente las relaciones con universidades se dan cuando... pueden satisfacer necesidades mutuas, universidad para brindar capacitación y [los laboratorios] para necesidades de capacitación de su personal. (Cadena de laboratorios).

Las asociaciones empresariales en salud

Las asociaciones empresariales, representadas para este diagnóstico por la Comisión de Salud y Seguridad Social del Consejo Coordinador Empresarial (CCE), valoran sus relaciones con otros actores, tales como las empresas aseguradoras, la industria farmacéutica y los reguladores. Las asociaciones empresariales en salud reconocen la relevancia de asociarse con –y representar a– las empresas del sector para defender intereses mutuos e impulsar la comunicación y la discusión de iniciativas con el gobierno, como lo hicieron con las empresas aseguradoras:

El CCE tiene toda su área de cabildeo. Cuando se presentó una iniciativa de reforma a la Ley de seguros que era peligrosa por la manera en que estaba redactada, se cabildeó en contra y se logró. El CCE usó toda su fuerza y empeño. (CCE).

Las asociaciones empresariales reconocen que su papel está “desdibujado”, y que suelen enfrentar un “freno” cuando intentan promover políticas públicas, dada la multiplicidad de intereses de los diversos actores, particularmente de los de “arriba”. Consideran que el panorama para impulsar estrategias de colaboración en el sistema de salud es difuso, y que hay poca claridad respecto de sus funciones y su participación:

No se ha planteado un modelo de salud completo. La atención está enfocada en detalles y cuando alguien plantea alguna idea. No se ha planteado la colaboración público-privada. No es claro quien dentro del CCE pueda llevar esta agenda, pues no hay industria que tenga el interés específico. (CCE).

Retos del subsistema de salud privado desde el punto de vista de los actores

Los actores entrevistados caracterizaron el subsistema privado de atención de la salud sobre la base de 165 líneas temáticas ordenadas en 18 temas mayores (cuadro 57 ►). Sólo en cuatro de los temas clave hubo coincidencia entre dos actores o más. El resto fueron mencionadas por un solo actor, lo que indica un bajo consenso entre los actores del subsistema privado de atención de la salud.



Cuadro 57. Principales categorías y retos específicos del subsistema privado de salud expresados por los actores entrevistados. México, 2017



Relación con el médico
• Laboratorios clínicos establecen comunicación permanente para promoción de servicios
• Médicos enfocados en productos de marca
• Cautelosos en relación éticamente viable
• Necesidad de actualización en nuevas tecnologías
• Centro de las estrategias de mercadeo y comercialización
• Identificación de prescriptores importantes: “viagralovers”, “prozaclovers”
• Industria enfocada en productos de marca con el médico
• Comunicación permanente con médicos generales para promoción de servicios
• Comunicación permanente con médicos especialistas para promoción de servicios
• “Relaciones públicas” con asociaciones de médicos especialistas
• Laboratorios buscan ganar confianza de médicos para remisión de pacientes
• Receta médica, principal factor de venta
• Aseguradoras no tienen injerencia para enviar volumen de pacientes
• Escasos incentivos hacia médicos especialistas para mejorar gestión de gastos
• Apoyo de colegios para segundas opiniones
Fortalecimiento del gremio médico
• Potencial para asociarse y proteger la profesión
• Colegios preocupados por seguridad laboral y mental
• Hospitales son importantes en el desarrollo profesional del médico
• Consejos impulsan recertificación
Regulación de la práctica médica
• Problemas para regular el ejercicio médico
• Gremio necesita un rol activo con reguladores
• Necesidad de regular la práctica médica privada
• Médicos “hospitalistas” hospitalizan pacientes para recibir más dinero
• Conducta prescriptiva del médico sigue intereses de la farmacia
• Variabilidad en el tipo de práctica médica
• Restricciones para sancionar a médicos con mala praxis
• Necesidad de regular el manejo de tratamientos con protocolos no autorizados a usuarios
• Avance en estandarización y regulación de la práctica médica (Guías de práctica clínica)
Planeación de recursos humanos
• Ausente planeación en la oferta de especialistas
• Formadores de especialistas rezagados en el modelo educativo
• Nuevo modelo de servicio social orientado a capacitar médicos de primer contacto
• Armonizar demanda con universidades



Estrategias de comercialización de productos

- Industria establece comunicación permanente para promoción de productos
- Médico es el corazón del negocio
- Ampliando a visitas virtuales
- Industria colabora mutuamente para comercialización de productos

Autonomía médica

- Farmacias generan preocupación por conflicto de interés
- Industria influencia decisiones terapéuticas de los médicos
- Autonomía del médico impera en la práctica
- Hospitales en desventaja ante posibles acuerdos médico-aseguradora
- Hospitales carecen de herramientas para influenciar las decisiones del médico

Calidad de la atención

- Necesidad de indicadores de calidad públicos para identificar desempeño del médico
- Desventajas de los CAF es el pago por evento y nulo seguimiento a pacientes
- Hospitales buscan avanzar hacia esquemas de calidad y seguridad del paciente
- Necesidad de indicadores de calidad hospitalarios

Cambios en las relaciones comerciales

- Farmacias como empleadores importantes
- Farmacias han generado nuevo mercado con productos de marca propia
- Relación cada vez más directa entre industria y farmacias
- Consolidadas como actor importante
- Aseguradoras no usan criterios iguales para todos los hospitales
- Farmacias han distorsionado propósito por modelos que buscan rentabilidad
- Comercialización preferencial de distribuidores con grandes farmacias desplaza a Pymes
- Poder comercial de farmacias tiende a eliminar al distribuidor
- Distribuidores supeditados a estrategias de la industria según sus productos
- Fabricantes de genéricos de bajo precio se brincan al distribuidor
- Distribución es costosa cuando industria disminuye volumen

Comercialización de productos/servicios

- Seguros de gastos médicos están diseñados para grandes hospitales
- Laboratorios clínicos operan como “back office” de servicios subrogados
- Laboratorios clínicos realizan acuerdos por volumen con hospitales
- Aseguradoras realizan convenios con laboratorios clínicos que favorezcan al asegurado
- Estrategias de comercialización adecuadas a sus intereses
- Interés de mejorar oferta, alinear a prestadores y empoderar a asegurados
- Conocimiento del subsistema para establecer planes de acción
- Relaciones de confianza entre aseguradoras busca evitar hacerse daño
- CNSF: Aseguradoras eligen la oferta hospitalaria privada que provee los servicios médicos



Rol de la distribución de medicamentos

- Distribuidores buscan influir en condiciones de venta del producto
- Importante que entre distribuidores exista competencia
- Distribuidores comprometen productos más allá de lo disponible
- Los distribuidores tienen el poder de "bloquear" a las empresas que quieran cambiar de distribuidor
- Distribuidores facilitan procesos de compra al brindar facilidades de pago
- Ante la imposibilidad de la industria de cubrir toda la demanda, el rol de los distribuidores es crucial
- Promueven la eficiencia en la distribución

Oferta hospitalaria

- Rol importante ante la falta de capacidad de hospitales públicos
- Necesidad de indicadores de calidad públicos y tabuladores de costos razonables
- Clínicas pequeñas pueden ser más costo-efectivas que hospitales
- Hospitales necesitan ser más costo-efectivos
- Presión para asumir corresponsabilidad en los servicios que brindan
- Posible conformación de monopolios
- Hospitales tienen baja contratación de personal médico

Inflación hospitalaria

- Trabajar en contención de costos presionando a hospitales en las tarifas y los servicios con el fin de controlar sobre costo de medicamentos e insumos hospitalarios
- Gran negocio del hospital privado es la fragmentación de servicios
- Hospitales miden productividad del médico sin importar necesidades reales de los pacientes
- Variabilidad en los estándares éticos, p. ej., cacerías de pacientes
- Honorarios médicos como factor importante del incremento de costos
- Sensibles a inflación del subsistema salud (insumos dolarizados)
- Sobreespecialización contribuye a la inflación de costos
- Hospitales están en posición privilegiada en la negociación con aseguradoras
- Costo de la medicina de especialidad es muy alto

Actividades de investigación y desarrollo

- Industria innova en aplicación de tecnologías para fabricación de productos e investigación
- Farmacoeconomía es importante para demostrar beneficios. Los estudios van de la mano para demostrar costo-efectividad
- Necesidad de impulsar la investigación de la industria local

Formación y capacitación de recursos humanos

- Sociedades y Colegios médicos centrados en docencia y enseñanza
- Interés de colegios para certificar agremiados
- Laboratorios clínicos brindan apoyo para capacitación
- Importancia creciente en la certificación
- Instituciones capacitan a los médicos según sus necesidades



- Educación médica continua por medio de asociaciones de hospitales (AH)
- Utilizan canales en universidades para reclutar personal
- Financiamiento de proyectos de investigación
- Acuerdos para llevar a cabo estudios clínicos
- Capacitación virtual genera una gran oportunidad para actualización del médico
- Hospitales y universidades realizan convenios para prácticas hospitalarias de alumnos
- Convenios para prácticas hospitalarias de alumnos
- Colaboración activa con universidades cuando ambos actores satisfacen necesidades mutuas
- Laboratorios colaboran para dar respuesta a demanda de personal técnico en el subsistema
- Atraso en calificación del personal de farmacia
- Impulsan capacitación del personal médico
- Convenios con organismos regulatorios para certificar personal técnico
- Falta preocupación de reguladores para capacitar al personal
- Aseguradoras tienen potenciales formas de interacción como reclutador y con asociaciones
- Necesidad de mejorar capacitación del médico
- Oportunidad para incrementar campos clínicos de especialidad
- Convenios con hospitales fomentan apoyo recíproco para campos clínicos
- A futuro mayor vinculación con empresas privadas para desarrollar campos clínicos
- Universalidad de la certificación
- Colaboran reguladores e industria para capacitación del personal médico

Participación en el desarrollo de Políticas Públicas

- Buscan adecuar la política regulatoria a sus necesidades
- Necesidad de hacer políticas más allá de licitaciones abiertas y precios bajos
- Porcentaje alto de iniciativas en materia de salud y de industria farmacéutica en el Congreso

Regulación

- Trabajan con interés mutuo de mejorar marcos regulatorios y normativos
- Retos en materia de propiedad intelectual (algunas resoluciones no están al nivel de ley)
- Atraso en actualización y cumplimiento de guías de práctica clínica
- Médicos prescriben productos de la industria sin conocer eficacia
- Cofepris no es clara en criterios para autorizar venta de fármacos
- Necesidad de fortalecer regulación en la prestación de servicios
- Necesidad de regular prescripción y costo de medicamentos
- Necesidad de cambiar el abordaje del error médico por parte de Conamed
- Problemas de corrupción con entidades regulatorias
- Sistema regulatorio atrasado y fuera de contexto
- Competencia desleal entre hospitales afecta al subsistema
- Necesidad de regular precios de medicamentos
- Distribuidores colaboran en propuestas para reducir el riesgo sanitario



- Necesidad de fortalecer el marco regulatorio que aplica a hospitales
- Falta regulación en venta de productos de la industria
- Importantes en la regulación de campos clínicos
- Cofece: Posibles investigaciones en curso para casos de colusión
- Venta de medicamentos sin receta en farmacias podría afectar competencia de medicamentos genéricos
- Investigaciones sobre posible concentración ilícita entre distribuidores
- Distribuidores podrían pagar multas ante incumplimiento en compras consolidadas
- Investigación de posibles violaciones por parte de la industria a la ley
- Se busca constituir regulación que fortalezca las ISES
- ISES podrían evolucionar hacia un modelo de colaboración público-privada
- CNSF: Secretaría participa en autorización de seguros del ramo de salud
- CNSF: Regulación estimula innovación de productos y fortalece solvencia de las instituciones y la confianza del consumidor
- CNSF: Cambios en la Ley de seguros incrementó mercado

Procesos institucionales del subsistema público

- Procesos de las licitaciones limita la competencia de actores medianos distorsionando las condiciones del mercado
- Aprobaciones toman 4.5 años en promedio que se prolongarán. Instituciones argumentan falta de dinero
- Comités de bioética son el principal cuello de botella
- Problemas en los procesos de compra consolidada inhibe a fabricantes a participar

Relación y vinculación con el Sistema de Salud

- Instituciones podrían ejercer presión para obligatoriedad de certificación
- (SP) Define los productos vía Causes que se pueden vender en los estados
- Nula viabilidad de colaboración público-privada en compra y distribución
- Barreras para vender al subsistema público por los altos volúmenes solicitados
- Médicos privados pueden tener colaboraciones exitosas con subsistema público
- Poder económico de la industria le permite obtener ventajas

Fuente: Entrevistas del proyecto.



Cuadro 58. Áreas estratégicas más importantes para incrementar la oferta del subsistema privado de salud de coincidentes entre los actores.* México, 2017

	Hospitales	Industria farmacéutica	Laboratorios	Reguladores
Empresas aseguradoras	<ul style="list-style-type: none"> · Calidad de la atención · Inflación 			
Médicos generales en atención ambulatoria		<ul style="list-style-type: none"> · Estrategias de comercialización · Relación con el personal médico 	<ul style="list-style-type: none"> · Relación con el personal médico 	<ul style="list-style-type: none"> · Formación y capacitación · Relación con el personal médico
Industria farmacéutica				<ul style="list-style-type: none"> · Formación y capacitación
Laboratorios				<ul style="list-style-type: none"> · Formación y capacitación

* Se incluyen sólo las áreas de estrategia con algún grado de coincidencia entre los actores.
Fuente: Cuadro 55, Entrevistas del proyecto.

La categoría de la calidad de la atención fue importante para los actores, como lo demuestra su interés en fomentar las GPC e implementar sistemas públicos de información sobre los indicadores de calidad hospitalarios, que permitan informar al usuario y motiven a los prestadores de servicios hospitalarios a trabajar en esquemas de mejora continua en los procesos de atención.

La industria farmacéutica, los laboratorios clínicos y de imagen y los médicos generales comparten las categorías de: la relación con el personal médico y las estrategias de comercialización de productos (cuadro 58). Los reguladores y los médicos generales consideran prioritario orientar esfuerzos a la actualización constante del médico por medio de la certificación y la educación médica continua.

La inflación es un problema mencionado por diversos actores, aunque no hay consenso entre ellos en cuanto a su articulación por categorías mayores. Las empresas aseguradoras privadas ejercen su liderazgo para contrarrestar la inflación de los costos hospitalarios y los medicamentos y para alinear el financiamiento con la oferta de opciones costo-efectivas. Estas empresas han logrado un moderado consenso sobre la necesidad de utilizar indicadores de calidad hospitalaria, si bien el tema está en una etapa temprana de definición.

La aplicación de indicadores del desempeño hospitalario se enfrenta a la presión de los médicos especialistas que defienden la autonomía de la práctica clínica. El problema de la inflación se traslada, así, a las empresas aseguradoras, que tienen poca capacidad de acción por ser el último eslabón de la cadena.

Las empresas aseguradoras perciben que la demanda de los consumidores de productos de GMM responde más a su interés por satisfacer una necesidad



sentida de salud –que no está adecuadamente valorada–, que a su interés por transferir riesgos financieros. El mercado demanda, pues, productos de cobertura financiera reducida y bajos niveles de copago y deducible, con lo que inhibe la capacidad de las empresas aseguradoras de diseñar productos innovadores, y la capacidad de los propios consumidores de demandar servicios de salud costo-efectivos que promuevan la prevención y reduzcan el gasto hospitalario. Esto ocurre en un contexto en que la medicina pública de alta especialidad goza de prestigio y es, para muchas personas con seguro privado, una opción si acaso se agotara la cobertura asegurada.

Al analizar la relación de los diferentes actores, queda claro que los reguladores gubernamentales y profesionales están preocupados por responder a las necesidades emergentes del subsistema privado de atención de la salud. Procuran, por consiguiente, regular, capacitar y certificar al personal para mejorar la calidad de la atención. Aunque reconocen la multiplicidad de cuestiones que deben ser atendidas, sus estrategias no se alinean para actuar en conjunto y cada cual idea estrategias por su cuenta desde su campo de competencia. La desarticulación de los reguladores afecta a los demás actores del subsistema y abre oportunidades para mejorar la regulación de los medicamentos y demás productos farmacéuticos y, sobre todo, para influir en la práctica médica, y en los servicios y los costos hospitalarios.

En la relación de los hospitales, las empresas aseguradoras y los médicos especialistas es patente la oportunidad de abrir canales de comunicación, dadas sus recurrentes interacciones y la coincidencia de temas de interés, tales como la inflación hospitalaria. No obstante, las acciones para lograrlo son dispersas y van en direcciones encontradas.

Si bien la inflación no está entre sus preocupaciones primordiales, los hospitales la atribuyen a las empresas aseguradoras, puesto que son las que desembolsan el pago. Entre sus limitadas acciones para contrarrestar la inflación, están los acuerdos tarifarios con los médicos para contribuir a la contención de costos. Los hospitales reconocen que tienen poca capacidad de acción, y atribuyen el incremento de los costos hospitalarios a la inflación del sector salud, a la dependencia de insumos dolarizados y a las elevadas tarifas de honorarios de los médicos.

Los médicos especialistas ven, en cambio, a los hospitales como los principales responsables de la inflación en dos sentidos: sus cobros son excesivos, y fomentan el consumo de servicios mediante el uso de indicadores de productividad para los médicos. Aunque ante las presiones aluden, en cambio, a la ética médica. Si bien tienen presente el tema de la inflación hospitalaria, les preocupan las posibles implicaciones en el control de sus decisiones por parte del hospital.

Las empresas aseguradoras, por su parte, conceden mayor relevancia a la inflación de costos y buscan contenerla. Consideran que los actores clave al res-



pecto son los hospitales, los médicos especialistas y los reguladores, y proponen esquemas de facturación y control de costos sobre la base de las GPC y los protocolos, sistemas de información del desempeño y pólizas de seguros que promuevan la prevención y la atención costo-efectiva.

Desde su posición de liderazgo, las empresas aseguradoras buscan concientizar a los actores del subsistema de salud privado para que rompan inercias, movilicen esfuerzos y acuerden estrategias que mejoren la relación comercial entre ellos y con el sistema de salud en su conjunto.

Las empresas aseguradoras, al igual que los hospitales, reconocen la necesidad de trabajar en la elaboración de indicadores de calidad hospitalarios que promuevan la eficiencia en la atención. Para estas empresas, los indicadores son una herramienta necesaria que permite conocer el desempeño del hospital y contribuye a la contención de costos. Para los hospitales, la elaboración y la puesta en marcha de indicadores se alinea con el propósito de avanzar hacia esquemas que garanticen la calidad y la seguridad del paciente. Ambos actores consideran que la participación de los reguladores es clave para impulsar el uso de indicadores.

Las empresas aseguradoras, los reguladores y la industria farmacéutica están de acuerdo en la necesidad de desarrollar, implementar y regular el uso de GPC y protocolos de atención. Consideran que estas herramientas contribuyen a contener los costos hospitalarios al homogeneizar la práctica médica y reducir posibles sesgos en las decisiones terapéuticas de los médicos, particularmente, de los especialistas.

Los reguladores, los formadores de recursos humanos y los médicos en general comparten su preocupación por la escasa planeación de la oferta y la demanda de personal médico. Si bien en el discurso de estos tres actores se expresa el propósito de identificar los aspectos clave que los afectan y sus posibles soluciones, los tres dejan de lado las probables sinergias que resultarían de un trabajo conjunto.

Las instituciones de los reguladores gubernamentales y los profesionales están rebasadas en sus funciones y, por consiguiente, no pueden aplicar por sí solos estrategias que modifiquen las condiciones del mercado, dada la complejidad de actores que interactúan en él. Los colegios y los consejos están más enfocados en la formación y la capacitación, y les parece difícil trazar el camino hacia el fortalecimiento del gremio.

Otro ejemplo de la fragmentación del mercado está en la interacción de la industria farmacéutica, los distribuidores y las farmacias comunitarias. Si bien la industria farmacéutica enfoca sus estrategias en diversos actores del sistema de salud, su interés comercial está en los distribuidores. Esta situación da ventajas a los distribuidores y los pone en una posición de poder para influir en las condi-



ciones de venta del producto. La industria busca contrarrestar dicho poder mediante acuerdos con ellos, que limiten sus funciones a la distribución. Al mismo tiempo, amplía la gama de relaciones comerciales con actores emergentes, tales como las farmacias comunitarias, con las que negocia directamente.

Para los distribuidores, la industria farmacéutica es su principal socio comercial y proveedor de productos. Ven como una amenaza el que busque negociar directamente con los minoristas, con lo que cambia las relaciones comerciales y recorta el margen de los distribuidores. Para los distribuidores esto se traduce en mayores precios para quienes siguen dependiendo de ellos, que son, sobre todo, las farmacias de comunidades de menor desarrollo social.

Las farmacias comunitarias, por su parte, dependen principalmente del distribuidor, aunque también les dan importancia a las relaciones comerciales directas con el fabricante. Para las farmacias, el distribuidor actúa como el proveedor que condiciona las relaciones comerciales. Esta influencia se percibe como un factor que afecta las negociaciones. Los acuerdos por volumen no se aplican a todas las farmacias, con lo que les restan competitividad y participación en el mercado.

Conclusiones

Evidencia la fragmentación del subsistema privado de atención de la salud el reducido número de actores en posiciones de liderazgo, el limitado enfoque de los retos compartidos, y la corta visión de los grandes retos del sistema de salud y de las características de la sociedad mexicana en su conjunto.

Diversos actores comparten la apreciación de la importancia de la calidad de la atención, y el reto que supone, al respecto, coordinar a los múltiples actores. Se aprecia también el reto de mejorar la formación del personal de salud.

No se aprecia, en cambio, la segmentación del subsistema privado en mercados definidos por la desigualdad socioeconómica del país. Y se aprecian muy poco los diversos modelos de negocio emergentes para la medicina privada. Si bien podría hablarse de una limitación de los actores incluidos en la evaluación de su interacción, su visión se enfocó sobre todo en el segmento de mayores ingresos, y en el liderazgo de los hospitales y los médicos especialistas.



IX. Regulación gubernamental de los establecimientos y los servicios de salud

El subsistema privado de atención de la salud en México se caracteriza por reunir a un gran número de actores y de unidades de servicios de salud, que deben regularse y supervisarse con estándares y procedimientos diferentes. Este capítulo aborda el reto de transformar la regulación y el enfoque del sistema nacional de salud, particularmente, del subsistema privado de atención de la salud, sobre la base de la mejor experiencia internacional. Se analiza primero la situación de la regulación de los servicios de salud, incluyendo el sistema de información, la regulación financiera y del uso de los protocolos de práctica clínica y de tecnología para la salud. Se analiza después la iniciativa de Ley entregada por el Ejecutivo Federal al Congreso de la Unión en respuesta a las recomendaciones de la OCDE. En tercer lugar, se analiza su alcance en comparación con iniciativas de las agencias regulatorias más innovadoras de América Latina. Se desprenden, finalmente, recomendaciones específicas para desarrollar la regulación del Sistema Nacional de Salud y, en particular, del subsistema privado de atención de la salud.

Situación de la regulación del subsistema privado de atención de la salud

México tiene 68,000 médicos privados y 78,000 dentistas, en su mayoría en la práctica independiente y con escasa supervisión. Tiene 60,000 consultorios, cerca de 3,000 hospitales de diversos tamaños y especialidades, y más de 80,000 farmacias. La regulación del subsistema recae casi en su totalidad en las instituciones gubernamentales, puesto que los colegios profesionales no están orientados a la regulación, y subsisten con la membresía voluntaria de alrededor de 15,000 médicos confederados en el Colegio Médico de México, apenas 22.1% del total de los médicos que laboran en el subsistema privado.⁴⁷ Buena parte del personal del subsistema es de nivel técnico o incluso de bajo nivel de formación; póngase por caso el personal de las farmacias o el de los laboratorios clínicos.

La regulación de semejante cantidad de establecimientos es una tarea formidable que tiene enteramente a su cargo la Cofepris, con la participación del Consejo de Salubridad General para la certificación voluntaria de hospitales. La

⁴⁷

Mirian López Basilio, Federación de Colegios Médicos de México/Colegio Médico de México. Entrevista.



regulación de la Cofepris de la práctica profesional es mínima y recae más en los consejos de especialidad para la acreditación, si bien es obligatoria sólo para los médicos especialistas. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud participa como órgano de regulación de las ISES en la formación de especialistas: aplica el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) y fomenta, en cuanto órgano técnico, la capacitación de los médicos en general. La Conamed, por su parte, está a cargo del arbitraje voluntario del conflicto entre médicos y pacientes, y deja la sanción de la mala práctica médica a la procuración de justicia y al sistema judicial.

El papel de la regulación es cada vez más amplio, en la medida en que la relación de los actores del subsistema privado de atención de la salud tiende a evolucionar, y se integran nuevos actores a raíz de la revolución tecnológica, entre otros factores. Los CAF –sector en crecimiento– propenden a formar parte de cadenas y fundaciones que, como tales, no tienen una relación con la autoridad regulatoria más allá de ver que los establecimientos y sus profesionales cumplan con las normas.

El subsistema privado de atención de la salud opera en un mercado de libre demanda y es financiado principalmente con gasto de bolsillo. De allí sus virtudes, pero también sus grandes limitaciones y sus retos, tanto financieros como en cuanto a la calidad y la seguridad. La regulación debe promoverse como un bien público para generar confianza de los usuarios y las redes públicas en el subsistema privado, e incrementar así su utilización y sus resultados positivos en la salud.

Los cuatro tipos de regulación hasta ahora tratados –eficiencia, competencia, utilización y seguridad– deben contribuir a la protección financiera de los pacientes, a consolidar redes de servicio eficientes, y a delimitar las funciones de los médicos y los hospitales conforme a su tamaño y sus competencias, privilegiando la calidad de la atención. La regulación también debe contribuir a que los proveedores tengan finanzas sanas, de modo que puedan cumplir con los estándares de seguridad y calidad. Cada uno de los cuatro tipos de regulación enfoca problemas específicos del subsistema privado y tiene diferentes campos de acción que, en su conjunto, fortalecerán el desarrollo del subsector.

Regular el ejercicio del subsistema privado es complejo, no sólo por el número de profesionales implicados, sino porque lo que se busca es garantizar la calidad de la atención sobre la base de las competencias profesionales, lo que incluye conocimiento, habilidades y actitudes. Los colegios médicos y los consejos de acreditación tienen un papel débil en la regulación profesional.

La regulación en México

México cuenta con una normativa oficial aplicable al subsistema privado para obtener, integrar, organizar, procesar, analizar y difundir la información en salud.



La información necesaria incluye los rubros de población y cobertura, recursos disponibles, servicios otorgados, daños a la salud y evaluación del desempeño. Respecto del subsistema privado destacan las Estadísticas Hospitalarias anuales –base de este diagnóstico–, que incluyen la mayor parte de dicha información, con una buena calidad, si bien su oportunidad, su difusión y su análisis rutinario podrían mejorarse.

La Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004 “En Materia de Información en Salud” es vigente y de observancia obligatoria en el territorio nacional para los establecimientos y las personas físicas y morales del Sistema Nacional de Salud de los sectores público, social y privado, que brinden servicios de atención a la salud. Su objeto es establecer los criterios para obtener, integrar, organizar, procesar, analizar y difundir la Información en Salud, en lo referente a la población y la cobertura, los recursos disponibles, los servicios prestados, los daños a la salud y la evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud.

Si bien los sistemas de información no se evaluaron para este diagnóstico, cabe mencionar que las estadísticas hospitalarias pueden complementarse con indicadores de los recursos humanos, la calidad de la atención en áreas críticas como, por ejemplo, los reingresos hospitalarios, la atención de las enfermedades que pudieron haberse controlado en el primer nivel de atención, las enfermedades nosocomiales y la satisfacción de los pacientes. La información sobre la atención ambulatoria es inexistente para todos los ámbitos. Por otra parte, la falta de oportunidad y difusión de la información existente dificulta que los diversos actores interesados la consideren y analicen.

Se carece de instancias de registro y mejora de la calidad que supervisen el desempeño de los hospitales y los médicos del Sistema Nacional de Salud en su conjunto. El Consejo de Salubridad General y la SSA tienen procesos de certificación y acreditación de hospitales, pero no publican continuamente información. México ha logrado avances en el desarrollo y la aplicación de las GPC, si bien esto ha implicado afrontar diversos obstáculos, dada la multiplicidad de actores involucrados y la variedad de normas, estrategias y planes de acción. La aplicación de las GPC se originó en la década de 2000, con la participación de diversas asociaciones médicas e instituciones de salud.⁴⁸

Para estandarizar la metodología, la presentación y los procesos de elaboración de las GPC, en 2007 se propuso integrar el “Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica”, que para 2013 agrupaba 664 guías.⁴⁹ Dado que en México las GPC no son de observancia obligatoria y se proponen como instrumentos de consulta para los médicos, es necesario impulsar su obligatoriedad para homogeneizar

⁴⁸ Gutiérrez-Alba G y col., “Desafíos en la implantación de guías de práctica clínica en instituciones públicas de México: estudio de casos múltiple”, *Salud Pública de México*. 2015;57(6):547-54.

⁴⁹ Sosa-García J y col., “Experiencia del Sistema Nacional de Salud Mexicano en el desarrollo de guías de práctica clínica”, *Cirugía y Cirujanos*. 2016;84(2):173-9.



los procesos de atención y garantizar que el juicio clínico del médico responda a las necesidades terapéuticas de los pacientes, y no a intereses de tipo financiero que afectan la calidad de los servicios y generan gastos innecesarios para los usuarios y el Sistema de Salud.

Si bien las instituciones públicas han impulsado la elaboración de GPC y su uso, en el ámbito de la medicina privada su divulgación y su uso son insuficientes. Su uso en el subsistema privado aportaría seguridad y calidad en la atención y podría generar ahorros en el diagnóstico y, sobre todo, en el tratamiento de los pacientes. Promover el uso de las GPC –vinculado a una estrategia de atención de los principales padecimientos observados y a la generación de instrumentos de medición– incrementaría la calidad y la eficacia de la atención y podría apoyar a los pequeños hospitales.

Los reguladores, la industria farmacéutica y las instituciones de seguros han apoyado el uso de las GPC en el subsistema privado por considerarlas fundamentales para mejorar la calidad y la seguridad de la atención al homogeneizar la práctica, y contribuir a la introducción de medicamentos innovadores y a reducir costos innecesarios. Reconocen la necesidad de facilitar que el médico vea las GPC como herramientas que garantizan la calidad, y no como una restricción de su práctica.

Las deficiencias de la información pública sobre la calidad de los servicios de salud privados son preocupantes dado que se pagan de bolsillo en su mayor parte y están expuestos a la inducción de la demanda por parte de los proveedores. La falta de información obstaculiza la ampliación de la cobertura en salud y la mejora de la calidad de la atención. Se requiere, así, normar la implementación de sistemas unificados de información epidemiológica, administrativa y financiera, orientados específicamente al subsistema privado de atención de la salud.

La Circular Única de Seguros y Fianzas (CUSF) introdujo cambios que entraron en vigor el 7 de abril de 2013 para dar a los asegurados mayor claridad y certeza jurídicas. Para los seguros de GMM, los principales cambios consistieron en eliminar la suma asegurada ilimitada y los periodos de espera para la atención de urgencias y emergencias. Se estableció también que no puede darse la concurrencia de dos o más pólizas de seguros para cubrir los mismos gastos, y se determinó cómo debe operar la renovación automática y garantizada de las pólizas.

En los seguros de GMM individuales la forma de cálculo de las primas es ahora por edad y ya no por quinquenio, y se incluyó en la póliza una advertencia sobre los incrementos de la prima, principalmente para adultos mayores. Se estableció también el reconocimiento de la antigüedad en los cambios de plan con coberturas similares en la misma aseguradora.

La reforma fiscal del 1° de enero de 2014 estableció –en el artículo 151 de la Ley de Impuestos Sobre la Renta– limitaciones para la deducibilidad de impuestos



en los gastos médicos y hospitalarios, así como en la compra de pólizas de aseguramiento de gastos médicos.

No hay evidencia de que los cambios mencionados hayan frenado el crecimiento del número de asegurados de gastos médicos, pues si bien se elimina la suma asegurada ilimitada, la suma establecida de 100 millones de pesos es tan alta que a la fecha no se ha presentado un siniestro que la supere. Por otra parte, la prioridad de los asegurados –sobre todo de los que tienen un padecimiento– es no perder la cobertura o la antigüedad adquirida, y no tanto las limitaciones en la deducción. Sin embargo ambas son hipótesis por comprobar.⁵⁰

Cabe mencionar por último la reforma al Artículo 28 de la Constitución de 2013 y puesta en vigor de la Ley Federal de Competencia Económica en 2014 que prohíbe los monopolios salvo en áreas estratégicas del Estado, facultando a la Comisión Federal de Competencia Económica (Cofece) para “perseguir con eficacia toda concentración o acaparamiento ...que constituya una ventaja exclusiva indebida a favor de una o varias personas determinadas y con perjuicio del público en general o de alguna clase social.”⁵¹ Con estas reformas habría de abrirse el financiamiento de las instituciones de seguridad social y de la SSA a la prestación de servicios privados, ahora protegidos inconstitucionalmente por los reglamentos. En el caso del IMSS, el artículo 33 del reglamento de prestaciones médicas protege la concentración económica al determinar que:

“En los casos en que el Instituto no cuente con la posibilidad, infraestructura o medios para la prestación de los Servicios de Atención Médica se podrán celebrar contratos o convenios con personas físicas y morales, públicas y privadas, para subrogar los mismos conforme a lo dispuesto en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento, la Ley de Asociaciones Público Privadas y la demás normatividad aplicable”.⁵²

Por su parte, el Reglamento de servicios médicos del ISSSTE establece en su artículo 18 que “Corresponde a la Unidad Médica que refiere, realizar la gestión ante la unidad receptora y en caso de negativa de atención por saturación o por carecer de la infraestructura necesaria, se podrá subrogar la atención de acuerdo con la normatividad vigente.”⁵³ Si bien está en el alcance de la Cofece analizar si en efecto estos reglamentos constituyen prácticas anticompetitivas, la Comisión ha enfocado hasta en materia de salud sólo la procuración de medicamentos e insumos médicos en el IMSS así como en el acceso al mercado

⁵⁰ AMIS, entrevista.

⁵¹ Gobierno de la República, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2017.

⁵² Diario Oficial, Reglamento de prestaciones médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, 30 de noviembre de 2006.

⁵³ Diario Oficial, Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 31 de octubre de 2016.



de productos genéricos con base en el estudio ya citado en el capítulo sobre Atención ambulatoria.⁵⁴

Iniciativa de Ley para fortalecer la regulación

En 2016, en su diagnóstico sobre el sistema de salud de México, la OCDE recomendó acelerar la planificación de una nueva autoridad de supervisión y mejora de la calidad.⁵⁵ Esta autoridad habría de constituirse como agencia nacional, independiente de la SSa y de los institutos de seguridad social, y tendría la responsabilidad de establecer los estándares de una atención segura y efectiva para todos los prestadores del sistema de salud, incluidos los privados. La OCDE planteó como prioridad particular desarrollar estándares y directrices para la atención y la supervisión, y para promover su cumplimiento. Recomendó, asimismo, hacer obligatoria la entrega de información sobre la calidad y los resultados.

Durante su administración, el presidente Enrique Peña Nieto presentó una iniciativa de Ley para reforzar la Conamed, y crear una Comisión Federal para la Regulación y Vigilancia de los Establecimientos y Servicios de Atención Médica, como órgano desconcentrado de la SSa.⁵⁶ La iniciativa se justificó en la debilidad de la regulación, sobre todo de la capacidad de la Cofepris y de la DGECS para regular los establecimientos médicos de manera integral y efectiva. De acuerdo con la iniciativa:

[...]hasta la fecha, tanto los esfuerzos de la Secretaría de Salud y de la Cofepris, como el marco normativo vigente, se han concentrado principalmente en la materia de control sanitario de productos, de su importación y exportación así como de servicios y establecimientos diversos a los de atención médica.

La Conamed se facultaría para intervenir de oficio en la solicitud de información y documentación de los prestadores de servicios, a fin de vigilar la práctica médica con el apoyo de los colegios, las academias y las asociaciones médicas. Cabe aclarar que por ahora la Conamed se limita a intervenir cuando alguna de las partes en un conflicto se lo solicita. La Conamed establecería un sistema de información sobre la práctica médica para el registro, el control y el seguimiento de los incidentes adversos y las quejas.

Los objetivos propuestos para la nueva Comisión Federal de Regulación son:

⁵⁴ Entrevista a Cofece.

⁵⁵ OECD, *OECD Reives of Health Systems. Mexico 2016*. Paris, OECD, 2016.

⁵⁶ Cámara de Diputados, Iniciativas del titular del Poder Ejecutivo Federal, con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones a la Ley General de Salud. Gaceta Parlamentaria, Anexo XXVI, jueves 28 de abril de 2016.



[...]garantizar la calidad en el proceso de atención médica, la estandarización de la correcta práctica médica y la seguridad de los usuarios de los servicios, así como favorecer la integración sectorial en la construcción de un modelo de gestión de calidad universal.

La Comisión tendría, entre otras atribuciones, las de:

la vigilancia y control sanitarios de los servicios de atención médica y de cirugía estética, así como de los establecimientos en los que se prestan dichos servicios; vigilaría el ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en la prestación de los servicios respectivos, además de acreditar la calidad de los servicios prestados en los establecimientos para la atención médica, según los lineamientos establecidos por la Secretaría de Salud.

El marco legal para la regulación a cargo de la Comisión sería, en gran medida, el de la Cofepris. Se harían con reformas para separar las funciones y las atribuciones, así como las partidas presupuestales. Se propone, así, la descentralización administrativa, técnica y operativa. La Conamed se fortalecería como la instancia encargada de dirimir las controversias entre los usuarios y los prestadores de los servicios. La Comisión sería responsable, en primer lugar, de proponer al titular del ramo una política nacional que le permita cumplir de la mejor manera sus objetivos. Estaría “encargada de ejercer la vigilancia y control sanitarios de los servicios de atención médica y de cirugía estética, así como de los establecimientos en los que se prestan dichos servicios”; “ejercer el control y vigilancia sanitarios de la disposición y trasplantes de órganos, tejidos, sus componentes y células de seres humanos”; “vigilar el manejo de los residuos peligrosos dentro de los establecimientos que presten servicios de atención médica”.

En cuanto a la regulación de los Seguros de Salud, la propuesta decreto establece que será responsabilidad de esta Comisión: “Ejercer las atribuciones que las disposiciones jurídicas confieren a la Secretaría de Salud respecto de las instituciones de seguros autorizadas para operar el ramo de salud.”

Sus interlocutores más cercanos serían, entre otros, el Consejo de Salubridad General en materia de vigilancia y control de las entidades que haya certificado, la Cofepris, el Centro Nacional de Trasplantes y la Conamed. Esta propuesta de decreto consolida el propósito del Ejecutivo de organizar y canalizar la información generada por las instituciones que han venido ejerciendo la vigilancia y el control de las diversas actividades relacionadas con la prestación de servicios para la atención de la salud. Busca también unir esfuerzos para responder con oportunidad –y sancionar a quien fuera necesario– para garantizar la seguridad, la equidad y demás principios de la Ley General de Salud del país.

La iniciativa reconoce tácitamente la importancia de regular el sistema de salud en México, y los rezagos y las brechas en los subsistemas público y privado. No obstante, la propuesta vuelve a asignar todo el peso de la regulación al gobier-



no. No propone fortalecer los órganos profesionales y delegarles responsabilidades regulatorias. Por otra parte, si bien la iniciativa mantiene la fragmentación regulatoria, propone integrar funciones que deben mantenerse separadas, so riesgo de incurrir en conflicto de intereses. No cumple, por lo tanto, con el principio de simplificación de las funciones de regulación. Tampoco aborda el gran reto del financiamiento de la regulación, con lo que expone la iniciativa a una débil implementación.

La fragmentación regulatoria se mantiene porque la Conamed y la Comisión compartirían facultades de vigilancia, sanción e información, y el Consejo de Salubridad General y la Comisión compartirían funciones de acreditación. Compartir responsabilidades –sobre todo con el mismo presupuesto– daría lugar a ambigüedades regulatorias y a generar resistencias y recriminaciones mutuas, además de a resistencia para la delegación de funciones.

La integración indebida de funciones radicaría en que la Comisión tendría funciones tanto de acreditación como de sanción, lo que expone a conflictos de intereses: los actores sociales limitarían la acreditación por temor a exponerse a sanciones. Y la agencia regulatoria tendería a limitarse puesto que al llevar a cabo su acción regulatoria, estaría exponiendo potenciales fallas en el proceso y en la decisión de acreditación.

Otorgar mayores atribuciones a la Conamed para que solicitara y publicara sólo la información negativa de la práctica médica llevaría también a conflictos de intereses. La Conamed dejaría de ser un árbitro entre las partes para promover –más que limitar– la práctica médica defensiva y el litigio. Un sistema público de información que incluyera sólo la práctica negativa de los médicos daría lugar a su resistencia y dificultaría su participación en la conciliación. Además, la capacidad del sistema de información estaría limitada para apoyar procesos de mejora de la práctica médica y de elección de los médicos por parte de los pacientes y los pagadores.

La propuesta regulatoria no plantea cómo se encargaría el financiamiento de los nuevos órganos regulatorios, suponiendo que bastara para ello asignar parte del presupuesto actual de la Cofepris. De hecho, esta parecería haber sido la principal barrera para su implementación.⁵⁷ Cabe recordar que la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, órgano público del gobierno federal, es financiado directamente por las cuotas de las empresas aseguradoras y financieras, opción que, sin embargo, no se consideró para la nueva agencia. En efecto, la contribución de los hospitales y de los propios médicos pudo haberse analizado como parte del proceso de los exámenes y la acreditación.

⁵⁷ Julio Sánchez y Tepoz, Comisionado Nacional de Cofepris. Entrevista.



Comparación de la experiencia internacional en la regulación y la coordinación de la práctica médica

Diversos países del mundo han incursionado en la difusión de los indicadores de calidad de la atención de la salud para empoderar a los usuarios, y para que las redes de atención respondan a las necesidades de las personas con eficiencia y calidad. La agencias reguladoras, por su parte, emplean modelos cada vez más adaptados a las necesidades de salud, y sistemas de salud más plurales y competitivos. Se analiza, a continuación, la experiencia internacional en materia de información del desempeño y de regulación de los prestadores privados de servicios de salud, sobre todo los sistemas de información del desempeño, regulación financiera y regulación del uso de protocolos de la práctica clínica y la tecnología sanitaria.

Sistemas de información del desempeño en salud

Los países de la OCDE demuestran experiencias de éxito en el registro de los indicadores de atención hospitalaria. En Suecia, el Consejo Nacional de Salud y Bienestar y la Asociación Sueca de Autoridades Locales y Regionales publican regularmente el desempeño de los condados en más de 150 indicadores de calidad y eficiencia obtenidos en los registros de los pacientes.⁵⁸ Dinamarca e Israel desarrollaron sistemas de informes del desempeño de todos los proveedores de atención primaria y publican los resultados.⁵⁹ En Finlandia, el proyecto Desempeño, Eficacia y Costo del Tratamiento proporciona informes de salud y el costo de las diferentes alternativas de tratamiento que tienen los pacientes de cáncer de mama, esquizofrenia y otros padecimientos.

Brasil tiene experiencia en la regulación de protocolos y tecnología para la atención de la salud en el sistema privado, para responder al incremento de tecnología sanitaria y sus resultados en los costos de la atención médica. En 2009, la Agencia Nacional de Salud (ANS) comenzó a aplicar protocolos clínicos y directrices terapéuticas, con lo que redujo el uso de tecnología sanitaria comprobablemente ineficaz, o con efecto deletéreo. Sus objetivos principales fueron mejorar la calidad y los resultados de los cuidados prestados al paciente, y sintetizar los hallazgos de las investigaciones para fundamentar las decisiones clínicas, reducir la variación de conductas en la práctica clínica, identificar lapsos de conocimiento y priorizar las actividades de investigación

Los sistemas de información del desempeño hospitalario representan un beneficio directo para los prestadores de servicios, más que una carga administrativa,

⁵⁸ Anell A, AH Glenngard, S Mmerkur, "Sweden Health system review. Brussels", European Observatory on Health Systems and Policies, 2012.

⁵⁹ OECD, Strengthening health information infrastructure for health care quality governance: good practices. New opportunities and data privacy protection challenges. Paris, OECD Publishing, 2013.



ya que dispondrían de información sobre el número de pacientes, el volumen de los servicios, los costos asociados y los resultados para grupos específicos de pacientes. Esta información les permitiría mejorar la planeación y la adquisición de los recursos materiales y humanos necesarios, y tener bases para proyectar la demanda de servicios de la población y para hacer análisis comparativos (*Benchmarking*) de los servicios propios. En México, la Fundación Mexicana para la Salud está impulsando –con el auspicio de otros actores del subsistema de salud privado– un sistema de información del desempeño hospitalario que sin duda tendría grandes beneficios para el alineamiento de los actores del sistema.⁶⁰

La regulación financiera

Desde el punto de vista de los prestadores de servicios de salud, la regulación de tarifas es ineficiente, pues limita el funcionamiento normal de la competencia. Está claro que cuanto más se aproxime la competencia al modelo de competencia perfecta, más factible será el logro de la eficiencia, pues los productores eligen producir un volumen óptimo de bienes o servicios, de modo que el costo marginal sea igual al costo promedio. Pero también está claro que el sector hospitalario tiene particularidades que lo alejan de la competencia perfecta.

En la experiencia internacional –sobre todo en Colombia y Brasil– se han probado elementos suficientes para instituir procesos de negociación tarifaria y formalizar contratos que definan las condiciones, los derechos, los deberes y las obligaciones de los aseguradores y los prestadores de servicios para atender a los usuarios.

Con respecto a la regulación del costo de la atención en salud en el subsector privado, la regulación de tarifas de servicios de salud en México ha sido escasa. La falta de información del costo de producción de los diferentes tipos de servicios crean la necesidad de adoptar, de entrada, sistemas de costeo y cuantificación de servicios que permitan a los prestadores y los financiadores de los servicios llegar a acuerdos. Sobre estas bases se podrían desarrollar políticas para fijar tarifas para los diferentes servicios, considerando la condición de aseguramiento del usuario, la capacidad resolutoria del hospital y su especialización, entre otras variables.

Comparación de experiencias internacionales de regulación

Se describen a continuación las experiencias de las agencias de vigilancia y control de Colombia, Chile, Perú y Brasil, países que tienen una interesante trayectoria en la formación y la evolución de sus sistemas de salud, en particular,

⁶⁰ José Campillo, Presidente Ejecutivo de Funsalud. Entrevista.



con procesos de reforma en los ámbitos de la regulación de sus subsistemas privados de salud así como en su vigilancia y control (cuadro 59).

Cuadro 59. Funciones de las agencias reguladoras de prestadores y financiadores de salud en países selectos de América Latina, 2018

Área de regulación	Aspecto regulado	Colombia	Chile	Perú	Brasil	México
Promoción y protección de derechos de los usuarios	• Sistema de quejas y sugerencias					
	• Participación ciudadana					
	• Mecanismos de rendición de cuentas					
	• Información a usuarios					
Regulación de prestadores privados	• Autorización, certificación, acreditación y categorización					
	• Información a usuarios: jurídica, administrativa y financiera			SF		
	• Control de precios para promover la eficiencia					
	• Control de la seguridad de proveedores					
	• Control de pago a los profesionales					
	• Contenidos y modelos de atención					
	• Uso de tecnologías de la salud					
Regulación de financiadores privados (aseguradoras)	• Registro, acreditación y categorización		SF	SF		SF
	• Información a usuarios: jurídica, administrativa y financiera			SF		SF
	• Control de costos de pólizas			SF		
	• Fijación de costos de atención complementaria					
	• Cambio de aseguradora bajo libre elección					
	• Certificación de agentes de venta					SF
Regulación de los servicios médicos privados pagados por seguros privados	• Cobertura de prestaciones	SF				
	• Control de la oferta para evitar el uso indebido de los recursos	SF				
	• Incentivos de pago a los prestadores	SF		SF		
	• Auditoría médica de casos					
Otras funciones	• Tribunales de ética médica y arbitraje médico					
	• Capacidad para sancionar a los prestadores y financiadores					
	• Estimulos a la competencia					

Verde: Función implementada; Naranja: Función parcialmente implementada; Rojo: Función no implementada.

Colombia: Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud).

Chile: Superintendencia de Salud.

Perú: Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).

Brasil: Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS).

México: Cofepris, Conamed, DGCES y Consejo de Salubridad General, y en caso de aprobación de la Comisión Federal para la Regulación y Vigilancia de Servicios de Salud.

SF: La función la realiza un órgano de regulación financiera.

Fuentes: Ver referencias en el texto.



Las superintendencias son órganos fiscalizadores desconcentrados o descentralizados del Estado, que se vinculan al Gobierno a través de los ministerios de su ramo. Las superintendencias tienen competencias para dictar normas obligatorias (Resoluciones o Circulares) que los tribunales de justicia pueden revisar. La función de las superintendencias es controlar a las empresas privadas –en Brasil– o a los prestadores de servicios públicos y privados –en Perú, Chile y Colombia–, para garantizar que cumplan con las normativas vigentes y que no vulneren los derechos de los consumidores. Se encargan de supervisar y fiscalizar a algunos agentes del sistema de salud para garantizar que las políticas nacionales en el ramo se cumplan a cabalidad. Tienen el fin último de promover, preservar y recuperar la salud de los ciudadanos, y asegurar que se les permita hacer uso efectivo de su derecho a una prestación de servicios de salud de calidad conforme a la legislación vigente.

El caso de Colombia

La Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) es un organismo de carácter técnico, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, con personalidad jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, que propugna que los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud cumplan satisfactoriamente los ejes de financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios de atención de la salud, y protege los derechos de los usuarios mediante la inspección, la vigilancia, el control y el ejercicio de la función jurisdiccional y de conciliación, de manera transparente y oportuna, en el marco del Sistema Único de Habilitación.⁶¹

Su función se centra en la gestión de la atención del usuario y la participación ciudadana en las instituciones del sistema general de seguridad social en salud; vigila, controla y promueve los medios y los espacios de atención a solicitudes, peticiones, quejas, reclamos y denuncias. Propone activar espacios de capacitación en temas relativos a la estructura de la entidad, la función jurisdiccional y de conciliación, los deberes y derechos en salud, y la promoción de los mecanismos de participación ciudadana.⁶²

La Supersalud efectúa y supervisa la categorización del riesgo de las aseguradoras a nivel territorial, para lo cual es obligatorio disponer de la información presupuestal y financiera reportada por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, y consolidada, validada y presentada por las direcciones territoriales de salud en cumplimiento de la normativa nacional.⁶³ La Supersalud

⁶¹ Congreso de la República de Colombia. LEY NÚMERO 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

⁶² LEY 1797 DE 2016. Artículo 15. De la comunicación en línea de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud con la Superintendencia Nacional de Salud.

⁶³ Ministerio de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN NÚMERO 0002509, por medio de la cual se define la metodología para la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial y se efectúa la categorización del riesgo para la vigencia 2012.



establece que cuando no se reciba la información necesaria para categorizar el riesgo de una empresa social del estado, o cuando se detecte alguna imprecisión en dicha información, y no se corrija o se entregue oportunamente, dicha empresa se categoriza como de alto riesgo y debe adoptar un programa de saneamiento fiscal y financiero, sin perjuicio de las investigaciones que los organismos de vigilancia y control deban adelantar. Lo anterior evidencia la importancia de disponer de la información financiera de los prestadores de servicios de atención de la salud para su uso público y para la toma de decisiones acertadas relativas al financiamiento de la salud.

Desde 2007, año de su creación, la Supersalud ha favorecido la calidad de la atención, la solidez financiera del sistema y la inspección de los actores del sector en el marco de sus competencias; ha fortalecido la oportunidad en la generación y el flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los regímenes especiales y exceptuados; ha promovido y fortalecido la participación ciudadana para la defensa de los derechos de los usuarios del sector salud; ha adelantado los procesos de intervención administrativa forzosa aplicando mecanismos de seguimiento a los agentes interventores, a los liquidadores y a los contralores, y ha cumplido las funciones de inspección, vigilancia y control de las liquidaciones voluntarias para proteger los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud.

En Colombia, la Superintendencia Financiera vigila y controla los seguros médicos o planes complementarios en salud, conforme a las disposiciones reglamentarias del Ministerio de Salud y Protección Social. De acuerdo con el Artículo 17 del Decreto 806 de 1998, los Planes Adicionales de Salud (PAS) son de carácter opcional y voluntario, y se financian con recursos propios del afiliado. Pueden ofrecer PAS las entidades promotoras de la salud, las entidades adaptadas, las compañías de medicina prepagada y las empresas aseguradoras. Los PAS pueden ser planes de atención complementaria en salud; planes de medicina prepagada, que obedecen las disposiciones especiales previstas en su régimen general, y pólizas de salud, que obedecen las disposiciones especiales previstas en su régimen general.⁶⁴

El caso de Chile

La Superintendencia de Salud es un actor clave para garantizar el cumplimiento de los principios en salud del sistema chileno. Se trata de un organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios,

⁶⁴ Presidencia de la República de Colombia. Decreto 806 de 1998. Artículos 17, 18 y 19 Reglamentación de los Planes Adicionales en Salud. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1485 de 1994. Organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.



que se rige por la Ley del 1 de enero de 2005 y su reglamento, y se relaciona con la Presidencia de la República a través del Ministerio de Salud. Tiene como obligación interpretar administrativamente –en las materias de su competencia– las leyes, los reglamentos y demás normas que rigen a las personas o entidades fiscalizadas, para proteger y promover los derechos en salud de las personas con relación al Fonasa, las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) y los prestadores de servicios.⁶⁵

Entre las funciones relevantes de la Superintendencia de Salud de Chile se encuentran: ofrecer el certificado de afiliación al sistema de las Isapres, que debe renovarse periódicamente mediante la demostración de la seguridad financiera, la calidad y la satisfacción de los prestadores de servicios y los usuarios del sistema.⁶⁶ La Superintendencia controla y regula el número de prestadores individuales de servicios mediante el certificado de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores Individuales, y tiene la potestad de hacer consultas técnicas sobre la acreditación de los prestadores institucionales, y de llevar el ingreso y la actualización de sus fichas técnicas.⁶⁷

A fin de garantizar los derechos financieros de los usuarios, la Superintendencia vigila y controla la devolución de los excesos por cotizaciones en las Isapres; el registro y el seguimiento de los pacientes atendidos por Garantías Explícitas en Salud (GES) y por la Ley Ricarte Soto. Recibe –y da seguimiento a– los reclamos contra el Fonasa o las Isapres, por el alza en planes de las Isapres, por daños ocasionados en la atención de la salud otorgada por prestadores de servicios privados, y por incumplimiento de los derechos de las personas en su atención de la salud, entre otros.

La Superintendencia fiscaliza los aspectos jurídicos y financieros de las Isapres. Para ello, instruye sobre la oportunidad y la forma en que deben presentarse los estados financieros relativos al cumplimiento de las GES. Regula la publicación oportuna en los medios que la Superintendencia señala, de información de interés público sobre la situación jurídica, económica y financiera de las Isapres.⁶⁸

En caso de incumplimiento de algún requisito vigilado, inspeccionado y controlado por la Superintendencia, y que por ley sea justificable, el infractor debe pagarle una multa. El papel de la Superintendencia de Salud de Chile para garantizar una mejor calidad, así como la equidad y la justicia en la prestación de los servicios, ha venido en aumento. Esto ha permitido la libre competencia de

⁶⁵ Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública. Decreto con Fuerza de Ley 1 de 2005. Fija texto refundido; coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, DE 1979 y de las leyes N° 18.933 Y N° 18.469

⁶⁶ Goic A. El Sistema de Salud de Chile. 2015, Rev Med Chile, Vol. 143, pp. 774-786.

⁶⁷ Superintendencia de Salud. [En línea] Ministerio de Salud, 2017. <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-channel.html>.

⁶⁸ Gobierno de Chile. DFL N°1 MINSAL, Decreto con Fuerza de Ley del Ministerio de Salud, promulgado el 23 de septiembre de 2005 y publicado el 24 de abril de 2006.



los prestadores de servicios privados, pero controlando el flujo del mercado, el número de prestadores de servicios y de proveedores, así como su soporte y su estabilidad financiera. En los últimos años, gracias a la nueva legislatura, se ha favorecido la libre elección del prestador de servicios por el usuario, y si él lo solicita, el cambio de proveedor. Se ha favorecido, asimismo, el control de los contratos, de los paquetes ofrecidos y de su costo.

El caso de Perú

La Superintendencia Nacional de Salud (Susalud) es un organismo técnico especializado adscrito al Ministerio de Salud, con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera. La Susalud tiene por objeto promover, proteger y defender el derecho de las personas al acceso a los servicios de salud. Supervisa que dichos servicios estén disponibles y sean oportunos, aceptables y de calidad, con independencia de quien los financie, así como los que correspondan a su relación de consumo con las Instituciones Administradoras de los Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) o las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Ipress), incluyendo las previas a -y las derivadas de- dicha relación de consumo.⁶⁹

Para cumplir con sus funciones, la estructura orgánica de la Susalud está conformada por siete intendencias: Investigación y Desarrollo, Promoción de Derechos en Salud, Protección de Derechos en Salud, Supervisión de Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento de Salud, Supervisión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Normas y Autorizaciones, y Fiscalización y Sanción.

Su modelo actual de supervisión asegura el cumplimiento normativo y se sirve de la gestión del riesgo operativo como mecanismo para prevenir que se vulnere el derecho de los usuarios de los servicios de salud. Regula 99 financiadoras públicas y privadas y a 19,073 prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos.⁷⁰ De 2015 a la fecha, ha desarrollado un nuevo modelo de conducción y supervisión de la acreditación de la calidad de las Ipress. Ese mismo año agregó la regulación de la recolección, la transferencia, la difusión y el intercambio de la información generada u obtenida por las IAFAS, las Ipress y las Unidades de Gestión de las Ipress.

La información obtenida mediante el Sistema Electrónico de Transferencia de Información (SETI) permite conocer el perfil de las prestaciones de salud que se

⁶⁹ Portal del Estado peruano: http://www.peru.gob.pe/directorio/pep_directorio_detalle_institucion.asp?cod_institucion=75. Consultado el 28 de enero de 2018. Presidencia de la República del Perú. DECRETO SUPLENENTE N° 008-2014-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

⁷⁰ Benites V, H Saravia y cols. "Modelo de supervisión basado en el riesgo para instituciones prestadoras de servicios de salud como herramienta para la protección de los derechos en salud en Perú. Rev Per Med Exp y Sal Pub. 2016 Vol 33 (3).



brindan en el Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, este sistema sólo se ha implementado en las Ipress del Ministerio de Salud, por lo que la entrega de la información de la salud a un sistema único sigue estando fragmentada.⁷¹

En 2013, Perú estableció la normativa para la facturación de los servicios de las Entidades que ofrecen Servicios de Salud Prepagados (ESSP), con base en el “Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación (TEDEF-Ipress-IAFAS)”. Las normas comprenden todas las prestaciones de salud brindadas a los asegurados, independientemente del mecanismo y de la modalidad de pago utilizados, y garantizan la protección de los datos de las personas naturales aseguradas.⁷²

El caso de Brasil

La Agencia Nacional de la Salud Suplementaria (ANS) es un organismo regulador del Gobierno Federal de Brasil, vinculado al Ministerio de Salud, que actúa en todo el territorio nacional para regular, normalizar, controlar y fiscalizar el sector de la medicina prepaga y los planes de seguro de salud. Tiene por objetivo defender el interés público en lo relativo a la asistencia suplementaria de la salud, regular las operadoras sectoriales –incluso en lo que concierne a sus relaciones con los prestadores de servicios y los consumidores–, y contribuir al desarrollo de acciones de salud.⁷³

Entre los objetivos anuales de la ANS está minimizar los conflictos en la relación de las operadoras y los prestadores de servicios. Para ello, evalúa y divulga los nuevos sistemas de remuneración de los hospitales que participan en la Salud Suplementaria –el subsistema privado de financiamiento y prestación de servicios que ofrece acceso suplementario al Sistema Único de Salud. Elabora una metodología de jerarquización de los procedimientos, perfecciona las reglas que rigen la relación entre las operadoras de los planes privados de asistencia a la salud, los prestadores de servicios y los profesionales del sector salud. Es deber de la ANS, registrar, supervisar y cancelar, de ser necesario, las operadoras del sector privado.⁷⁴

En cumplimiento de estos objetivos, la ANS publica anualmente el Índice de Desenvolvimiento de la Salud Suplementaria (IDSS) de los operadores de los

⁷¹ SUSALUD. Sistema electrónico de transferencia de información de IPRESS y unidades de gestión de IPRESS - SETI - IPRESS. Manual del Usuario. Consultado el 28/01/2018 en <http://www.hma.gob.pe/calidad/NORMAS-MINSA-15/SUSALUD/27.11.2014%20RS%2092%20ANEXO%20MANUAL.pdf>

⁷² SUSALUD. RESOLUCIÓN DE SUPERINTENDENCIA N° 020-2016-SUSALUD/S que aprueba el Texto Único Ordenado de las Normas TEDEF - IPRESS - IAFAS, en adelante “Modelo TEDEF”

⁷³ Presidencia de la República. Ley N° 9.961 de 2000. Crea la Agencia de Salud Suplementar - ANS y da otras providencias.

⁷⁴ Agencia Nacional de Salud Suplementaria. Agenda Regulatoria. [En línea] 2017. <http://www.ans.gov.br/principal-es>.



Planes de Salud de Brasil. El IDSS se obtiene mediante la lectura de indicadores predefinidos, sobre cuatro ejes: 1. Cuidado de la Salud (50%); 2. Estructura y funcionamiento (10%); 3. Económicos y Financieros (30%), y 4. Satisfacción de los beneficiarios (10%). El IDSS se mide en proporción de los beneficiarios que se retiran el primer año; en proporción de los beneficiarios que permanecen y de la sanción pecuniaria de primera instancia. La divulgación y difusión del IDSS permite a los beneficiarios comparar la calidad de la atención proporcionada por los operadores de las redes de Planes de Salud.⁷⁵

Con respecto a la información financiera, es función de la ANS expedir normas y estándares para el envío de informaciones de naturaleza económico-financiera por las operadoras de planes privados de asistencia a la salud, así como de la red prestadora de servicios a ellas acreditadas, con miras a la homologación de reajustes y revisiones, asegurando que se cuente con la información oportuna y suficiente.⁷⁶

En cuanto al control inflacionario del sistema, es deber de la ANS controlar el aumento de los precios en los contratos colectivos e individuales de los planes privados. Sin embargo no está en su potestad regular los reajustes de los contratos colectivos o individuales, que si bien están regulados por la agencia, su capacidad de negociación y su margen de acción al respecto es limitada. En cuanto a las prestaciones cubiertas por los planes de salud privados, la ANS publica una lista de procedimientos mínimos (que no incluye todos los existentes, sino los tratamientos para las enfermedades enumeradas en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, de la Organización Mundial de la Salud). Los procedimientos incluidos actualmente alcanzan los 3,082.

La ANS regula también la producción de dispositivos médicos, incluyendo contenidos y modelos asistenciales y la adecuación y utilización de tecnología.⁷⁷ Incluye la implementación y vigilancia de la adherencia de protocolos y GPC y la utilización de tecnología, incluyendo equipos, medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos así como los sistemas de organización, administración y soporte.

Comparación de los casos

Las agencias reguladoras consideradas operan en contextos distintos, y las modalidades de la operación de los prestadores de servicios y el financiamiento

⁷⁵ IV Congreso Latinoamericano de Órganos Regulares y de Control de los Sistemas de Salud. Financiamiento, regulación y fiscalización en Latinoamérica: más calidad y derechos en salud. Superintendencia de Salud, 2011. Memorias del IV Congreso Latinoamericano de Órganos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud.

⁷⁶ Presidencia de la República. Ley N° 9.961 de 2000. Crea la Agencia de Salud Suplementar - ANS y da otras providencias.

⁷⁷ *Idem*.



privado son particulares. Las agencias deben compararse considerando que responden a retos peculiares en contextos específicos. La Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS) de Brasil opera en un contexto donde el Sistema Único de Salud (SUS) financia a los prestadores de servicios públicos y privados para toda la población con impuestos generales. Los planes de salud de financiamiento privado complementan la oferta para acortar los tiempos de espera e incrementar la satisfacción de los consumidores. Para ello contratan servicios privados –y también públicos– de alta especialidad, conforme a reglas estrictas. Su nivel de cobertura –moderadamente alto, de 20% en 2013– ha llevado a una regulación que protege a los consumidores y al propio SUS.⁷⁸

La ANS es un modelo adecuado para analizar opciones de regulación en México, donde las Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES) podrían ampliar su oferta en el marco del Sistema Nacional de Salud. De las cuatro agencias analizadas, la ANS cubre la gama más amplia de funciones reguladas, con 14, y deja de cubrir sólo dos: la regulación del costo de los planes de seguros y del pago de los profesionales de la salud.

En México, una agencia regulatoria del tipo de la ANS podría generar la confianza necesaria para una interacción de los subsistemas público y privado en que se complementen entre sí, y se promueva la compra de productos innovadores de aseguramiento.

Las superintendencias de salud colombiana y chilena operan en contextos donde el financiamiento público –léase contribuciones obligatorias– es gestionado por agencias privadas de estatuto público, tales como, en Colombia, las Empresas Promotoras de Salud (EPS), y en Chile, las Isapres o bien el FonaSa. En Perú, la Superintendencia regula a las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), que son alternativas para el financiamiento y la prestación de servicios de salud frente a la Seguridad Social (EsSalud), y también sobre cualquier financiador o prestador de servicios de salud público o privado, pero con limitaciones debido a la gran fragmentación y segmentación del sistema de salud. La regulación se dirige, así, a los prestadores de servicios públicos y privados, a diferencia de Chile y Colombia, donde se dirige a los gestores financieros públicos y privados.

Una superintendencia de salud sería pertinente en México si se transitara hacia un modelo de gestión privada de fondos públicos. Por ejemplo, si las ISES se empoderaran para gestionar el financiamiento público como una opción alternativa a la de las instituciones de seguridad social o el Seguro Popular. También sería pertinente si se incorporase sistemáticamente a los prestadores de servicios privados a la prestación de servicios financiados con recursos públicos. Este esce-

⁷⁸

Gerschman S, "Public and Private Health Insurance in Brazil and European Union Countries", *American Journal of Public Health Research*, 2013, Vol. 1, No. 4, 78-85.



nario sería viable de encontrarse inconstitucional la actual limitación de compra de servicios de las instituciones públicas, según se planteó en la sección previa.

En cualquier caso, la comparación revela las limitaciones de la propuesta de la Comisión Federal de Regulación y Vigilancia de Servicios de Salud del Gobierno Federal. Además de las limitaciones de diseño ya señaladas, la Comisión tendría sólo seis de las 23 funciones de regulación que son abarcadas por los seis países, o bien de las 21 que cubre Brasil, el país que más regula al subsistema privado de salud. Las funciones propuestas en la iniciativa de ley incluyen los rubros de la información para los usuarios –sin incluir costos–, la regulación de los prestadores de servicios privados –que sería sólo en cuestiones de tecnología–, y la de la práctica médica –que sería similar a la de un tribunal de ética médica y arbitraje–. La propuesta no aborda la regulación del desempeño y ni la relativa a los compromisos de los planes de seguros privados de salud, que hoy está a cargo de la SSa.

Importancia del fortalecimiento regulatorio integral

El fortalecimiento de la regulación de la práctica para la atención de la salud necesita, en definitiva, una mayor especificación de las funciones y atribuciones para la vigilancia (que incluye la medicina y las demás profesiones del ámbito de la salud). Sin embargo, es fundamental coordinar el conjunto de funciones con criterios de operación que lleven a la eficiencia regulatoria y a la rendición de cuentas. Para ello podría ser mejor fortalecer a la Cofepris como agencia reguladora, al Consejo de Salubridad como agencia certificadora y a la Conamed como árbitro imparcial. Habría, además, que ampliar las funciones de la Cofece para que incidiera en la regulación económica del subsistema privado de la salud.

Debe considerarse la factibilidad de la acreditación obligatoria de los establecimientos de salud, por una sola agencia, sin importar el tipo de unidad o subsistema –público o privado– de prestación de servicios de que se trate. La acreditación habría de servirse de indicadores clave tanto de la estructura de las organizaciones como de la calidad de los procesos de atención de la salud; establecer estándares y publicar su alcance entre una amplia gama de audiencias. El financiamiento de la acreditación podría correr a cargo de los propios prestadores de servicios, con lo que se garantizaría no sólo la recaudación, la suficiencia presupuestal y el interés de la agencia en alcanzar sus metas, sino también el interés de los prestadores de servicios en mantener sus estándares en el más alto nivel.

La acreditación obligatoria, financiada al menos en parte por los actores interesados, no amenazaría necesariamente la viabilidad de los consultorios y los hospitales chicos en las ciudades pequeñas y las zonas rurales. Por el contrario, de hacerse de manera eficiente, permitiría delimitar sus funciones y abonaría la



transparencia del modelo de atención y la operación de las redes de referencia. Sería también un aliciente para integrar las unidades de consulta externa y los hospitales chicos, así como para el cierre de los hospitales que no garanticen la calidad y se identifiquen como de mayor perjuicio que beneficio para la población. Se exigirían, así, mínimos de calidad que lleven a que las unidades cumplan efectivamente su misión de dar acceso a servicios de salud.

Es urgente establecer un sistema de información obligatoria sobre indicadores clave de salud, tanto en la medicina ambulatoria como en la hospitalaria, e incluso en otras áreas de servicios de salud. Este diagnóstico sugiere que hay un amplio consenso entre los hospitales y las aseguradoras sobre la necesidad de contar con indicadores de calidad, lo que revela una oportunidad para la acción. Cabe ahora promover el consenso en torno a la regulación integral, considerando los cuatro tipos de regulación mencionados (precios, competencia, utilización de alta tecnología y seguridad) para la transferencia oportuna y transparente de información sobre la gestión hospitalaria clínica, administrativa y financiera, así como indicadores del apego a los protocolos de la práctica clínica que soporten el uso adecuado de la tecnología sanitaria.

Es necesario fortalecer a los colegios médicos para que puedan cumplir sus responsabilidades de regulación profesional. Para ello, es clave hacer obligatoria la colegiación de los profesionales –sin distinción de modalidades laborales ni de fuentes de trabajo– en órganos estatales cercanos a la práctica médica y con la capacidad de influir sobre sus miembros. Los colegios se convertirían, así, en instrumentos efectivos para promover la capacitación y la certificación de sus miembros, y contribuirían a la acreditación de las unidades, al apego a las GPC y a la coordinación de la práctica médica entre las instituciones públicas y las privadas.

La Cofece habría de incidir tanto en la concentración económica de los prestadores y proveedores de servicios y de insumos del subsistema privado. Para ello habría de establecer si los agentes económicos que se ha identificado en este diagnóstico con mayor concentración económica –los grandes hospitales y las tecnologías de alto costo, los especialistas y los distribuidores de medicamentos e insumos– están en efecto incidiendo en los precios al consumidor. La Cofece habría, también, de incidir en la competitividad del sistema de salud en su conjunto analizando si la protección económica en la prestación de servicios públicos es, en efecto, anticonstitucional.

Discusión

La regulación del subsistema privado en México debe considerar la amplia experiencia internacional que ha permitido incrementar la oferta del subsistema privado y su vinculación a los sistemas nacionales de salud. Es preciso que el Estado implemente, en colaboración con la sociedad civil, una regulación inte-



gral que promueva la inversión en alta tecnología para permitir la concentración cuando sea necesario, e incentivar su eficiencia. Es preciso también que la regulación económica favorezca la concurrencia de los prestadores de servicios de calidad en el mercado para incrementar la competencia, proteger la economía de los consumidores y favorecer el aseguramiento privado.

La experiencia internacional en el uso de sistemas de información y en la regulación integral demuestra la factibilidad de transformar la regulación de los servicios de salud en México. Las superintendencias disponen de una amplia gama de funciones regulatorias que se apoyan en sistemas de información y de gestión. Es necesario fomentar la discusión de estos sistemas en México, e identificar la forma en que las propias entidades reguladas podrían financiarlos sin caer en conflictos de interés, pero asegurando una regulación efectiva.

El subsistema privado de atención de la salud de México encara retos para la conformación de redes integrales de atención y para su efectiva relación con el subsistema público. El buen desempeño de los prestadores de servicios privados repercute en la reducción de la carga de necesidades sobre el subsistema público y, por consiguiente, en la eficiencia del sistema de salud en su conjunto. Por el contrario, una regulación escasa del subsistema privado amenaza con trasladar una gran carga de necesidades al subsistema público, y presionar sobre su financiamiento.

La apertura del subsistema público a la competencia contribuiría de manera fundamental a la integración de redes de servicio y facilitaría la regulación del sistema de salud en su conjunto, aplicando estándares homogéneos. El siguiente capítulo se ocupa de la regulación que puede ponerse en marcha para favorecer la colaboración público-privada bajo diferentes escenarios de apertura a la competencia del subsistema público y de participación del subsistema privado en la prestación de servicios con financiamiento público.



X. Colaboración público-privada en salud

El Sistema Nacional de Salud en México está constituido por instituciones públicas y empresas y organismos privados en estrecha relación. Si bien hasta 84% de la población tiene protección financiera para acudir a los servicios públicos de salud, médicos privados prestan 44% de la atención, lo que incluye una quinta parte de la atención hospitalaria. Las empresas aseguradoras privadas, por su parte, dependen de una clientela que está en su mayoría asegurada por instituciones públicas como el IMSS y el ISSSTE.

La relación entre estos subsistemas (público y privado) es limitada, sobre todo en la referencia de pacientes entre sus redes de atención. Por otra parte, el financiamiento público está cada vez más constreñido, por lo que es urgente analizar opciones para diseñar relaciones que lleven a una mayoría inversión, y a una eficiencia financiera y una calidad de la atención óptimas.

Este capítulo analiza la situación de la colaboración público-privada en salud en México para identificar alternativas y establecer escenarios de colaboración en que la libertad para elegir prestadores de servicios y gestores financieros subvencionados con fondos públicos sea creciente, y la participación de los prestadores de servicios privados en las redes de atención sea mayor. Se plantea la extensión del subsistema privado de atención de la salud, ya no sólo como proveedor de bienes de consumo y equipo, sino también como financiador y gestor de infraestructura con carácter público o privado.

La situación en México

Las asociaciones público-privadas (APP) para el financiamiento y la operación a largo plazo de la infraestructura hospitalaria se establecieron por primera vez en Inglaterra en los años noventa para financiar la prestación pública de servicios de salud. El inversionista privado financia, construye y opera los servicios de apoyo del hospital con contratos a 20 años, y el Ministerio de Salud hace la gestión clínica como parte de la red pública. En México hay seis hospitales en operación en esta modalidad, y la SSA, el ISSSTE y el IMSS tienen nueve APP en etapa de análisis y dos en proceso de construcción.

La búsqueda de esquemas de APP y su perfeccionamiento podría favorecer el crecimiento del subsistema público con apoyo financiero y operativo del sector privado. Las APP podrían incluso ampliar su campo más allá de la infraestructura



física para incluir la remodelación y la renovación de hospitales, y la instalación y operación de costosas plataformas tecnológicas. Hay también evidencia de oportunidad en la gestión de hospitales ya construidos y para la inversión y la gestión de sistemas de información. Estas innovaciones podrían contribuir al mejor aprovechamiento tanto de los hospitales subocupados de alta especialidad de la SSA, como de las Unidades Médicas de Alta Especialidad del IMSS, donde urge mejorar la eficiencia.⁷⁹

La colaboración público-privada también tiene cabida en el desarrollo de la atención primaria, así como en la contratación de servicios de atención médica especializada. La SSA del estado de Hidalgo contrata servicios de atención primaria de una empresa privada en la ciudad de Pachuca para atender a la población afiliada al Seguro Popular. El pago se hace sobre la base de una cápita por persona afiliada, y la empresa opera con un sofisticado sistema de remuneración sobre la base del desempeño, que tiende a mejorar su eficiencia.⁸⁰ De acuerdo con una evaluación independiente, la subcontratación mejora la atención de la diabetes y de la salud en general, a un costo inferior o bien ligeramente superior al de los parámetros institucionales de costo-efectividad.⁸¹

Estas experiencias piloto de colaboración público-privada no se han considerado todavía para ponerlas a prueba a nivel nacional, pero hay inversionistas privados interesados en hacerlo.⁸²

Las instituciones públicas de salud en México, en particular las de la seguridad social, contratan a prestadores de servicios privados en áreas de alta especialidad, como la hemodiálisis y el laboratorio clínico y de imagen, cuando está demostrado que la oferta institucional es más costosa. La contratación es muy selectiva y pretende subsanar la carencia de servicios ante la dificultad de proveerlos directamente, sin establecer competencia entre los prestadores de servicios públicos y los privados. En 2010, el IMSS y el ISSSTE asignaron tan sólo 1.5% y 4.9% de su gasto en salud, respectivamente, a la contratación de prestadores de servicios privados de salud en esta modalidad, denominada “subrogación”.⁸³

La compra gubernamental de servicios privados de salud en la modalidad de “servicios integrales”, por su parte, está incrementando. En esta modalidad, un distri-

⁷⁹ PwC, Health Research Institute, *Op.Cit.*

⁸⁰ González Block MA, “¿Qué compra, cómo y de quién el Seguro Popular de México? Experiencia con la compra estratégica nacional y en una entidad pionera”, *Salud Publica Mex.* 2017; 59:59-67.

⁸¹ Figueroa Lara A y MA González Block. “Costo-efectividad de una alternativa para la prestación de servicios de atención primaria en salud para los beneficiarios del Seguro Popular de México”, *Salud Publica Mex.* 2016; 58:569-576.

⁸² Alfredo Honsberg, comunicación personal.

⁸³ González Block MA y C López Santibáñez. Evaluación de la estrategia de portabilidad y convergencia. Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, 2012. SSA. Evaluación y Estrategias de Portabilidad y Convergencia hacia la integración del Sistema Nacional de Salud. 5 de Agosto de 2011.



buidor integra bienes y servicios especializados de mantenimiento y logística de diversos proveedores; el modelo de pago es por servicios prestados y el prestador público de servicios brinda la atención clínica.⁸⁴ Así operan con los servicios de hemodiálisis y hemodinámica, que prestan unidades médicas externas. Este diagnóstico las identifica como “centros ambulatorios de servicios que no requieren hospitalización”, y las estadísticas de oferta y rentabilidad constatan su crecimiento.

Diversos servicios estatales de instituciones públicas de salud –como, por ejemplo, los Servicios Médicos de Pemex– han incursionado en la tercerización de servicios de procuración y dispensación de medicamentos, modalidad que les permite enfocarse en la programación de las necesidades y en mejorar la dispensación oportuna. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud analizó y probó esquemas de tercerización para la distribución y la dispensación de los medicamentos financiados por el Seguro Popular. Para 2012, al menos 26 entidades habían puesto a prueba esquemas de tercerización de medicamentos, aunque diez de ellas los interrumpieron por falta de información, resistencia del personal o incumplimiento.^{85,86}

La amplia gama de experiencias de colaboración público-privada en salud en México se ha sustentado en un marco legal deficiente que privilegia la oferta pública sin considerar la eficiencia que puede introducir el subsistema privado de atención de la salud. La compra de servicios privados, por su parte, ha sido deficiente en muchos casos, e incluso se ha visto afectada por la corrupción. Nuevas fórmulas de contratación –como los servicios integrales y de pago por desempeño, que se emplean en la atención primaria en Hidalgo– prometen abrir puertas a una colaboración más efectiva.

Colaboración público-privada en la atención primaria

Quizá donde es más urgente vincular de manera efectiva a los prestadores de servicios del subsistema público y del privado es en la atención primaria, pues la población ya reconoce a los prestadores de servicios privados como el primer contacto para la atención médica. Los CAF son prometedores por tratarse de un modelo de atención basado en la cercanía, de bajo costo, donde la atención es rápida y tiene un buen resultado respecto de las necesidades sentidas. Este diagnóstico ya constató la oportunidad de mejorar la calidad en la prescripción de medicamentos y en la detección oportuna de riesgos y enfermedades crónicas.

⁸⁴ PwC. *Op. Cit.*

⁸⁵ SSa. Suministro de medicamentos e insumos para la salud. Tercerización o *outsourcing*, 2004-2012, Ciudad de México, SSa, 2009.

⁸⁶ López Moreno S, RH Martínez Ojeda, O López Arellano, E Jarillo Soto, JM Castro Abarrán, “Organización del abasto de medicamentos en los servicios estatales de salud. Potenciales consecuencias de la mezcla público-privada”, *Salud Publica Mex.* 2011;53 (supl 4).



Otro gran reto es lograr la disposición de los prestadores de servicios privados de primer nivel de calidad para que refieran pacientes a la red pública, e incluso para que presten servicios a conjuntos específicos de población.

Hace ya más de dos décadas que las farmacias comunitarias ampliaron la oferta de servicios médicos ambulatorios privados en México al instalar consultorios médicos adjuntos y vincular médicos generales a su servicio. Actualmente, los CAF atienden 16% de las consultas ambulatorias del país. Su gran aceptación del público se debe a su cercanía, el bajo costo de la atención, el reducido tiempo de espera y el surtimiento completo de los medicamentos, aunque esto implique un gasto de bolsillo.⁸⁷ Esto representa un área de oportunidad para implementar mecanismos de colaboración y coordinación con el sector público, dado el potencial que representan tanto por su capacidad instalada y su ubicación estratégica, como por el patrón de uso de los usuarios, pues muchos de ellos alternan o complementan los servicios públicos con los CAF.⁸⁸

Las posibles colaboraciones podrían hacerse conforme a esquemas de referencia y seguimiento de pacientes con padecimientos crónico-degenerativos. Aunque hay que considerar que –ante un limitado marco regulatorio– las particularidades del modelo (tales como su reducida escala de operación, la variabilidad al interior de los modelos,⁸⁹ el bajo nivel de la remuneración y la calificación del personal⁹⁰ y la preocupación por el conflicto de intereses debido a la vinculación de los ingresos del médico con las ventas de medicamentos de las farmacias)⁹¹ orientan la discusión a sus posibles implicaciones en el sistema de salud (tales como acentuar las desigualdades en salud e incrementar el gasto de bolsillo de los usuarios con resultados ineficientes en su salud). De aquí la necesidad de ampliar el marco normativo aplicable a estos establecimientos para garantizar la calidad de sus servicios.

En un ejercicio de planeación, los prestadores de servicios de atención ambulatoria privada más importantes de México identificaron las estrategias necesarias –a su juicio– para ampliar su colaboración con el sector público mediante redes de atención primaria a la salud.⁹² El objetivo era la colaboración en redes de referencia y contra-referencia –con modelos de salud pública y de incentivos a

⁸⁷ Pérez-Cuevas R y col. Effects of the expansion of doctors' offices adjacent to private pharmacies in Mexico: secondary data analysis of a national survey. *BMJ*. 2014

⁸⁸ PwC, Health Research Institute. *Op.Cit.*

⁸⁹ Funsalud. Estudio sobre la práctica de la atención médica en consultorios adyacentes a farmacias privadas, 2014.

⁹⁰ Díaz-Portillo S y col., "Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración", Salud Pública de México, 2015

⁹¹ Díaz-Portillo S y col., "Condiciones de trabajo en consultorios adyacentes a farmacias privadas en Ciudad de México: perspectiva del personal médico", Gaceta Sanitaria, 2017.

⁹² González Block MA, E Moreno Zegbe y O Artaza, "Estrategias para la colaboración público-privada en la atención primaria de salud en México", Congreso de Investigación en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, 2017.

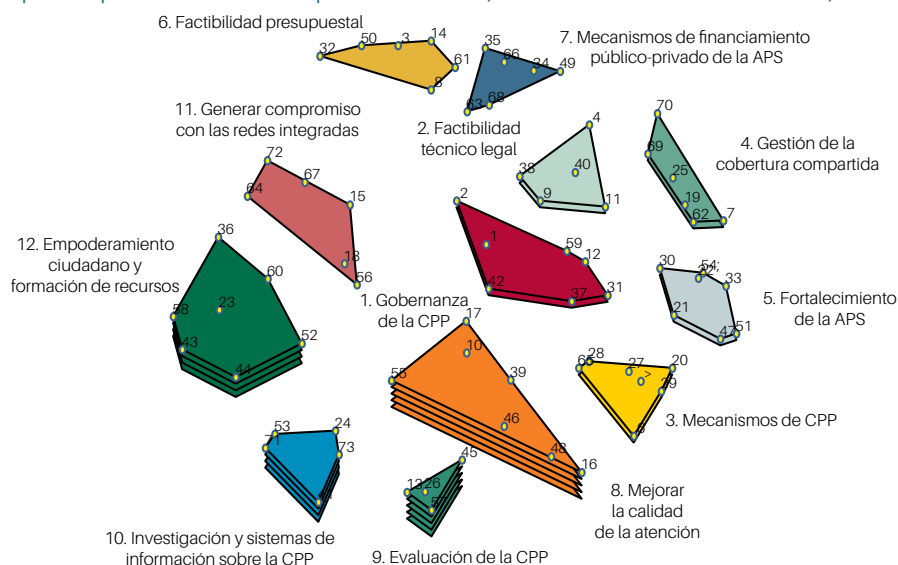


la eficiencia– entre prestadores de servicios especializados y hospitalarios del subsistema público y prestadores de servicios privados de primer nivel. Entre éstos podrían estar los médicos de los CAF o bien de modelos innovadores de atención vinculados a los centros de trabajo, o médicos que presten servicios en la comunidad.

Los prestadores de servicios privados identifican 12 estrategias de colaboración, entre las cuales las de mayor factibilidad son: el enfoque en la calidad de la atención; el empoderamiento ciudadano y de los formadores de recursos humanos; el establecimiento de sistemas de investigación e información sobre la colaboración, y los esquemas de evaluación de los beneficios de la colaboración (figura 44).

Las estrategias más factibles –aquellas con un mayor número de capas en el mapa conceptual– se ubican en un sector del mapa que vincula las relaciones entre los prestadores de servicios y la población, así como con la evaluación del desempeño. Las estrategias de menor factibilidad son de carácter financiero –como la elaboración de presupuestos y el financiamiento–; no obstante, están más enfocadas y tienen mayor claridad conceptual, como se aprecia por la cercanía de los puntos que las integran, que se representan con números en el mapa conceptual. Tienen una factibilidad intermedia, por su parte, las estrate-

Figura 44. Mapeo conceptual de las principales estrategias para la colaboración público-privada en la atención primaria a la salud, conforme a su factibilidad.* México, 2015



* El quintil de la medida de factibilidad de cada estrategia se representa como una capa.

Fuente: Miguel A. González Block y col. Taller de consulta sobre estrategias de colaboración público-privada para la atención primaria. Ciudad de México, Universidad Anáhuac, 2015.



gias dirigidas a la gobernanza, la gestión de la cobertura y el fortalecimiento de la atención primaria.

El gradiente de factibilidad de estas estrategias apunta hacia políticas y acciones empresariales que, para las estrategias de mayor factibilidad, tienden a su implementación, y para las de menor factibilidad, a su fortalecimiento y el diálogo.

Colaboración público-privada para la atención hospitalaria

Las estrategias para la colaboración público-privada en el financiamiento y la atención hospitalaria se han estudiado ampliamente en el mundo. Los esquemas de APP comenzaron a utilizarse en el sector salud en 1998, y para 2014 había 296 APP a nivel mundial.⁹³ La Agencia Europea de Salud y Consumidores propone ocho categorías, según la amplitud de los servicios que cubra el actor privado (cuadro 60).

Cuadro 60. Categorías de asociaciones público-privadas

Categoría	Principales características
I. Modelo de alojamiento	• Desarrollo de infraestructura hospitalaria y gestión de infraestructura
II. Modelo de alojamiento con Vehículo Especial de Inversión (VEI)*	• Características de la categoría I, pero con un vehículo especial de inversión (VEI) que pertenece enteramente al actor público
III. Modelo de alojamiento extendido	• Características de la categoría I, pero con manejo de tecnologías de la información, suministro, instalación y mantenimiento de algunos o todos los equipos médicos
IV. Modelo de VEI doble	• Proyecto conjunto (<i>joint venture</i>) con infraestructura separada, es decir, que hay distintas iniciativas privadas de financiamiento
V. Modelo de alojamiento y servicios	• El actor privado presta un servicio de salud (monoservicio) dentro de la infraestructura hospitalaria (por ejemplo, centro de diálisis)
VI. Prestación completa de servicios de salud hospitalarios (excepto alta especialidad)	• El actor privado presta todos los servicios de salud hospitalarios (excepto alta especialidad) de la infraestructura desarrollada.
VII. Prestación de servicios	• Características de la categoría VI + la prestación de los servicios de salud de alta especialidad en la infraestructura desarrollada
VIII. Prestación de todos los servicios de salud	• El actor privado presta todos los servicios de salud en la infraestructura desarrollada

* Los VEI son entidades legales, generalmente una empresa con un tiempo de vida corto, que es creada para fines específicos. Generalmente los VEI se utilizan para aislar los riesgos financieros.

Fuente: Modificado de European Agency for Health and Consumers, Health and Economics Analysis for an evaluation of the Public Private Partnerships in health care delivery across EU, European Union, 2013.

⁹³ Palomo A y col. Menos cuentos, más evidencia. Asociaciones público-privadas en la literatura científica. BID, 2015.



El actor público aprovecha su papel de “gobierno” para atraer financiamiento con una tasa de interés más baja en comparación con la tasa que prevalece en el mercado, pactada a entre 20 y 30 años para amortizar la inversión y generar una utilidad para el actor privado. Los contratos de servicios de salud son más diversos en comparación con los de infraestructura, dependiendo de los servicios, los riesgos a los que los actores involucrados estén expuestos según el padecimiento por tratar, y el volumen, la forma de pago, el pago y la duración del servicio. Los contratos de servicios duran por lo general de 7 a 15 años, en función de la vida útil del equipo médico. Los contratos de servicios tienden cada vez más a incorporar el pago por desempeño clínico y la calidad, como ya se hace en México.⁹⁴

La categoría V incluye casos en que el actor privado presta sus servicios (mono-servicio) en el hospital en virtud de la APP y en hospitales 100% financiados con fondos públicos. El pago por cápita tiene lugar, por lo general, en la categoría VIII, ya que el actor privado asume la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud, que van desde cuestiones de salud pública, pasando por la atención médica ambulatoria, hasta la prestación de servicios de alta especialidad.

En 2008, Perú tuvo una experiencia más próxima a la realidad mexicana. EsSalud alentó la participación del sector privado en la inversión y la provisión de servicios asistenciales en la modalidad contractual de APP (cuadro 61). Dicho sector se involucró en el diseño de proyectos para construir infraestructura y brindar servicios asistenciales y prestaciones de salud. Hasta el momento, ha suscrito

Cuadro 61. Asociaciones público-privadas en países selectos del mundo según categoría y experiencia en México.

País	Nombre de la unidad médica producto de la APP	Categoría	Experiencia en México
Reino Unido	Hospital Norfolk & Norwich	I	Sí
Portugal	Hospital Cascais	II	
Alemania	Hospital Universitario de Colonia	III	Sí
Portugal	Hospital Braga	IV	
Rumania	Clínica Universitaria de Bucharest	V	Sí, corto plazo
Lesoto	Hospital de Referencia Nacional (Maseru)	VI	
Reino Unido	Hospitales de las islas de Turks y Caicos	VII	
España	Hospital de la Ribera (o Alzira)	VIII	
Perú	EsSalud		

Fuentes: Cuadro 58. The Global Health Group. Public-private investment partnerships for health: an atlas of innovations. Global Health Sciences University of California, 2010. European Agency for Health and Consumers, Health and Economics Analysis for an evaluation of the Public Private Partnerships in health care delivery across EU, European Union, 2013

⁹⁴ PwC, *Op. Cit.*



cuatro contratos de APP con sociedades operadoras, con la participación de inversionistas privados nacionales e internacionales. Un hito es que los hospitales que se están desarrollando por APP son de los denominados de “bata blanca”, lo que significa que el operador no solamente promueve la infraestructura y el equipamiento, sino también los servicios asistenciales y administrativos para el funcionamiento autónomo de la unidad hospitalaria.⁹⁵ El modelo seguido por EsSalud corresponde a la categoría VIII del cuadro 60, y es similar a la experiencia de España.

La experiencia en APP en México se ha limitado a los modelos I de Alojamiento, III de Alojamiento extendido, y V de Alojamiento y Servicios, si bien con contratos a corto plazo ([ver el cuadro 60 ►](#)). Este es, de hecho, el modelo de servicios integrales descrito en la introducción a este capítulo. La experiencia de otros países como Perú, Portugal, Lesoto, Reino Unido y España es clave para comprender los retos y el alcance de otros modelos de APP.

Ya se vio en el diagnóstico que el financiamiento público alcanzó un nivel máximo, y que en los últimos años ha sufrido recortes. Las restricciones han sido particularmente severas en las inversiones en infraestructura, con una reducción de 59.1% entre 2000 y 2014, a pesar de las grandes inversiones canalizadas para fortalecer la infraestructura disponible para la población sin seguridad social.⁹⁶ En este escenario tendría sentido abrir el financiamiento público a la prestación de servicios privados de salud, pues el gasto corriente público alentaría la inversión privada, complementando así la inversión en infraestructura y en formación de recursos humanos de la que adolece el sistema de salud en su conjunto.

Aun con las acciones de la presente administración, en particular los nuevos proyectos de APP para hospitales, se requiere una nueva visión para la inversión pública en colaboración con el financiamiento privado. Pero éstos no aportarían todo su potencial –y quizá se verían incluso obstaculizados– de no considerarse nuevas formas de coordinación entre los mercados y las políticas públicas.

Colaboración público-privada para el aseguramiento y la gestión de riesgos

La desprotección financiera en México afecta sobre todo los trabajadores independientes –de los estratos del D al A–, para quienes el Seguro Popular no es lo

⁹⁵ EsSALUD - Gerencia Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversión. Asociaciones Público Privadas, Experiencia de la bata blanca. Gestión 2012-2016. Consultado el 30/01/2018 en http://www.academia.edu/28687254/Asociaciones_P%C3%BAblico_Privadas_Experiencia_de_la_bata_blanca_de_ESSALUD

⁹⁶ González Block MA y Díaz Portillo SP, La separación de las funciones financieras y de prestación de servicios de salud en el Seguro Popular. Formulación, alcances y retos de la reforma del 4 de junio de 2014. En prensa.



suficientemente atractivo para afiliarse por las cuotas que tendrían que pagar. Tampoco el Seguro Médico de la Familia que ofrece el IMSS, en el régimen voluntario, o las pólizas de GMM de las empresas aseguradoras privadas les parecen accesibles. Por otra parte, México encara un amplio déficit de hospitalización y atención médica debido al aumento de las enfermedades crónicas. Es necesaria la gestión de riesgos y enfermedades para prevenir enfermedades y complicaciones, además de gastos innecesarios de atención.

Para la protección financiera y la gestión de riesgos es necesario identificar indicadores clave de desempeño en segmentos de aseguramiento no tradicionales, priorizar en función de los riesgos financieros, e implementar acciones para modificar los patrones de atención. Estos son terrenos fértiles de colaboración público-privada en que empresas de seguros especializadas en la gestión de riesgos y empresas especializadas en la analítica de datos y en sistemas de información pueden asociarse con agencias gubernamentales y proveedores de servicios públicos de bajo costo.

La AMIS hizo un análisis de oportunidades de mercado para la gestión de riesgos en la atención de enfermedades crónicas, para ofrecer un producto de indemnización de gastos y pérdida de ingresos temporales asociados a la hospitalización, así como productos innovadores de aseguramiento para trabajadores independientes (cuadro 62).

Cuadro 62. Propuestas para la colaboración público-privada en el financiamiento de la salud en México. AMIS, 2016

Modelo	Población a cubrir		Principales riesgos a cubrir		Monto (millones de pesos de 2016)
	Potencial	Condición de afiliación	Áreas	Tipo	
Enfermedades crónicas	11.3 millones de adultos enfermos. Cobertura a 65% de esta población	IMSS	Complicaciones de diabetes y cáncer no determinados	Gasto institucional	373,218
	Diabetes, insuficiencia renal, cáncer, hipertensión arterial	Seguro Popular (SP)		Gasto de bolsillo	6,584
Indemnización fija ante una hospitalización	26.6 m adultos en NSE C/AB. Cobertura a 73%	Seguridad social	1.4 millones de hospitalizados por año	Gasto de bolsillo	5,470
		SP y sin protección		Pérdida de ingreso	3,621
Trabajadores independientes	7.9 m en estratos C/AB. Cobertura a 56% de esta población	SP y sin protección	Según póliza	Gasto de bolsillo	3,568

Fuente: AMIS, Necesidades de salud y gasto de atención de interés para el diseño de productos innovadores de aseguramiento en colaboración público-privada. Comité de Seguros y Gasto de Salud. 26 de mayo de 2016.



La gestión de enfermedades crónicas –incluyendo la diabetes, la insuficiencia renal, el cáncer y la hipertensión arterial– tiene un mercado potencial de 11.3 millones de enfermos. Los principales clientes podrían ser el IMSS y el Seguro Popular, con un modelo de negocios basado en la prevención de complicaciones. El gasto institucional que podría evitarse, de acuerdo con la mejor experiencia internacional de gestión, sería de \$373,218 millones de pesos al año, si se cubriera a 65% de los enfermos, mientras que en el gasto de bolsillo habría una reducción de \$6,584 millones de pesos. La gestión de enfermedades se pagaría contra el contacto con –y el seguimiento de– los pacientes, para informar a los pagadores y a los prestadores de servicios de la situación y de los casos críticos.

El seguro de indemnización por evento hospitalario pagaría una cantidad fija por hospitalización calificada del asegurado. La población por cubrir sería de 26.6 millones de adultos en los estratos socioeconómicos C/AB, afiliados a la seguridad social, al Seguro Popular o sin protección financiera ([ver el cuadro 62 ►](#)). El riesgo por cubrir sería de 1.4 millones de egresos hospitalarios al año, lo que equivale a 73% del total, y reduciría el gasto de bolsillo hasta por \$5,470 millones de pesos, y la pérdida de ingresos sería hasta por \$3,621 millones de pesos anuales.

El seguro para trabajadores independientes sin protección financiera pública podría abarcar a 7.9 millones de trabajadores de los estratos socioeconómicos C/AB y sus familiares. Cubriría el total de las intervenciones de las que ahora se beneficia la afiliación al Seguro Popular, con la posibilidad de complementar intervenciones no cubiertas, tales como la insuficiencia renal. Los servicios se atenderían con una combinación de prestadores de servicios públicos y privados. De cubrir a 56% de los trabajadores, el gasto de bolsillo que podría reducirse sería de \$3,568 millones de pesos anuales.

Estarían todavía por definirse el costo y la cobertura específica de los diversos esquemas de colaboración, lo que dependería del análisis que hicieran las empresas, los organismos de la sociedad civil y las instituciones. Los esquemas exigirían la estrecha colaboración y la coordinación de los mercados y las políticas de salud, cuyos retos se abordan a continuación.

Coordinación de mercados y políticas de salud

Los modelos de colaboración público-privada dependen de marcos constitucionales y legales que propicien relaciones de confianza y transparencia, y exijan el mejor desempeño en beneficio de la población. La colaboración depende de lograr que los sistemas de salud tengan por eje, cada vez más, a las personas y no las estructuras de poder político o corporativo.

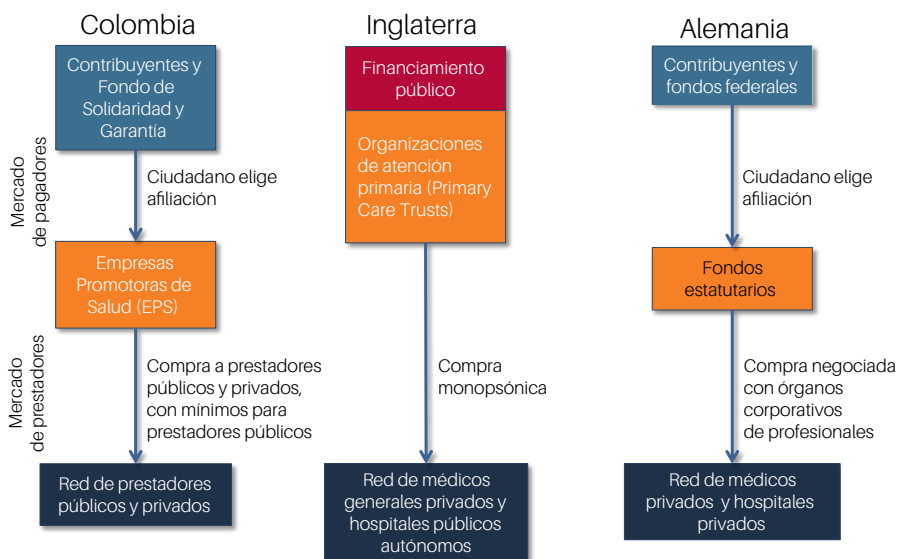
Muchos de los países de la OCDE –entre ellos Alemania, Chile, EU, Francia e Inglaterra, y fuera de este organismo, Argentina y Colombia– tienen una creciente



libertad de elección para propiciar que los servicios se adecuen a las necesidades de las personas, y han instrumentado la separación de las funciones de financiamiento y de prestación de servicios para facilitar el tránsito del orden político-burocrático al orden de gestión dirigido a las personas y a los resultados.⁹⁷

En estos países han surgido uno o dos mercados, según se haya involucrado al sector privado en la prestación de los servicios o en la gestión del financiamiento (figura 45). El primer mercado incluye a los pagadores; en él los ciudadanos tienen la obligación de escoger entre diferentes gestores financieros para asignar una cápita, que generalmente es aportada por los propios ciudadanos. El segundo mercado es el de los prestadores de servicios; en él las personas tienen la obligación de registrarse con un prestador de servicios, ya sea para la atención primaria continua o para la atención de necesidades específicas. Los sistemas de salud pueden tener ambos mercados o al menos uno de ellos. En Colombia y Alemania ambos están presentes, mientras que en Inglaterra sólo opera el mercado de prestadores de servicios.

Figura 45. Posibles combinaciones entre mercados de prestadores y de pagadores ejemplificados en diferentes países



Fuente: Modificado de Chernichovsky 2002.

⁹⁷ Chernichovsky D. "Pluralism, choice, and the state in the emerging paradigm in health systems", The Milbank Quarterly, 2002; 80(1): 5-40.

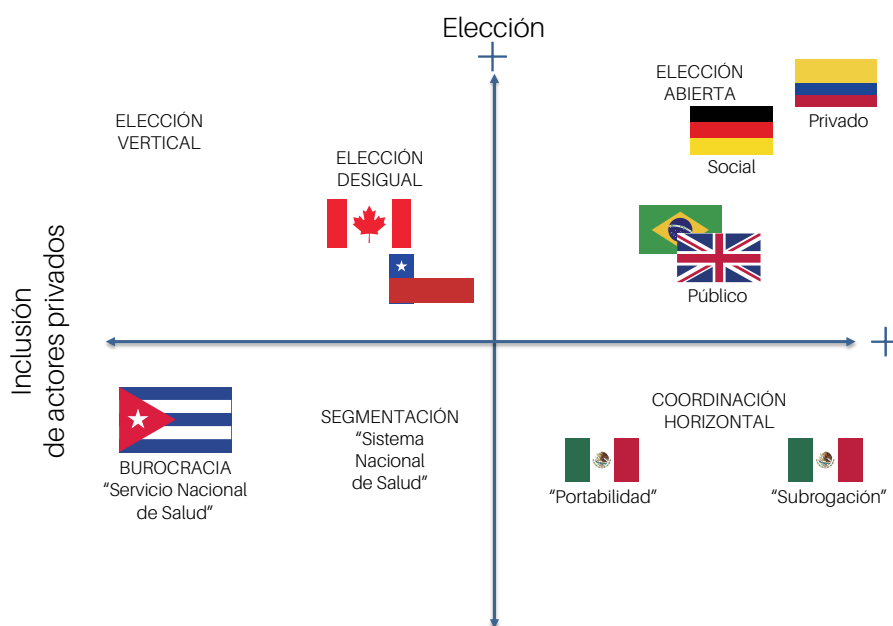


Las diferentes formas de combinar los dos mercados dibujan un mapa de posibilidades que van desde aquellas en que no hay elección de ninguna de las dos funciones, pasando por aquellas en que se elige al prestador de servicios, hasta las posibilidades en que se elige la gestión financiera. Cabe plantear una segunda dimensión en el desarrollo de los mercados, dependiendo de la medida en que los actores privados participen en el ejercicio de cada una de las dos funciones. Esta dimensión va desde la exclusión de los actores privados, pasa por la apertura de su participación sólo para la prestación de servicios y llega hasta la inclusión de actores privados para la gestión financiera.

Al dibujar un mapa con cada uno de los dos ejes pueden identificarse seis modelos: burocracia, segmentación, elección vertical, elección desigual, coordinación horizontal y elección abierta (figura 46).

Burocracia. El de Cuba es un ejemplo de este modelo, que se caracteriza por la exclusión de los actores privados y el ejercicio de las diversas funciones del sistema de salud por una o más instituciones de Estado. En el eje de la elección predominan actores públicos de alto nivel, como los gobernantes y los financia-

Figura 46. Posicionamiento de los sistemas de salud según su grado de inclusión de actores privados en redes de atención financiadas públicamente y según el grado de elección ciudadana de los prestadores y gestores financieros



Fuente: Elaboración propia.



dores, que deciden, con una escasa participación ciudadana, sobre todas las funciones e incluso sobre la conformación de las redes de atención.

Segmentación. El de México es, por supuesto, un ejemplo de este modelo en que coexisten la medicina pública y la privada. Las diversas instituciones públicas aplican mecanismos de coordinación burocrática a lo largo de los programas, y hay una exigua coordinación de las instituciones públicas entre sí y con los prestadores de servicios privados. La segmentación supone que cada institución –incluyendo a los prestadores de servicios privados– atiende con recursos propios a poblaciones distintas, aunque en realidad –como ya se vio en este diagnóstico– hay un traslape significativo de la demanda entre las instituciones y de la población.

Coordinación horizontal. Este modelo también se observa en México, cuando para resolver necesidades apremiantes del modelo burocrático, los prestadores de servicios de salud liberan presupuesto de manera extraordinaria a fin de adquirir servicios personales selectivos en el sector privado o con otras instituciones públicas. Tal es el caso de la “subrogación” de servicios, sobre todo en la seguridad social, para la atención de población que está fuera del alcance de la cobertura de los servicios públicos. Más recientemente, los contratos de servicios integrales han permitido atender enfermedades crónicas y especialidades de alto costo. Es también el caso de los convenios de intercambio entre instituciones públicas bajo el concepto de la “portabilidad”, estrategia implementada a partir de 2006.

En este modelo la población no puede elegir entre un prestador de servicios público y uno subrogado o entre dos públicos. Muchas veces el prestador de servicios subrogado no busca diferenciarse del público, ya que la prestación de los servicios no depende de la elección del paciente. El Seguro Popular ha dado mayor atención al pago a uno u otro tipo de prestadores de servicios (públicos y privados) para favorecer la oferta y el acceso para sus beneficiarios. No obstante, el acceso depende sobre todo de la referencia de un prestador de servicios público, sin que medie la elección del beneficiario.

Elección vertical. Este modelo consistiría en la prestación de servicios por elección de las personas al interior de las instituciones públicas. Sería el caso si las personas pudieran elegir su prestador primario de servicios de salud, o incluso la unidad de atención hospitalaria, en función de la cercanía o la reputación. Para ello tendría que haber al menos una mínima separación de las funciones de financiamiento y prestación de servicios, tal que las consecuencias de la elección de los pacientes se transmitieran a los prestadores de servicios conforme a reglas y mecanismos de asignación del presupuesto sobre la base de la elección. Las instituciones públicas podrían transitar de la coordinación horizontal hacia la elección vertical si permitieran que el paciente eligiera a un prestador de servicios subrogado o bien de otra institución pública en convenio.



Elección desigual. El de Chile es un ejemplo de este modelo en que los prestadores de servicios privados se constituyen como prestadores institucionales con acceso a fondos públicos, pero las redes de prestación de servicios se mantienen separadas, enfocadas en poblaciones discretas. Las Isapres establecen redes de prestación de servicios privadas para los segmentos de mayores ingresos, financiadas con las contribuciones obligatorias de sus clientes. Conforme a este modelo, el Fonasa –el asegurador público para el segmento de escasos ingresos– apoya la participación de prestadores de servicios privados “de libre elección” cuando los servicios públicos no logran satisfacer las necesidades de la población. En este caso, los prestadores de servicios privados reciben pagos por servicio, por lo que hay un cierto nivel de competencia entre éstos y los prestadores de servicios públicos.

En el modelo de elección desigual de Canadá, en cambio, los prestadores de servicios privados pueden optar por apegarse ya sea a reglas de financiamiento público para dar acceso gratuito a los servicios de salud a la población asegurada públicamente, o bien a reglas de financiamiento privado que tienden a excluirlos del acceso al mercado financiado con recursos públicos. Las empresas aseguradoras no pueden vender pólizas de servicios que ya cubran los seguros públicos, sino sólo beneficios complementarios a los ya provistos.⁹⁸ Puesto que el financiamiento privado es de bolsillo, limita por diseño al mercado privado.

Elección abierta. Los sistemas de salud de los países de Europa occidental, Estados Unidos, Colombia, Brasil y Uruguay tienden hacia un modelo de amplia elección ciudadana, que integra a los prestadores de servicios públicos y privados, donde estos últimos pueden ser incluso mayoría. Pueden diferenciarse tres modelos de elección abierta: uno en que predominan los actores públicos –sobre todo para la gestión financiera– como en Inglaterra; otro en que predominan los actores sociales –entes privados que operan con estatutos públicos– como en Alemania y Colombia; y otro en que predominan los actores privados –empresas médicas y de seguros de salud, que pueden ser lucrativos o no serlo– como en Estados Unidos.

El modelo de elección abierta bajo la protección del Estado, como el de Inglaterra o el de Brasil, permite que hospitales predominantemente públicos ofrezcan atención privada, o que hospitales privados participen en la oferta de servicios con financiamiento público, lo que ocurre sobre todo para la atención de cirugías electivas. El paciente escoge el hospital a discreción, orientado por su prestador de servicios primario. En Inglaterra todos los hospitales públicos están conformados como organismos autónomos y reciben –al igual que sus contrapartes privadas–, un pago fijo por caso atendido. Los prestadores de servicios privados están íntimamente relacionados con la red de atención primaria, que

⁹⁸ Colleen M. Flood, T Archibald, “The illegality of private health care in Canada”, CMAJ. 2001 Mar 20; 164(6): 825-830.



en Inglaterra está constituida sobre todo por prestadores de servicios privados (los GP) contratados con recursos públicos. El sistema de competencia hospitalaria inglés ha probado reducir los costos e influir en la mortalidad por infarto agudo de miocardio.⁹⁹

Los modelos de Colombia y Alemania dejan ver una mayor integración de los prestadores de servicios públicos y los privados, a quienes las personas escogen libremente. La elección es obligatoria en la medida en que la población debe, por ley, estar afiliada a una empresa aseguradora de estatuto público, las Empresas Promotoras de Salud (EPS), que compiten por la afiliación de los ciudadanos. Las EPS reciben, a cambio, una cápita deducida de la nómina de los empleados; una cápita fija en Colombia, y variable según los costos de la empresa aseguradora en Alemania. Los prestadores de servicios privados son mayoritarios en ambos países y participan de la cartera pública conforme a leyes nacionales que reconocen explícitamente la colaboración público-privada.

En Colombia, las EPS participan en dos regímenes: el Contributivo y el Subsidiado. En el primero financian y gestionan sobre todo a prestadores de servicios privados, y reciben su pago directamente de las empresas como contribuciones de los trabajadores y de los patrones. En el Régimen Subsidiado, el presupuesto público financia a las EPS y éstas financian, a su vez, con mayor volumen e incluso con ciertas obligaciones, a los prestadores de servicios públicos, quienes participan con los prestadores de servicios privados en redes de atención integradas por las propias EPS.

En Alemania, en cambio, los fondos estatutarios de seguridad social –entidades de carácter social regidas por un estatuto público nacional– financian a los prestadores de servicios, que son predominantemente privados. No obstante, los prestadores de servicios de primer nivel están organizados nacionalmente bajo un estatuto público, lo que les permite tener una negociación gremial única con el conjunto de los fondos estatutarios. Los hospitales son, por su parte, en su mayoría privados, y los hay lucrativos y no lucrativos.

Discusión

México está transitando de un modelo de segmentación puro hacia otro donde la elección y la participación privadas –sobre la base de la coordinación horizontal– empieza a adquirir mayor importancia. La evaluación de este tránsito, sin embargo, deja ver limitaciones en la capacidad de lograr la portabilidad de derechos y el intercambio de servicios entre las instituciones.¹⁰⁰ Por otra parte, el marco cons-

⁹⁹ Zack Cooper, Stephen Gibbons, Simon Jones and Alistair McGuire. "Does Hospital Competition Save Lives? Evidence From The English NHS Patient Choice Reforms", London, LSE Health Working paper No: 16/2010 January 2010.



titucional y el marco legal inhiben severamente la participación del subsistema privado de atención de la salud en la prestación de servicios personales, ya que las instituciones públicas restringen por ley la concurrencia por el financiamiento público y optan por la subrogación como medida de emergencia.

El subsistema privado de atención de la salud se ha mantenido en una posición subsidiaria del subsistema público, cuando la tendencia en los sistemas de salud en el mundo es hacia invertir estos papeles. Si bien la Cofece en México ha observado prácticas no competitivas entre los proveedores de las instituciones públicas, habría –como ya se dijo– que analizar la situación de monopolio de las instituciones públicas sobre el gasto en servicios personales de salud. La Ley Federal de Competencia Económica de 2014 establece claramente que el Estado no puede ejercer este monopolio, y abrió camino para una controversia constitucional que permita a México transitar hacia modelos de mayor competitividad en salud, como sería el de Elección abierta.

¹⁰⁰ González MA, C López Santibáñez y col. Evaluación y Estrategias de Portabilidad y Convergencia hacia la integración del Sistema Nacional de Salud, Resúmenes Ejecutivos 2011, INSP, México.



XI. Conclusiones

La producción bruta total del subsistema privado de atención de la salud

El crecimiento del subsistema privado de atención de la salud fue menor al de la economía nacional, con diferencias significativas entre las diversas ramas de actividad. La atención ambulatoria a domicilio y en los centros de atención está creciendo a tasas mucho más elevadas, en competencia con los hospitales.

La PBT del sector privado de atención de la salud en 2013 fue de \$370,112 millones de pesos, el equivalente a 2.3% del PIB. Desde 2003, el crecimiento económico fue de 1.2% anual, lo que se traduce en un incremento de 13% durante el periodo, por debajo del crecimiento del PIB nacional, de 2.2% anual.

La rama de mayor aporte a la PBT fue la fabricación de medicamentos, con 41.2% del total. La siguen las farmacias, con 14.1%, y los hospitales generales, con 9.7%. Cabe aclarar que los 94 hospitales de más de 50 camas –3.2% del total de unidades en el país– concentran 64% de la PBT de este ramo.

Las ramas de mayor crecimiento de la PBT en el periodo 2003-2013 fueron los servicios de enfermería a domicilio, con 18.2% anual, y los centros para la atención de pacientes que no requieren hospitalización, con un alza de 10.2%. En cambio, las ramas de los hospitales y los consultorios crecieron a una tasa de 4.7% y 1.5% anuales, respectivamente. La atención ambulatoria de enfermería y los centros de atención crecieron en competencia con la atención hospitalaria, lo que genera eficiencia en el subsistema privado.

La producción bruta total hospitalaria está sumamente concentrada en las unidades de mayor tamaño.

Los 93 hospitales de más de 50 camas (3.2% del total) dirigidos a los estratos de mayores ingresos produjeron 64.1% del producto bruto hospitalario. Esta concentración señala una muy baja competitividad y podría ser en parte responsable de la mayor inflación observada en las pólizas de GMM.

Empleo y remuneración

El subsistema privado concentra más médicos generales que especialistas.

El subsistema privado de atención de la salud emplea a cerca de 67,900 médicos, es decir, 29% del total en México; 52,200 médicos generales y 15,700 espe-



Conclusiones

cialistas, es decir, 33% de los médicos generales y 22% de los especialistas del país. Emplea, no obstante, hasta 80% de los dentistas, y a sólo 8% del personal de enfermería. Los médicos especialistas tienen muchas probabilidades de emplearse en el subsistema privado y en el público.

La remuneración del personal en el subsistema privado es inferior a la del personal del público, mas no entre los especialistas.

La remuneración promedio del empleo en el subsistema privado de atención de la salud es de \$107,000 pesos anuales por persona, cifra inferior a los \$114,000 pesos del empleo en el subsistema público a nivel nacional. Los consultorios remuneran a su personal profesional, técnico y general con \$63,000 pesos anuales en promedio, cifra inferior a la del conjunto de las ramas de la salud.

La remuneración del subsistema privado a los médicos generales está por debajo de la del subsistema público: 22% de los médicos del subsistema privado perciben arriba de cinco salarios mínimos, contra 48% de los médicos del subsistema público. Lo que no ocurre entre los médicos especialistas, pues 67% de los del subsistema privado, y 71% de los del público, reciben arriba de cinco salarios mínimos.

Estas diferencias en el ingreso entre los dos subsistemas puede estar entre los motivos por los que la proporción de médicos en el sector privado está decreciendo respecto del público; pasó de 41% en 2000, a 29% en 2016.

La rentabilidad del subsistema privado de atención de la salud

La rentabilidad del subsistema privado tiende a la baja, y es ligeramente superior a la media nacional.

En 2013, el sector privado de atención de la salud tuvo una rentabilidad promedio de 62 centavos por peso invertido en activo fijo, cifra mayor a la de la economía nacional en su conjunto, de 57 centavos por peso invertido. La rama de mayor rentabilidad fue la de la distribución de productos farmacéuticos, con \$4.1 pesos, mientras que las farmacias comunitarias fueron la tercera rama por su rentabilidad, de \$1.2 pesos. La rentabilidad de los hospitales fue inferior al promedio, con 33 centavos.

Desde 2003, la rentabilidad del subsistema ha decrecido 11% al año. Las ramas de mayor decremento son la producción farmacéutica, con 17.1% anual, y la fabricación de insumos para la salud, con 12.1%. La rentabilidad de los hospitales generales -89% del total- disminuyó su razón 4.9% al año. Pasó de 55 centavos por peso invertido en activo fijo en 2003, a 33 centavos en 2013, a pesar de haber incrementado su PBT a una tasa de 5.6% anual en el mismo periodo. No obstante, la rentabilidad de los hospitales mayores -de entre 501 y 1,000



empleados- fue de 50 centavos por peso invertido en 2013. En contrapartida, la rentabilidad de los hospitales de ente 51 y 100 empleados fue de 20 centavos por peso invertido, lo que se asocia con que entre 2005 y 2015 desaparecieron 262 hospitales chicos.

Gasto en salud privado

La inflación en el subsistema privado de atención de la salud

La inflación del subsistema privado de atención de la salud pagado de bolsillo, que atiende principalmente a los estratos de menores ingresos, está a la par de la inflación general, lo que sugiere un alto grado de competencia por la atención. La fabricación de medicamentos, no obstante, muestra una inflación por arriba del promedio.

De 2004 a 2016 la inflación anual promedio en el ámbito de la salud fue de 4.2%, a la par de la inflación general, que fue de 4.0%. Sin embargo, rubros como el de los medicamentos pagados de bolsillo en las farmacias duplicaron sus precios, al incrementar 5.6% al año. La baja inflación en los servicios pagados de bolsillo sugiere una alto índice de competitividad por atraer pacientes que tienen alternativas de atención gratuita.

El costo de la atención médica cobrado a los seguros privados muestra una inflación superior a la inflación del subsistema en su conjunto.

Entre 2010 y 2015, las pólizas de seguros de salud tuvieron una inflación de 6.1% al año, dos puntos por arriba de la inflación del subsistema privado en general.

La inflación en el sector asegurador está influida por el modelo de atención centrado en los especialistas independientes y en la carencia de una regulación que promueva la eficiencia y la competencia.

La inflación en el servicio hospitalario se relaciona con la demanda de servicios sin mecanismos de contención de costos, sobre todo cuando las pólizas tienen altos niveles de indemnización. Médicos especialistas independientes coordinan la demanda con independencia de la relación de costo-efectividad de los tratamientos, y sin la intermediación de las empresas aseguradoras. Los hospitales son seleccionados por su calidad percibida, y no necesariamente por sus resultados ni por su costo.

La inflación hospitalaria está influida por la concentración económica de los hospitales y de los especialistas.

La elevación de los precios de la atención hospitalaria se relaciona con la alta concentración en el sector. Tan sólo 3.2% de los hospitales de 50 camas y más



aporta hasta 64% del valor de la PBT. Por otra parte, hasta 52% de la atención hospitalaria financiada por las empresas aseguradoras es atendida por ocho grupos hospitalarios. La oferta de los médicos especialistas, por su parte, está disminuyendo respecto de la demanda, ya que las tasas de formación son más bajas que las de retiro del mercado.

La prestación de servicios ambulatorios de salud

Los consultorios médicos son el segundo grupo más numeroso del sector y representa, junto con las farmacias, un gran reto para su regulación.

Los prestadores de servicios de salud ambulatoria forman el segundo grupo más numeroso de las unidades independientes del subsistema privado de atención de la salud, sólo después de las farmacias comunitarias. De 2003 a 2013, el crecimiento de los consultorios fue de 3.4% anual. El promedio de médicos privados es de 57 por cada cien mil habitantes. Su distribución es dispar entre las entidades federativas, si bien más homogénea que la de los hospitales.

Los médicos privados proveen 44.4% de las consultas a nivel nacional, más que cualquier institución pública.

La demanda de prestadores de servicios privados se explica, en gran parte, por su mayor accesibilidad respecto de los prestadores de servicios públicos. La atención de los prestadores privados –sobre todo de quienes ejercen en los CAF– está más cerca, es más rápida, es satisfactoria y más efectiva en la percepción de la mejoría. Además, los costos para el consumidor son bajos, incluyendo, en muchos casos, los de los medicamentos.

Los médicos privados participan de manera importante en la atención médica de los beneficiarios de las instituciones públicas, pero no se coordinan para su atención.

Los médicos privados proporcionan entre 31% y 33% de la atención de primer contacto de los beneficiarios de las instituciones públicas. Sin embargo, los subsistemas privado y público carecen de mecanismos de referencia y contratación que les permita colaborar de manera efectiva.

La satisfacción con la atención ambulatoria que ofrecen los médicos privados es superior a la que logran los prestadores de servicios públicos, con retos en la calidad prescriptiva y en su enfoque en la prevención.

Los procesos de la atención de los médicos privados logran mayor satisfacción, y la espera es diez veces más corta por consulta, que la de los prestadores públicos. Los médicos privados logran incrementar la razón de probabilidades de percibir mejoría con la atención médica después de la consulta hasta 2.7 veces



Conclusiones

entre los médicos en consultorios independientes, y 3.4 veces entre quienes ejercen en los CAF.

La consulta ambulatoria privada contribuye a la productividad con 15 millones de días al año, al sustituir la atención pública y reducir el tiempo de espera.

La demanda de servicios ambulatorios de salud privados está condicionada, en gran parte, por el ahorro de tiempo para pasar a consulta, por el resultado en el alivio de los síntomas y, por consiguiente, en la recuperación de la capacidad laboral. De allí los altos niveles de demanda en sustitución de los servicios públicos.

La atención médica ambulatoria encara retos relativos a la calidad.

El surgimiento de los CAF implica retos relativos a la calidad en la prescripción de medicamentos, a la oportunidad para la detección oportuna de enfermedades crónicas, y para su participación en los programas de salud pública.

La industria farmacéutica

Si bien la industria está introduciendo medicamentos innovadores al mercado, su acceso a las instituciones públicas está limitado, presionando el gasto de bolsillo y de las aseguradoras en el mercado privado.

El poco crecimiento económico del país y la reducción del ingreso de los hogares está afectando el crecimiento de la industria farmacéutica, tanto en el mercado privado como en el institucional. La Cofepris y el Consejo de Salubridad General han autorizado eficientemente nuevas moléculas, pero el acceso de nuevas moléculas a los cuadros básicos institucionales ha decrecido, si bien con un pequeño repunte. Esto obliga a los pacientes que necesitan estos medicamentos a obtenerlos en farmacias y hospitales privados, con la consecuente presión sobre el gasto de bolsillo.

Los medicamentos genéricos prometen reducir el gasto de bolsillo y el gasto institucional en salud. No obstante, la inclusión de nuevos genéricos al mercado y el impacto sobre los precios de los que ya se introdujeron están limitados por trabas a la competitividad.

La venta de medicamentos genéricos responde al derecho de todos los ciudadanos, toda vez que la concesión del monopolio para la venta de medicamentos innovadores prevé la eventual competencia y el acceso universal y de bajo costo, una vez que vencen las patentes. No obstante, la poca competitividad en el mercado desincentiva a las empresas para competir en la introducción de una amplia gama de genéricos en cuanto vencen las patentes. Además, los precios de los genéricos no han bajado tanto en México como en otros países. La Cofece está analizando la situación, si bien la promoción de la competitividad debe considerar al sistema de salud en su conjunto.



Conclusiones

La industria farmacéutica vincula como ningún otro actor a los subsistemas público y privado y es un actor emergente en el liderazgo del subsistema privado

La industria farmacéutica vende 30% del valor de los medicamentos a las instituciones públicas, lo que la convierte en un actor con alto potencial para vincular a los dos subsistemas. No obstante, las estrategias de venta son muy diferentes, lo que limita el potencial para lograr economías de escala.

La importancia de la industria farmacéutica para el subsistema privado, su alcance, sus promesas y sus retos son reconocidos entre los médicos, sobre todo entre los especialistas, así como por los grandes hospitales y los seguros privados. No obstante, otros actores del subsistema privado no identifican aún el significado de la industria farmacéutica ni cuentan con estrategias para lograr su alineamiento hacia objetivos comunes. El crecimiento de los medicamentos innovadores en el subsistema privado –a expensas del público– está presionando el gasto de bolsillo.

Las farmacias comunitarias

Las farmacias comunitarias constituyen el grupo más numeroso y el que empleos genera en el sector privado. Son, en su mayoría farmacias pequeñas.

El grupo de farmacias comunitarias está conformado por 81,279 establecimientos. Es el grupo más numeroso del subsistema privado de atención de la salud, con las unidades más rentables –sobre todo las más grandes–, incluyendo las unidades más chicas y más dispersas. Tiene, no obstante, el mayor número de personas empleadas, mal calificadas y mal remuneradas.

Las farmacias comunitarias evidencian la importancia de la compra de medicamentos de bolsillo en respuesta a la insatisfacción con las instituciones públicas. En el segmento de mayores ingresos, las farmacias están dispensando los medicamentos innovadores y de costo elevado que no incluyen los cuadros básicos institucionales.

Las farmacias comunitarias son un actor marginal del subsistema privado de atención de la salud, con potencial para incrementar su participación en las relaciones con los demás actores del mercado.

Las farmacias independientes están organizadas en torno a asociaciones comerciales que les brindan apoyo e inciden en su calidad, todo ello en respuesta a la competencia por parte de las farmacias de cadena y en los supermercados, que están incrementando aceleradamente su participación. Sin embargo, las asociaciones comerciales vinculan sobre todo a las pequeñas empresas y tienen un papel marginal en la estrategia del sector.



Hay oportunidades para que las farmacias adquieran un papel de mayor importancia estratégica, sobre todo de las farmacias de cadena con médicos generales a su servicio. Los distribuidores y la industria farmacéutica ya las reconocen como un actor con potencial para cambiar las relaciones comerciales. Esto, y su consideración como grandes empleadores, da indicios de su capacidad para orientar estrategias hacia su desarrollo y su mayor participación en el mercado.

Los laboratorios de análisis clínicos y de imagen

Los laboratorios son un importante componente del subsistema de salud privado.

Los laboratorios de análisis clínicos y los gabinetes de imagen tienen cerca de 11,900 unidades en el país, y un crecimiento anual de 5.5%. Ocupan 5% del personal del subsistema, con 46,000 empleados.

Prestadores de servicios hospitalarios

Los hospitales privados cubren 22% de los egresos hospitalarios en México y tienen potencial para expandir su participación.

Los hospitales privados ascienden a 2,960 unidades en el país, y aportan 46% de las camas censables y 22% de los egresos. Con una subocupación mayor a 50% de su capacidad, los hospitales privados pueden incrementar la oferta para complementar la oferta pública, sin necesidad de realizar mayores inversiones.

Los hospitales privados son, en su mayoría, unidades pequeñas con servicios de poca complejidad y bajo costo, más orientados a la población de escasos ingresos. Los hospitales de mayor complejidad y tamaño son pocos y están orientados a la población de mayores ingresos y con cobertura de seguros privados.

La mayoría de los hospitales privados son chicos, con un promedio de 11.5 camas censables y una ocupación inferior a 29%. Sólo 94 hospitales disponen de más de 50 camas (3.2% del total), y tienen una ocupación de 48%. Por otra parte, los grandes hospitales se concentran en las grandes urbes, mientras que los chicos tienden a localizarse en comunidades menos desarrolladas.

Los hospitales privados han sufrido una disminución de los egresos totales, a expensas de los hospitales públicos

La participación de los hospitales privados en los egresos a nivel nacional ha decrecido en términos absolutos. También decrecieron los egresos respecto de la población total. Esta disminución está ligada al fortalecimiento de los hospitales públicos y a la disminución del número de unidades hospitalarias, a expensas de los hospitales de menor tamaño.



Conclusiones

Los hospitales privados muestran altos índices de concentración geográfica, y los más grandes están concentrados económicamente.

Los hospitales privados se ubican principalmente en municipios de alto nivel de desarrollo, y los más grandes, en municipios de muy alto nivel de desarrollo. Los hospitales de 50 y más camas que atienden a la población asegurada privadamente muestran una alta concentración económica, pues un solo grupo atiende 20% de los casos.

Los centros de atención ambulatoria especializada y los hospitales más chicos representan una competencia directa para los hospitales más grandes.

El incremento de los precios en los hospitales grandes podría ser una de las razones del crecimiento del número y rentabilidad de las unidades de atención ambulatoria especializada. Este crecimiento puede derivarse también de la búsqueda de ahorros mediante el uso de servicios ambulatorios, como los de quimioterapia, endoscopia y rehabilitación física. Estas unidades están convirtiéndose en la rama de mayor crecimiento en su rentabilidad.

Los hospitales combinan, conforme a su tamaño, los egresos hospitalarios con las intervenciones diagnósticas y de tratamiento. Cuanto más chicos son, los hospitales tienden a concentrarse más en la consulta externa –incluso de primer contacto– y menos en las actividades hospitalarias. Ello sugiere que hay una atención más integral de los pacientes que en los hospitales grandes, quizá vinculado a sus menores costos.

Los hospitales compensan la disminución de egresos con el incremento de servicios de diagnóstico. En ausencia de economías de escala, al ampliar la infraestructura tecnológica disminuye la rentabilidad y presiona la inflación en el sector.

Los hospitales más grandes ofrecen más exámenes de diagnóstico y tratamientos médicos que los hospitales más chicos. Los hospitales privados han adquirido equipo de diagnóstico para incrementar su infraestructura. La densidad del equipo de resonancia magnética y tomografía creció a tasas aceleradas, lo que subsana carencias, pero también expone al uso innecesario, de no apegarse a las GPC. Actualmente se desconoce la calidad, la seguridad y la eficiencia del uso de medicamentos, dispositivos médicos, y procedimientos médicos o quirúrgicos entre otros.

Se ha invertido en equipos diagnósticos en unidades hospitalarias pequeñas que son difíciles de financiar por las aseguradoras y sobre todo con un mercado restringido por el pago de bolsillo. El resultado ha sido, por un lado, la duplicación de equipos en zonas de altos ingresos, que exceden las necesidades de la población, y por el otro, su carencia en zonas de bajos ingresos. La duplicación afecta la rentabilidad de los hospitales y presiona la inflación del sector, que busca recuperar la inversión.



Conclusiones

La calidad de la atención en los grandes hospitales privados se ha avalado en áreas selectas. Si bien hace falta una evaluación sistemática, ya se identifican diversos retos.

Son escasas las evaluaciones sistemáticas de las variaciones en la calidad de los procesos de atención y los resultados de la atención ambulatoria de la salud del subsistema privado de atención de la salud, así como de su comparación con los del subsistema público. Los pocos estudios disponibles de grandes hospitales privados indican mejores resultados de mortalidad *post-hospitalaria* para padecimientos como el infarto agudo de miocardio. No obstante, los hospitales privados presentan muy altos índices de parto por cesárea

México encara un déficit de atención hospitalaria por las necesidades que imponen las enfermedades crónicas.

México tiene un déficit de egresos hospitalarios de 118% de la oferta actual del sistema de salud. Este déficit es resultado del incremento de las enfermedades crónicas y del lento crecimiento de la infraestructura hospitalaria tanto pública como privada. Y va a elevarse a 136% para 2030, de no intensificarse la hospitalización o modificarse drásticamente el perfil de las enfermedades crónicas. Se abre, por lo tanto, una gran oportunidad para la colaboración público-privada en la inversión y la prestación de servicios de salud.

El financiamiento privado en salud

El aseguramiento privado propicia el acceso a la atención médica, particularmente a la hospitalización.

Destaca la importancia del seguro privado para el acceso a la atención quirúrgica, en comparación con quienes tienen protección de alguna institución de la seguridad social. El efecto que tiene el seguro médico para facilitar el acceso a las cirugías podría indicar el acceso efectivo a la atención de problemas clínicos de salud.

Si bien la mayor parte de la población goza de alguna forma de protección financiera de la salud, el gasto de bolsillo en el renglón señala altos niveles de subaseguramiento.

El 85.4% de la población tiene alguna forma de protección financiera pública. No obstante, el gasto de bolsillo en servicios de salud en México es de los más altos del mundo, con 45% del total del gasto en salud, contra sólo 19% en el promedio de los países de la OCDE. La cobertura universal de protección financiera depende de que se cubran con calidad las necesidades de los asegurados, y se evite el gasto de bolsillo y la fragmentación de los procesos de atención. El principal problema de México en materia de protección financiera es hoy, así, el subaseguramiento.



Conclusiones

La población sin protección financiera se concentra entre los trabajadores independientes.

De la población sin protección financiera, 71% pertenece a los estratos del D al A, y se compone sobre todo de trabajadores independientes. Esta situación evidencia la oportunidad de diseñar la regulación y la venta de productos alternativos de protección financiera, sobre todo de colaboración público-privada.

La cobertura de pólizas de GMM se concentra en un segmento reducido de la población.

Sólo 7.8% de la población tiene un seguro de GMM privado, si bien los seguros privados mostraron un rápido crecimiento, de 66.7% entre 2007 y 2016, para alcanzar una cobertura de 9.93 millones de asegurados. La participación de los seguros privados es particularmente baja en los planes de gastos médicos, en tanto que países como Brasil alcanzan tasas de 20% en estos planes debido, sobre todo, a una regulación encaminada a lograr la complementación del financiamiento público y el privado de atención de la salud.

El mercado de pólizas de GMM está sumamente concentrado.

Sólo cinco de 32 empresas aseguradoras participan con 76% del mercado de GMM, según el valor de las primas.

El crecimiento de la población asegurada con pólizas privadas ha sido mucho mayor que el crecimiento del aseguramiento público en el IMSS y el ISSSTE.

El crecimiento del número de personas con seguro privado ha sido de 6% anual. El aseguramiento público en el IMSS durante el mismo periodo es de 3.4%, y el del ISSSTE, de 2.0%. El número de afiliados al Seguro Popular creció, en cambio, a un ritmo mayor, de 11.2% anual.

El crecimiento de la población que tiene un seguro privado se asocia al surgimiento de hospitales más grandes, y al decremento de las unidades más pequeñas.

Los seguros privados de salud podrían estar facilitando el acceso a los hospitales privados de mayor costo y complejidad, lo que podría estar favoreciendo, a su vez, la inversión. Por otra parte, el decremento del número de unidades más pequeñas y de menor costo podría estar generando una mayor demanda de grandes hospitales.

Las empresas aseguradoras privadas reducen el gasto hospitalario del IMSS y el ISSSTE en hasta 7.6% al facilitar el acceso a servicios privados a los beneficiarios con doble seguro.



Conclusiones

El doble aseguramiento de los empleados de mayores ingresos con el IMSS o el ISSSTE y con una aseguradora privada se traduce en beneficios para las instituciones de la seguridad social al sustituir su demanda. No obstante, las empresas aseguradoras privadas no sustituyen toda la demanda hospitalaria pública: dados los deducibles y coaseguros que encaran, entre otras razones, los empleados con doble seguro se ven obligados a atenderse en los servicios públicos.

Liderazgo

El subsistema privado de atención de la salud es liderado por sólo cuatro actores, quienes comparten pocos temas de interés.

La industria aseguradora, los reguladores y los hospitales medios y grandes lideran el subsistema privado al procurar ser escuchados y atraer la atención de los demás. No obstante, sólo comparten cuatro grandes temas de interés estratégico: la calidad de la atención, las estrategias de comercialización, la relación con el personal médico, y la formación y la capacitación. Temas de vital importancia como la inflación o la colaboración público privada tienen bajo consenso.

La segmentación del mercado atendido y la diferenciación de modelos de negocio no se perciben claramente como retos para el desarrollo estratégico.

Destaca la falta de apreciación de la segmentación del subsistema privado en mercados que reflejan la desigualdad socioeconómica del país. También llama la atención la poca apreciación de los diversos modelos de negocio que están surgiendo para la medicina privada en este contexto. La visión de los actores se enfoca principalmente en el segmento de mayores ingresos y en el liderazgo de los hospitales y los médicos especialistas.

Regulación

La regulación del subsistema privado está a cargo del gobierno, con muy escasa participación de los organismos profesionales.

Los 68,000 médicos privados y 78,000 dentistas del país deben ser regulados para garantizar la seguridad de los pacientes y favorecer la calidad de la atención. No obstante, ningún organismo de la sociedad civil aborda tareas complementarias a la regulación gubernamental. La colegiación de los médicos es muy baja, mientras que la participación de los consejos está en la certificación de las especialidades.

El Ejecutivo Federal propuso fortalecer la regulación gubernamental, pero el Legislativo no consideró la Iniciativa de Ley.



Conclusiones

Se propuso establecer la Comisión Federal para la Regulación y Vigilancia de los Establecimientos y Servicios de Atención Médica, órgano que tomaría funciones que por ahora corresponden a la Cofepris y otros organismos gubernamentales, y compartiría su presupuesto. Pero el nuevo arreglo llevaría a segmentar funciones que están integradas en la Cofepris, sin hacer obligatorias funciones para el informe de indicadores ni promover el uso de GPC y protocolos de atención.

Habría de revisarse si las instituciones públicas no están incumpliendo con la Ley Federal de Competencia Económica al restringir la compra de servicios privados de salud

La reforma constitucional y la Ley Federal de Competencia Económica de 2013 y 2014 señalan la importancia de la competencia, incluyendo aquella de los servicios públicos de salud. De abrirse la competencia entre las instituciones públicas y con el subsistema privado, se podría regular con mayor facilidad al sistema de salud en su conjunto, incrementando la eficiencia y la calidad. La compra de servicios privados estimularía la inversión privada y contribuiría a resolver el déficit de inversión pública.

La Comisión Federal para la Regulación de Servicios de Salud propuesta por el Ejecutivo abordaría sólo seis de las 23 funciones que ya regulan las superintendencias en diversos países de América Latina.

La nueva Comisión ampliaría la información que se brinda a los usuarios, y la información de la calidad y la vigilancia de los servicios públicos y privados de salud. Con relación a la regulación de los prestadores de servicios privados, abordaría la tecnología. Fortalecería también a la Conamed. No abarcaría funciones clave para el subsistema privado como la evaluación de tecnología, la promoción de prestadores de servicios en áreas clave, o la información de costos, como se hace en otros países. De aquí que se considere que las nuevas propuestas para mejorar la regulación deben incluir los cuatro tipos de regulación identificados en este diagnóstico: eficiencia, competencia, utilización y seguridad, a fin de coadyuvar en el desarrollo estratégico del subsistema privado.

Colaboración público-privada

Los prestadores de servicios privados de atención ambulatoria propusieron estrategias de colaboración con las redes públicas.

Se identificaron 12 grandes estrategias de colaboración, entre las cuales las de mayor factibilidad son el enfoque en la calidad de la atención, el empoderamiento ciudadano y de los formadores de recursos humanos, el establecimiento de sistemas de investigación e información sobre la colaboración, y los esquemas de evaluación de los beneficios de la colaboración.



Conclusiones

La experiencia de asociación público-privada en México es incipiente pero exitosa.

México fue pionero en América Latina en las asociaciones público-privadas para la inversión en hospitales. Existe potencial para ampliar las APP a la remodelación y la renovación de hospitales, a la instalación y operación de plataformas tecnológicas de alto costo, y a la prestación de servicios con financiamiento público para complementar los de los prestadores de servicios públicos.

Los sistemas de salud en el mundo están transitando hacia sistemas de salud basados en el financiamiento público, y con elección ciudadana tanto de los prestadores de servicios como de los gestores financieros.

México está quedando a la zaga de países como Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Perú y Uruguay, que han instituido esquemas constitucionales para canalizar el financiamiento público a la satisfacción de las necesidades de salud sobre la base de una mayor elección ciudadana y una mayor competencia entre los prestadores de servicios de salud, ya sean públicos o privados.

Las instituciones de salud de México han incrementado gradualmente su relación con el subsistema privado, sobre todo en el Seguro Popular.

La compra de servicios personales privados de salud por las instituciones públicas se ha limitado a subsanar deficiencias, y no se ha considerado su competencia como instrumento para fomentar la eficiencia y la calidad. El Seguro Popular tiene una política más abierta en cuanto a las intervenciones de alto costo, si bien sigue operando con un esquema limitado. La Ley Federal de Competencia Económica de 2014 establece la ilegalidad del monopolio público en la prestación de servicios de salud, por lo que podría darse un cambio en los marcos de procuración de servicios financiados con recursos públicos.



XII. Recomendaciones

El diagnóstico y sus conclusiones destacan las fortalezas, las limitaciones y las amenazas del subsistema privado de atención de la salud. Sobre todo, identifica las diversas vertientes de segmentación y diferenciación del subsistema, ya sea con respecto a la población servida, a los servicios otorgados o a su relación con el subsistema público de atención de la salud.

Se necesitan políticas y estrategias para aprovechar las fortalezas, superar las limitaciones y contener las amenazas que se presentan a cada uno de los mercados y componentes del subsistema privado de atención de la salud. Se necesita, en suma, un subsistema privado más integrado, confiable y eficiente, con un claro impacto sobre la calidad, el costo y los resultados en salud que ofrece a la población. Un subsistema que favorezca la preparación de recursos humanos para la salud y logre una mayor complementación en el seno del Sistema Nacional de Salud, con criterios explícitos de colaboración público-privada y de elección ciudadana de los prestadores de servicios, e incluso de los gestores financieros.

El subsistema privado de atención de la salud debe cumplir cuatro objetivos: seguridad, calidad, eficiencia y liderazgo. Seguridad al no hacer daño –al menos– al ofrecer sus productos y servicios. Calidad, al generar un cambio positivo en el estado de salud de la población. Productividad, al lograr los dos objetivos anteriores al menor costo posible. Liderazgo, finalmente, al actuar en conjunto para lograr objetivos compartidos por los actores, con el Estado y con la sociedad civil. Cada uno de estos objetivos debe considerarse en estrategias transversales y diferenciadas conforme a la segmentación y los mercados del subsistema de salud.

El fortalecimiento del subsistema privado de atención de la salud en la seguridad depende de la regulación, tanto del gobierno como de los organismos profesionales. Para ello se plantean las siguientes recomendaciones:

Seguridad

- Fortalecer la Cofepris, la Conamed y el Consejo de Salubridad general para que ejerzan las funciones de regulación, arbitraje y acreditación de manera clara, efectiva y sin conflicto de intereses, haciendo uso de la estructura y las capacidades ya desarrolladas, fortaleciendo la competencia que lleva a una mayor concurrencia en el mercado.
- Hacer obligatoria la acreditación y re-acreditación periódica de los hospitales.
- Hacer obligatoria la certificación de los médicos generales.



- Delegar a los colegios profesionales funciones de auto-regulación en estrecha coordinación con el Estado.
- Desarrollar herramientas de autodiagnóstico basadas en la analítica de negocios, que simplifiquen la regulación de todos los actores y fomenten una cultura de auto-regulación.
- Vigilar de manera diferenciada las unidades de atención conforme a su tamaño y su modelo de atención, identificando los riesgos y limitando la actividad a las intervenciones acreditadas.
- Establecer tribunales especializados de ética profesional, complementarios de la Cofepris.

La calidad es el principal diferenciador de los subsistemas público y privado, si bien en ambos hay oportunidades de mejora. Tanto en la colaboración como en la competencia al interior del subsistema privado y con el subsistema público, debe imperar el propósito de incrementar la calidad. Para ello se plantean las siguientes recomendaciones:

Calidad

- Impulsar el enfoque de la atención primaria de la salud para reforzar la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y sus complicaciones.
- Establecer procedimientos para disponer de información periódica, sistemática y obligatoria para evaluar a los prestadores de servicios conforme a su modelo de atención y su escala.
- Diseñar e impulsar un organismo especializado encaminado a diseñar indicadores y publicar información sobre la calidad de los prestadores de servicios de salud, con participación de la sociedad civil y el gobierno.
- Fortalecer la adopción o adaptación de GPC, con particular atención en el uso de la tecnología sanitaria emergente.
- Impulsar la categorización y vigilancia del desempeño de los prestadores de servicios, incluyendo su calidad, el cumplimiento de compromisos contractuales y los costos.
- Implementar una norma de viabilidad financiera como premisa de la seguridad y la calidad para los hospitales, similar a las normas que se aplican a las instituciones financieras.



La eficiencia implica garantizar la competencia y la rentabilidad de todos los actores de la salud en el marco del derecho Constitucional a la protección de la salud. México encara retos tanto en la dispersión de pequeñas unidades de atención ambulatoria y hospitalaria, como en la concentración económica de los grandes hospitales con tecnología de punta. Esta concentración está afectando la disponibilidad de los médicos especialistas, y marcando una tendencia hacia una práctica alineada a los intereses de los grandes hospitales.

Las primas de seguros de GMM reflejan el comportamiento del costo de los servicios de alta complejidad en el mercado privado de atención de la salud. Si los proveedores (médicos y hospitales, entre otros) elevan sus precios, las primas se incrementarán como un modo de cubrir estos gastos. En especial, las variaciones de precios que no dependan de cuestiones tales como los avances tecnológicos, o las variables epidemiológicas o poblacionales, hacen su cambio impredecible e impiden que la población tenga certeza de lo que costará la atención de la salud, y que las aseguradoras puedan prever cuánto deberán pagar y cuánto cobrar por las primas. Esta situación se agrava si existe concentración de mercado, lo que otorga poder a los grupos para fijar precios y tarifas.

Un sistema de información sobre los precios de los servicios y sus componentes (honorarios médicos, medicamentos, insumos, entre otros), que permita comparar lo ofrecido por los diferentes proveedores podría ayudar a una toma de decisiones más racional y certera tanto de la población como de los aseguradores. Son necesarias, además, estrategias que apoyen la toma de decisiones racionales al interior de los hospitales como, por ejemplo, el *case-management*, que ha permitido reducir el monto pagado por enfermedades como el cáncer. Otra alternativa es la generación y la adopción de protocolos de atención, así como de GPC que aseguren una atención costo-efectiva.

La dispersión de las pequeñas unidades afecta su rentabilidad y, por ende, su capacidad para cumplir estándares de seguridad y calidad. La concentración, en el otro extremo, influye sobre todo en la inflación y, por tanto, en el patrimonio de los pacientes, en la rentabilidad de los hospitales de menor escala, y en la de las empresas aseguradoras. Influye también en la calidad de la atención, dado que la concentración promueve la inducción de la demanda y la exposición a riesgos innecesarios.

El diagnóstico apunta hacia unidades de atención de menor tamaño que combinan la atención ambulatoria y la hospitalización conforme a modelos de negocio competitivos y enfocados en el bienestar de los pacientes. Es necesario analizar estos modelos de atención para promoverlos sobre la base de políticas económicas y de salud apropiadas. Podrían acompañarse de productos innovadores de aseguramiento privado dirigidos a la base de la pirámide, sobre todo a los empleados por su cuenta que hoy no logran integrarse en los esquemas de protección financiera en salud.



Si bien la dispersión y la concentración son problemas estructurales que tomará mucho tiempo modificar, identificar la dirección del cambio es el primer paso para encararlos. El objetivo, como ya se mencionó, es minimizar el riesgo financiero para todos los actores, y sobre todo para las familias. La rentabilidad y la conservación del patrimonio familiar son premisas para sostener la calidad, que debe garantizarse independientemente del tamaño del hospital.

La promoción de acciones acertadas de regulación orientadas a la eficiencia permitirán detectar cuando un prestador de servicios no disponga de economías de escala, o bien cuando concentre demasiado poder económico. Se podrán implementar programas de saneamiento financiero, de crecimiento y diversificación, o de promoción de la competencia. Para ello se proponen las siguientes recomendaciones:

Eficiencia

- Investigar a fondo los factores económicos y de regulación que influyen en la competitividad y en los resultados económicos en la oferta de tecnología de alto costo, de atención de primer contacto y de atención hospitalaria, tanto en los subsistemas público como privado.
- Mejorar la regulación del uso de tecnología en salud para contribuir a una mayor eficiencia en la prescripción y la dispensación de medicamentos y dispositivos, y en la realización de procedimientos diagnósticos y quirúrgicos.
- Mejorar la regulación de los sistemas de organización, administración y soporte para la atención médica, a fin de contribuir a la competitividad y la eficiencia.
- Fomentar modelos de negocio alineados a la productividad con calidad, incluyendo la integración de redes de atención integral y la gestión de riesgos y enfermedades.
- Vincular la atención ambulatoria privada a la atención especializada y hospitalaria públicas, reduciendo los obstáculos de la atención, reduciendo riesgos y conteniendo los costos.
- Recopilar y analizar grandes conjuntos de datos (*big data*) que permitan integrar la información de los diversos actores para personalizar la atención y hacerla más eficiente.
- Medir, analizar y publicar las tendencias de los costos y la inflación hospitalaria sobre la base de la analítica de datos aplicada a las facturas.
- Otorgar incentivos fiscales para la construcción o la ampliación de los hospitales de tamaño mediano para reducir el riesgo e introducir competencia.
- Crear esquemas de pago innovadores que alineen los incentivos de los proveedores y los aseguradores a la promoción, la prevención y la atención de la salud.



- Optimizar e innovar dentro del sector asegurador la suscripción, la atención de los asegurados, la cobranza, el pago a proveedores y el pago de siniestros en toda la cadena de valor.
- Desarrollar modelos innovadores de aseguramiento privado y promover canales para su comercialización, que faciliten el control de la calidad y los costos, incluyendo la colaboración público-privada para complementar la cobertura.
- Fomentar estrategias para premiar al asegurado responsable y sancionar o excluir al irresponsable, ampliando, así, el universo de las personas aseguradas.
- Promocionar modelos de negocio y esquemas de procuración de fondos para la compra de servicios de hospitalización y diagnóstico privados por la seguridad social y el Seguro Popular.
- Analizar oportunidades de expansión de los modelos de asociación público-privada (APP), incluyendo la gestión clínica, las plataformas tecnológicas y la renovación hospitalaria.
- Incrementar la oferta de espacios clínicos en hospitales privados para incrementar la formación de médicos generales y especialistas.

El subsistema privado de atención de la salud puede ofrecer una propuesta consensuada por sus diferentes actores y con los reguladores y la sociedad civil, enfocada a la urgente necesidad de reformar el Sistema Nacional de Salud para incluir políticas y estrategias que permitan una mejor coordinación entre los dos subsistemas. Se recomiendan las siguientes estrategias para fortalecer el liderazgo del subsistema privado de atención de la salud para que elabore una propuesta de reforma que lo incluya:

Liderazgo

- Promover la participación del subsistema privado de atención de la salud en el marco del derecho constitucional a la promoción de la salud, reconociendo el papel que ya tiene, así como su potencial para garantizar el acceso universal a servicios de salud de calidad.
- Establecer un foro nacional de bienes y servicios privados de la salud, con la participación activa y continua de órganos de representación por rama, del Estado y de la sociedad civil. Publicar periódicamente un informe de la situación del subsistema privado de atención de la salud, con indicadores clave de desempeño.
- Fortalecer el liderazgo de los actores del subsistema privado, sobre todo de los colegios profesionales.
- Financiar y coordinar investigación de la más alta calidad, tendiente a profundizar en los temas y retos prioritarios del subsistema privado de atención de la salud.



Acerca de los autores

Miguel A. González Block

Graduado en ciencias naturales y antropología social por la Universidad de Cambridge, obtuvo su doctorado por El Colegio de México en Ciencias Sociales con Especialidad en Sociología. Es Investigador Asociado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Anáhuac y es miembro de la Academia Nacional de Medicina y del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel III. Cuenta con más de 150 publicaciones en investigación de sistemas de salud.

Fue director ejecutivo del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública y director de la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud. Es editor emeritus de la revista Health Research Policy and Systems, editada por BioMed Central. Ha colaborado con diversas instituciones nacionales y extranjeras como son la Fundación Mexicana para la Salud, el Colegio de la Frontera Norte, la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial. Fue becario Fullbright en la Universidades de California en San Diego y Becario O’Gorman en la Universidad de Columbia.

Ricardo Aldape Valdés

Ingeniero por la Facultad de Ingeniería de la Universidad de Guanajuato, cursó estudios de Administración de Empresas en el Instituto Panamericano de Alta Dirección de Empresas (IPADE). Cuenta con más de 20 años de experiencia en la industria de la salud ocupando puestos de Dirección General en diferentes hospitales privados de tercer nivel en el país, entre ellos el Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad de Monterrey. Funge como socio-director de la firma de consultoría Alvari Sistemas, S.C. y es aliado estratégico de PricewaterhouseCoopers. Fue presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados y formó parte de la comisión nacional para la certificación de hospitales del Consejo de Salubridad General.



Lucero Cahuana Hurtado

Licenciada en Economía por la Pontificia Universidad Católica del Perú, es Maestra en Economía de la Salud por el Centro de Investigación y Docencia Económica y Doctora en Ciencias en Sistemas de Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública. Funge como Investigadora en Economía de la Salud en el Centro de Investigación en Sistemas de Salud del INSP. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I y de la International Health Economics Association. Ha sido consultora del Banco Mundial, del Banco Interamericano de Desarrollo y de la Organización Mundial de la Salud.

Sandra Patricia Díaz Portillo

Licenciada en Administración de Empresas por la Universidad Libre de Cali, Colombia. Obtuvo su Maestría en Salud Pública en Administración en Salud y el Doctorado en Ciencias en Sistemas de Salud en el Instituto Nacional de Salud Pública. Ha colaborado en proyectos de investigación con el Instituto Nacional de Salud Pública y la Fundación Mexicana para la Salud y se ha desempeñado como consultora para la Secretaría de Salud y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Emilio Gutiérrez Calderón

Actuario de la Facultad de Ciencias de la Universidad Nacional Autónoma de México, obtuvo su Maestría en Estadística e Investigación de Operaciones del Instituto de Investigación en Matemáticas Aplicadas y en Sistemas, UNAM. Ha colaborado con la Secretaría de Salud y en la Presidencia de la República fungió como Director de Estadística de la Asesoría Técnica. Colaboró en el Centro Científico de IBM de México como jefe del departamento de matemáticas aplicadas. Ha sido consultor para las Secretarías de Hacienda y Crédito Público, de Salud y Sedesol, así como para Pemex, Bayer, el Instituto Nacional de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud.



