

IMPLEMENTACIÓN DE LA MEDICINA PREPAGADA EN MÉXICO: ANÁLISIS DE TRANSFERENCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS

The Implementation of Prepaid Medical Care in Mexico: A Policy Transfer Analysis

Mariana Becerra Pérez

Resumen

En diferentes países del mundo existe una opción llamada “medicina prepagada” como medio para mantener la salud y evitar gastos mayores. La medicina prepagada surgió en México en 1999 como respuesta a las fallas de mercado que presentaban los seguros de salud, se le denominó Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). Este artículo analiza si se presentó o no una transferencia de política para la regulación de este mercado, por medio de un modelo propio desarrollado a partir de la teoría de transferencia de políticas. Para esta investigación se revisó la situación de los sistemas de salud a finales de los noventa de Estados Unidos, Chile y Colombia, se optó por estos países por que contaban con características similares a las de México. El artículo encuentra que el proceso de diseño de las ISES presentó fallas en su una transferencia debido a la falta de revisión de las limitaciones y restricciones del proceso de transferencia de política.

Palabras clave: transferencia de política, diseño de políticas públicas, medicina prepagada, salud, Instituciones de Seguros Especializadas en Salud.

Abstract

Prepaid medical care is an option that exists in different countries where prevention is the means to maintaining good health and avoiding greater costs in health. Prepaid medical care was established in Mexico in 1999 as a response of the market failures of the health insurances at the time. They were known as *Instituciones de Seguros Especializadas en Salud* (Specialized Health Insurance Institutions). This article reviews whether a policy transfer occurred during the regulation of this market in Mexico. It presents a model based on the theory of policy transfer and it reviews the health systems of United States, Chile and Colombia, countries which Mexico used to inspired the design of these institutions. The article finds that the design of the ISES presented failures in the transfer due to the lack of analysis of the constraints and limitations of the policy transfer process.

Key words: policy transfer, public policy design, prepaid medical care, health, Specialized Health Insurance Institutions.

En los sistemas de salud de varios países del mundo existe una opción llamada “medicina prepagada”.¹ A diferencia de los seguros médicos tradicionales, en la medicina prepagada la misma persona es el prestador de servicios y quien se encarga de la parte financiera. El objetivo es evitar caer en gastos catastróficos utilizando la prevención como medio para mantener la salud y para evitar gastos mayores.² En el marco de los seguros privados, esta opción enfatiza la prevención mucho más que la curación; es decir, en el largo plazo se reducen los gastos en materia de salud.

El mercado de medicina prepagada surgió en México en 1999 como respuesta a las fallas de mercado que presentaban los seguros.³ Su objetivo fue cambiar la estructura de la provisión y financiamiento del cuidado de la salud; se combinó el *risk pooling*⁴ con la provisión de servicios clínicos a través de organizaciones con planes de prepago (Hsiao, 1995). Debido a que este tipo de organizaciones buscaba proveer servicios de calidad al menor costo posible, el Estado intervino en las regulaciones para garantizar a los usuarios que su salud estuviera en buenas manos.

Al final de la década de 1990, países como Estados Unidos, Chile y Colombia utilizaban la medicina prepagada como una opción para la protección de la salud. México tomó esa experiencia para regular un mercado ya existente de Organizaciones Administradoras de la Salud (OAS). Dicho mercado contaba con un vacío regulatorio: presentaba problemas de insolvencia tanto para afiliados como para prestadores de servicios. Asimismo, este servicio debía ofrecer garantías a los usuarios.

A diferencia de los Seguros de Gastos Médicos Mayores (SGMM), que no están orientados al servicio preventivo, las OAS funcionaban como operación de seguros: la empresa acepta un pago y se hace responsable. Estas instituciones operaban al margen del marco regulatorio que dirigía a los seguros privados; afirmaban que, al contar con sus propios recursos, no podían ser reguladas de la misma forma que las aseguradoras.

El objetivo de este artículo es estudiar el diseño de la política pública que dio lugar a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), mismas que respondían a la necesidad de regular un mercado imperfecto en la provisión de seguros en salud. Lo que se analizó fue si se presentó o no una transferencia de política para la regulación del mercado de seguros en México, por medio de un modelo propio desarrollado a partir de la teoría de transferencia de políticas. Al ser este el caso, se analizó la forma en que se llevó

¹ La medicina prepagada consiste en pagar por la salud de manera anticipada, pagando una prima al contratar un seguro o ingresar en una institución administradora de salud. Dicha prima cubre los gastos incurridos en el bien salud. Lo que implica que los gastos en salud ya están cubiertos con anticipación.
Fuente: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/normatividad/dpn-ises_02.html

² El término gasto catastrófico se utiliza en el área de salud, como aquel gasto en que incurren las familias que daña gravemente la economía familiar.

Fuente: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/proteccion.pdf>

³ La selección adversa es un ejemplo de falla de mercado en donde el individuo es el que mejor conoce su salud y busca asegurarse cuando sabe que lo va a necesitar.

⁴ En donde el consumidor selecciona la compañía de seguros de acuerdo con la prima que mejor refleje su pago esperado, a la larga las personas de bajo riesgo pagan una prima distinta a las personas de alto riesgo (Hsiao, 1995)

a cabo esta transferencia, si resolvió los problemas en el campo del aseguramiento o si puede dar solución a los obstáculos que enfrenta México en el campo de la salud. Para esta investigación se revisó la situación de los sistemas de salud a finales de la década de 1990 de Estados Unidos, Chile y Colombia. Se optó por estos países porque contaban con características similares a las de México.

MARCO TEÓRICO DE LA TRANSFERENCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Hoy en día los problemas de política pública a los que se enfrenta un país en un momento particular no son únicos... más de una región ha hecho frente a problemas similares. Por ello, resulta conveniente revisar y estudiar la experiencia internacional, en especial cuando hay similitudes entre las naciones —como puede ser idioma, costumbres, situación socioeconómica, ideologías, etcétera—. Con ello han de aprenderse políticas tanto exitosas como problemáticas. Esta revisión resulta útil, pues los costos de instrumentar una política nueva se reducen si se conocen experiencias de otros países o entidades nacionales (Rose, 1991). Uno de los supuestos básico en la transferencia de políticas es que las similitudes entre un mismo programa son mayores entre diferentes países que entre distintos programas en un mismo país. Así, la obtención de información, el conocimiento de casos exitosos o de fallas y la asimilación de ideas conducen a que la política pública objeto de diseño cuente con mayores posibilidades de éxito e incurra en menores costos (Rose, 1991).

Lo que este aprendizaje aporta es un entendimiento mejorado que da herramientas para poder juzgar si el curso de acción que se lleva a cabo es preferible a otra posible alternativa. Los autores pioneros de la teoría de transferencia de políticas públicas son Dolowitz y Marsh (1996) quienes la definen como: “proceso en el cual los conocimientos acerca de política, disposiciones administrativas, institucionales en un momento o lugar, se usan en el desarrollo de política, disposiciones administrativas e institucionales en otro momento o lugar”.

Una forma de saber cómo se llevó a cabo una transferencia de política en México es a través de la formulación de un modelo de transferencias. El modelo que se diseñó para esta investigación se puede representar como una función producción. Este tipo de funciones explica qué es lo que determina la producción; en este caso lo que se produce son transferencias de política. Este modelo depende de las siguientes variables: ¿Qué se transfiere? ¿Cómo se transfiere? ¿Quién transfiere? ¿Por qué se transfiere? y ¿de dónde se transfiere? (Dolowitz y Marsh, 1996, pp. 345-350)

La función de producción es la siguiente:

$$F (\text{Transferencia de política}) = \{X, Y, Z, W, G\} \text{ donde;}$$

$$X = \text{¿Qué se transfiere?}$$

$$Y = \text{¿Cómo se transfiere?}$$

$$Z = \text{¿Quién transfiere?}$$

$$W = \text{¿Por qué se transfiere?}$$

$G = \text{¿De dónde se transfiere?}$

La pregunta de qué se transfiere se va a entender como una variable discreta que va de $X_0 \dots X_n$ donde;

$X_0 = 1$	⎧	1 = No hay transferencia de política
$X_1 = 2$		2 = Objetivos de política, instrumentos de política o técnicas administrativas
$X_2 = 3$		3 = Instituciones
$X_3 = 4$		4 = Ideología
$X_4 = 5$		5 = Ideas, actitudes y conceptos
$X_5 = 6$		6 = Lecciones negativas
...		
...		
X_n		

La literatura inicial de transferencias de políticas se concentró en los objetivos de política, las instituciones y los programas entre gobiernos por considerarlos transferencias “duras” (Dolowitz y Marsh, 2003). Más adelante, Stone (2004) recalcó la importancia de las transferencias “suaves”: la ideología y los conceptos que circulan libremente entre los actores no estatales bajo condiciones de la globalización (Benson y Jordan, 2011).

La pregunta de cómo se transfiere se entiende como una variable discreta que va de $Y_0 \dots Y_n$ donde;

$Y_0 = 1$	⎧	1 = No hay transferencia de política
$Y_1 = 2$		2 = Copia
$Y_2 = 3$		3 = Emulación
$Y_3 = 4$		4 = Híbrido
$Y_4 = 5$		5 = Síntesis
$Y_5 = 6$		6 = Inspiración
...		
...		
Y_n		

Por *copia* nos referimos a la opción casi exacta de un programa en uso en otra jurisdicción. La *emulación* es la adopción con ajustes a las diferentes circunstancias de un programa en uso en otra jurisdicción. Un *híbrido* es la combinación de elementos de dos programas de diferente lugar. *Síntesis* es la combinación de elementos de dos o más

programas de diferentes lugares. La *inspiración* se refiere a programas utilizados en otros lugares que sirven como estímulo intelectual para desarrollar nuevos programas.

Estos cinco tipos de trasferencias determinan el grado de intensidad de una política nueva. El uso de la emulación y de híbridos es positivo porque aporta conocimientos ya utilizados para formular una política nueva que se enfrenta a dificultades similares. Sin embargo, una copia exacta no sería deseable; las circunstancias entre dos países difieren, por lo tanto, los efectos y resultados de la política no serán los mismos. En literatura más reciente, autores como Rose (2005) han agregado categorías como adaptación, imitación selectiva inspiración disciplinada, así como colección de políticas (Benson y Jordan, 2011).

La pregunta de quién transfiere se va a entender como una variable discreta que va de $Z_0 \dots Z_n$ donde;⁵

$Z_0 = 1$	}	1 = No hay transferencia de política
$Z_1 = 2$		2 = Funcionarios electos
$Z_2 = 3$		3 = Partidos políticos
$Z_3 = 4$		4 = Burócratas
$Z_4 = 5$		5 = Grupos de presión
$Z_5 = 6$		6 = Expertos
$Z_6 = 7$		7 = Instituciones supranacionales
$Z_7 = 8$		8 = Consultores políticos
$Z_8 = 9$		9 = Organizaciones no gubernamentales
$Z_9 = 10$		10 = <i>Think tanks</i>
$Z_{10} = 11$		11 = Instituciones filantrópicas transnacionales
...		
...		
Z_n		

La transferencia de políticas ha sido una práctica común. Partidos políticos, burócratas, grupos de presión, expertos, instituciones supranacionales han echado mano de ésta (Dolowitz y Marsh, 1996), debido al crecimiento de las comunicaciones desde la segunda Guerra Mundial, así como a la mayor interdependencia entre los Estados. En años más recientes, la influencia de corporaciones transnacionales, organizaciones como la OECD y las instituciones financieras globales han demostrado ser actores significativos en la era de la globalización. Así, se han involucrado cada vez más actores en el proceso de transferencia (Benson y Jordan, 2011).

⁵ Los actores del 1 al 7 fueron definidos por Dolowitz y Marsh (1996), los actores 8 y 9 por los mismos actores (2000), el actor 10 por Stone (2004) y el actor 11 por el mismo autor (2010).

La pregunta de por qué se transfiere ha de entenderse como una variable discreta que va de $W_0 \dots W_n$ donde;

$W_0 = 1$	$\left\{ \begin{array}{l} 1 = \text{No hay transferencia de política} \\ 2 = \text{Descontento popular} \\ 3 = \text{Percepción de falla de política} \\ 4 = \text{Interés por colocar cierto asunto en la agenda} \\ 5 = \text{Presión política} \\ 6 = \text{Copiar acciones ejemplares} \\ 7 = \text{Optimizar búsqueda} \\ 8 = \text{Legitimizar conclusiones} \end{array} \right.$
$W_1 = 2$	
$W_2 = 3$	
$W_3 = 4$	
$W_4 = 5$	
$W_5 = 6$	
$W_6 = 7$	
$W_7 = 8$	
...	
...	
W_n	

De acuerdo con Bennett (1991), tres argumentos sustentan por qué un mismo programa se instrumenta en varios países. Primero, los Estados que se encuentran en un mismo nivel de desarrollo se enfrentan a problemas similares. Éstos tienen un número limitado de soluciones. Segundo, cuando un Estado adopta una política, hay externalidades que se originan por la interdependencia. Lo anterior implica costos como la aceptación de una política. Por último, el fenómeno de adopción secuencial en términos de comunicación transnacional se traduce en exportación de conocimiento. Bennet señala la importancia de distinguir entre conocimiento de un programa externo, la utilización y la adopción de éste.

Las motivaciones e intereses del país receptor determinan si el programa se utilizará como un ejemplo a seguir, como una alternativa, como un mecanismo o como un reforzamiento de valores (Bennet, 1991). Sin embargo, la motivación política es el principal determinante de los cómo; aunque existan otros determinantes. Un factor relevantísimo es la intensidad con la que la política fluye mediante los canales de comunicación. Éstos pueden ser contactos bilaterales entre gobiernos, medios de comunicación, grupos de interés, expertos en la materia así como conferencias internacionales. Otro factor es la existencia de consensos acerca de los valores del programa a instrumentar. El no tenerlos, puede generar resistencia por parte de las burocracias. Un tercer elemento lo constituyen las propiedades inherentes a cierta política, su complejidad, su funcionalidad y su susceptibilidad a una evaluación precisa.

La pregunta de dónde se transfiere se entenderá como una variable discreta que va de $G_0 \dots G_n$ donde;⁶

⁶ El origen de dónde se transfiere 2 y 3 fueron definidos por Dolowitz y Marsh (1996), y los orígenes 4, 5 y 6 por Stone (2004; 2010).

$G_0 = 1$	$\left\{ \begin{array}{l} 1 = \text{No hay transferencia de política} \\ 2 = \text{Contexto nacional} \\ 3 = \text{Contexto internacional} \\ 4 = \text{Organizaciones no gubernamentales} \\ 5 = \textit{Think tanks} \\ 6 = \text{Organismos intergubernamentales (OECD)} \end{array} \right.$
$G_1 = 2$	
$G_2 = 3$	
$G_3 = 4$	
$G_4 = 5$	
$G_5 = 6$	
...	
...	
G_n	

Dolowitz y Marsh (1996) argumentan que el primer lugar donde se debe de buscar por errores es en la propia organización. Sin embargo, consideran que el buscar en el pasado de la organización involucra una evaluación subjetiva: el pasado está sujeto a múltiples interpretaciones. Por otro lado, el buscar posibles soluciones en diferentes organizaciones provee una oportunidad para transferir tanto técnicas administrativas como procedimientos. Esta búsqueda puede darse de programa a programa dentro de un mismo país, entre distintos niveles de gobierno, municipal y/o federal, o bien una búsqueda de experiencias internacionales.

Todo lo anterior es relevante porque permite conocer experiencias pasadas, aprender de ellas y, según sea el caso, tratar de adoptarlas o prevenirlas. De esta manera se minimizan algunos costos propios del proceso de políticas públicas. Ahora bien, el aprendizaje no necesariamente proviene de lecciones internacionales; en muchos casos se puede seguir el ejemplo a escala nacional, intraorganizacional, o estudiar el pasado reciente de la arena de política pública en cuestión.

ETAPAS DE LA TRANSFERENCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS

De acuerdo con Evans y Davies (1999), el proceso de transferencia de políticas puede dividirse en una serie de etapas. Primero, reconocer la necesidad de cambio y buscar ideas sobre políticas a escala regional, local, nacional e internacional. Segundo, contactar a los expertos para movilizar el conocimiento y dar seguimiento a una red alimentadora de información, cognición y recepción. Tercero, que surja, mediante seminarios, conferencias e intercambios de documentos, una red de transferencias y de movilización cognoscitiva. Por último, una evaluación en donde se decida entrar en la corriente de políticas; es decir, en la instrumentación del proceso y del resultado.

Para entender bien el proceso de transferencias de políticas es necesario hacer la distinción entre dos términos: transferencia de política y lecciones obtenidas. La primera, por juna lado, puede ser voluntaria o coercitiva. El caso de las ISES es un ejemplo de una transferencia voluntaria, pues no existió ninguna presión externa que obligara a adoptar ciertas políticas. En cambio, la transferencia de política es coercitiva cuando un agente A tiene la potencialidad de transferir a la fuerza una política a un agente B,

que de otro modo no hubiera adoptado. Lo anterior tiende a imponer los costos de la alternativa de política a quien la adopta y los beneficios a quien la transfiere. Sea directa o indirecta, ambas son resultados de una distribución desigual de poder. Cuando un actor obliga a otro a transferir una política utilizando mecanismos coercitivos es directa. Indirecta resulta cuando factores como el consenso internacional, cambios tecnológicos y restricciones económicas obligan a un agente a transferir cierta política. Las lecciones obtenidas, por su parte, son aquéllas en las que se toma el aprendizaje de otros países y se aplica al propio sistema político de manera voluntaria únicamente.

ESQUEMA DE MEDICINA PREPAGADA EN MÉXICO: INSTITUCIONES DE SEGUROS ESPECIALIZADAS EN SALUD (ISES)

Una vez planteado el marco teórico de la transferencia de políticas públicas, presentaremos el esquema de las ISES en México y las particularidades del sistema de salud de Estados Unidos, Chile y Colombia a finales de la década de 1990. Se puntualizarán los respectivos logros y fallas en el proceso de instrumentación de su esquema de medicina prepagada.⁷ Después se analizarán las experiencias transferidas por México a partir de los países estudiados.

Las ISES son instituciones autorizadas por la SSA para practicar como seguros la operación de accidentes y enfermedades en el ramo de salud. Tienen la facultad de vender seguros tanto privados como voluntarios y el objetivo debe ser siempre el prevenir o restaurar la salud del asegurado de forma directa y con recursos propios, combinación de ambos, o mediante acciones que se realicen en su beneficio. En cambio, el propósito de los otros ramos de aseguradoras es el de cubrir o rembolsar los gastos necesarios en los que incurre el asegurado sin tomar en cuenta la parte preventiva, como los Seguros de Gastos Médicos Mayores.

El marco jurídico previo a las ISES impedía regular la actividad de la medicina prepagada y ponía en riesgo tanto el crecimiento ordenado de este mercado, como sus ventajas potenciales.⁸ Debido a que las ISES son instituciones especializadas, era necesario regularlas en factores tanto de solvencia como de capacidad con la que contasen los médicos y los servicios (prestadores). Había dos alternativas: hacer una ley específica que las regulara, o crear una comisión para el caso. Finalmente se optó por la realización de diversas reformas a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS).

La propuesta de regulación de las ISES se llevó a cabo junto con la Secretaría de Hacienda. Ésta se encargó de la parte técnica y del financiamiento. La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) vió por los aspectos técnicos y la Secretaría de Salud (SSA) cubrió las cuestiones operativas. En primer lugar se consideró que las operaciones realizadas por estas instituciones contaban con elementos de seguros; por lo que se

⁷ Ver Cuadro 2. Logros y fallas de políticas en países estudiados.

⁸ Entrevista realizada a Lic. Fernando Álvarez, Director General de Seguros de Salud de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, mayo 2001.

considerarían como tales. Segundo, las ISES debían de constituirse como especializadas en servicios, en planes de ramo salud, tema que difiere de los SGMM. Por último, estas instituciones debían regularse tanto por la SSA como por la CNSF por medio de dictámenes anuales, provisionales y definitivos.

Al modificar la LGISMS surgieron las Reglas de operación. Éstas se entendieron como las reglas que sustentarían jurídicamente a las ISES. El propósito de las reglas fue dar congruencia a uno de los principios básicos del Sistema Nacional de Salud, mismo que consistía en garantizar, por medio de las ISES, la prestación de servicios para la promoción, fomento, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas. Con tal propósito, se fijó una serie de requisitos de carácter médico para que fuese posible atender las demandas de los usuarios. Conforme a estas Reglas, los asegurados podrían acceder a planes de salud que comprendieran servicios ofrecidos por redes médicas y hospitalarias propias o controladas, donde se diera seguimiento a su salud tanto en aspectos preventivos como curativos.

No obstante lo anterior, las ISES presentaron una serie de problemas. Uno fue el cambio de administración. Éste originó un desfase entre dos administraciones distintas de la Secretaría de Salud. Ello causó fallas en su diseño, pues no se le dio continuidad a las políticas anteriores. Los médicos por su parte también vieron inconvenientes: uno de ellos fue que en las ISES no se podía escoger al médico deseado. No obstante, éstas se diseñaron para tener un programa abierto en el cual se pudiera escoger libremente a un médico sujeto a un tabulador.

PARTICULARIDADES DEL SISTEMA DE SALUD ESTADOUNIDENSE A FINALES DE LA DÉCADA DE 1990

En Estados Unidos, la mayor parte de la atención a la salud la proporcionaba el sector privado por medio de hospitales —lucrativos o no—, grupos de médicos, médicos en práctica privada, centros médicos de enseñanza, y un amplio grupo de proveedores especializados; a saber, agencias de salud, farmacias, firmas farmacéuticas, laboratorios, etc. (Vogel, 1995). Así, los seguros privados cubrían al 60% de la población; los programas públicos a más del 25% y el 14% no contaban con ningún tipo de seguro. Aproximadamente 80% de la población asegurada estaba cubierta por seguros privados a través de sus empleadores. El resto pagaba por su propio seguro (OCDE, 1992). Bajo este sistema, competían entre sí varios planes de seguro, con base en los riesgos que se deseara asegurar. En Estados Unidos, los servicios de salud eran racionados mediante el precio, de acuerdo con la capacidad y voluntad de pago del consumidor (Hsiao, 1995).

Los empleadores decidían, entre un gran número de aseguradoras privadas, en cuál afiliarse a sus trabajadores. En algunas ocasiones no proveían seguros; cubrían los gastos médicos con base en lo que se necesitara (OCDE, 1992). Dicho país, pasado un tiempo, reconoció la existencia de fallas en la cobertura de seguros cuando se decidió instaurar un seguro social obligatorio para ancianos y minusválidos y se amplió el programa de asistencia a los indigentes. Los programas gubernamentales de cuidado a la salud más

importantes eran *Medicare*, que *grosso modo* cubría a los adultos mayores de 65 años, y *Medicaid*, que cubría a los pobres. El gobierno asimismo apoyaba la salud por medio de programas para los militares y los veteranos de guerra. Hubo también hospitales públicos para quienes no contaran con ningún tipo de seguro.

En la década de 1970, se pretendió dirigir la atención de las cuestiones de salud a un área distinta de los hospitales. La razón fue que el tratamiento dentro de éstos era más costoso que en otros lugares (por ejemplo las clínicas). Además, en los hospitales existía un sesgo dirigido hacia lo curativo más que a lo preventivo.⁹ A partir de lo anterior, se introdujo el concepto de Organización Mantenedora de la Salud o HMO por sus siglas en inglés.¹⁰ Éstas consistían en servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud, y dieron así cabida a la participación de las aseguradoras privadas. En las HMOs se ofrecía cobertura médica completamente prepagada a los miembros, con lo que se obtenía un tratamiento eficiente y menos costoso. Trabajadores, sindicalizados e individuos en general podían recibir cobertura médica tanto preventiva como crítica y tratamientos en hospitales. Un aspecto importante de las HMOs fue que podían competir entre sí para obtener clientes (Heidenheimer *et al.*, 1993).

En su momento, se comprobó que el sistema de HMOs, al reducir el tiempo de estadía en los hospitales, resultaba menos costoso. Esta ventaja era clara. Los doctores de las HMOs contaban con incentivos financieros fuertes para evitar mandar a los pacientes a otros hospitales. Las HMOs eran las organizaciones administradoras de la salud más importantes de los Estados Unidos, y a los médicos se les pagaba por medio del “pago por servicio”. Además, cubrían aproximadamente a un 15% de la población total y, tradicionalmente, proveían servicios a través de un salario.¹¹ Estas organizaciones de atención administrada tenían una red definida de proveedores a quienes se les ofrecían incentivos para reducir sus costos (Vogel, 1995). Las HMOs se encargaban tanto del financiamiento como de la prestación de los servicios a una población definida y registrada voluntariamente. En otras palabras, funcionaban como asegurador y como prestador de servicios.

POLÍTICAS QUE OBTUVIERON LOGROS EN ESTADOS UNIDOS

Una de las políticas que obtuvo logros fue la introducción de los derechos de los pacientes a elegir al médico deseado, así como la obtención de datos sobre la formación profesional del mismo, el rechazar ofrecimientos terapéuticos que no fuesen satisfactorios para el paciente, así como poder estar al tanto de los riesgos y ventajas de los tratamientos.

A la fecha, no existen estudios contundentes que comprueben que las HMOs hayan afectado la calidad de la medicina prepagada en ese país, ya que Alemania, Reino Unido

⁹ De acuerdo con Hsiao (1995), diversas pruebas han demostrado que los hospitales privados no lucrativos eran más eficientes que los hospitales públicos.

¹⁰ Existen muchos modelos de organización de este tipo. Nos concentraremos únicamente en las organizaciones de conservación de la salud HMOs por sus siglas en inglés.

¹¹ En 1992 se estimaba la existencia de 550 diferentes HMOs con 36.2 millones de afiliados. (Vogel, 1995).

y Francia, por ejemplo, han adoptado políticas inspiradas en el modelo estadounidense (Chan, 2002).

POLÍTICAS QUE OBTUVIERON FALLAS EN ESTADOS UNIDOS

Evaluar las organizaciones de medicina prepagada en Estados Unidos representa un reto debido a la diversificación que ha tenido este mercado. El resultado de lo anterior es que no es posible obtener evidencia que permita determinar qué tan eficientes han sido en términos de calidad del servicio estas organizaciones (Chan, 2002).

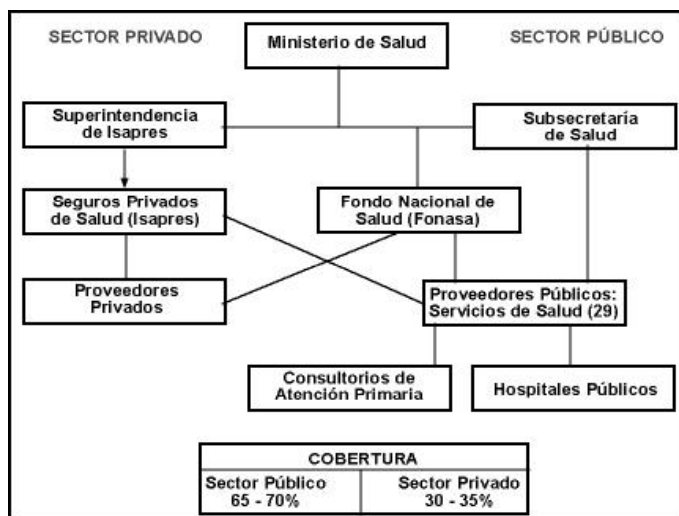
De acuerdo con estudiosos de la atención administrada, ninguno de los esfuerzos de las HMOs ha logrado disminuir de manera sustancial el gasto nacional en salud. Algunos expertos opinan que la estrategia de este tipo de atención no estaba equivocada, sino incompleta (Vogel, 1995). Dicho de otro modo, bajo las condiciones del mercado, las HMOs se involucraron en prácticas de precio sombra.¹²

Durante la década de los noventa, el número de usuarios de las HMOs creció de 3% a 15%. Este aumento se debió, en gran medida, a las ineficiencias del *medicare* tradicional. Estas organizaciones se concentraron en áreas metropolitanas donde existían varias de ellas. Esta situación generó mayor competencia que terminó por beneficiar a los usuarios: hubo un alza en los beneficios y una reducción de primas. Sin embargo, los beneficios se diferenciaron a lo largo del país. En algunos estados, la atención de las HMOs fue más barato que en otros. Por este motivo, fue necesaria la intervención del Congreso, mismo que obligó a que estas organizaciones brindaran beneficios a sus usuarios de manera uniforme (Newhouse, 2001). En otras palabras, el auge de las HMOs implicó costos para el gobierno estadounidense: éste pagaba más a los beneficiarios que se enlistaran en una HMO que a quienes se mantuviesen en el sistema tradicional.

La combinación de selección adversa, así como la selección de riesgos realizadas por las compañías aseguradoras produjeron grandes deficiencias en el mercado de seguros para la salud (Hsiao, 1995). Esto aunado al hecho de que los planes de seguro competían en el mercado al seleccionar los riesgos para asegurar, práctica conocida como *cream-skimming*. Por último, otras de las fallas de política fue que sus arquitectos no prestaron atención a los intereses de otros proveedores de salud. De igual forma, no consideraron a las instituciones involucradas, ni los intereses de los consumidores.

Una vez analizado en caso estadounidense, pasemos al caso chileno. Se escogió este país debido a los cambios logrados en su sistema de salud que se generaron en la década de 1990, los cuales llamaron la atención a la comunidad de salud internacional.

¹² Involucrarse en prácticas de precio sombra les permite fijar precios menores a los de su competidor del campo de seguros tradicionales, en vez de maximizar el valor a través de reducciones adicionales en la utilización de costos, y el mejoramiento de la calidad (Vogel, 1995).



CUADRO I. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SEGUROS EN SALUD

Fuente: Fondo Nacional de Salud de Chile

PARTICULARIDADES DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO A FINALES DE LA DÉCADA DE 1990

Antes de analizar el sistema chileno, es importante señalar que los factores que determinaron las reformas de los sistemas de salud de década de 1980 en América Latina, respondieron a los programas de estabilización y ajuste estructural de todo el continente. La influencia vino directamente del Fondo Monetario Internacional como del Banco Mundial. Uno de los factores en que nos concentraremos será la desregulación y minimización del papel conductor del Estado dentro de los procesos de desarrollo, así como la apertura del sistema de salud hacia la iniciativa privada.

A finales de la década de 1990, Chile contaba con un sistema de seguros de salud mixto; a saber, uno perteneciente al sector público y otro al sector privado.¹³ Dicho sistema se encargaba no sólo del aseguramiento sino también de la provisión. Al tiempo, permitía al ciudadano decidir a cuál ingresar según su capacidad de pago. Esto significaba la integración de actores privados en un ámbito de la provisión de la salud donde antes sólo existía el Estado (Bitrán y Almarza, 1996).

En la década de 1980, el país en cuestión produjo una gran reforma de la organización de todo el sistema de salud. Ésta se orientó a crear y consolidar un mercado privado de seguros y proveedores de este bien, así como a descentralizar el sistema público de salud. Chile representa un caso muy interesante: sus principios fundamentales del modelo de libre mercado fueron adoptados e impulsados durante el gobierno militar de Augusto Pinochet.¹⁴ Estas reformas, de alguna manera, aún se aceptan desde el retorno de la

¹³ Ver cuadro I.

¹⁴ Es decir, privatizaciones y menos intervención estatal.

democracia a Chile en 1989 (Bitrán y Almarza, 1996). A su vez, la nación logró cubrir a más del 30% de su población a través de seguros de salud privados. Se trata de un caso particularmente útil, pues sus reformas datan de 1981. Este hecho nos da suficiente información para estudiar por qué se detuvo el crecimiento de la cobertura privada que por 15 años se mantuvo a la alza.

En Chile y como parte de las reformas políticas de desregulación y privatización del sector salud, se impulsaron las Isapres en 1981. Éstas cubrían al 26% de la población con el 50% del gasto nacional. Un 62% era asumido por el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) con el 50% de los fondos; el 12% restante incluía a personas que se integraban un sistema de menor cobertura (Bitrán y Almarza, 1996).¹⁵ Aquí yacía una de las principales inequidades del sistema del financiamiento chileno: la misma cantidad de fondos se utilizaba para cubrir porcentajes distintos de población.

POLÍTICAS QUE OBTUVIERON LOGROS EN CHILE

El país logró aumentar la cobertura para la población más vulnerable y de menores ingresos. La instrumentación de las Isapres amplió significativamente la infraestructura privada del país (González y Bossert, 2000). Se creó un seguro catastrófico para beneficiarios del seguro público, y de esta manera mejoró la gestión de los recursos. Asimismo, se introdujeron instrumentos destinados a otorgar mayor transparencia al mercado de seguros privados. Finalmente, se incorporó el concepto de “Derechos de los pacientes”. En éste, los afiliados a una Isapre contaban con la posibilidad de moverse de una a otra. Lo anterior contribuyó a la eficiencia económica mediante la competencia que se generó.¹⁶

POLÍTICAS QUE OBTUVIERON FALLAS EN CHILE

La ausencia de regulación en el mercado de seguros durante el régimen militar originó ineficiencias en el marco regulatorio, mismo que desarrolló muy lentamente las estructuras necesarias para un adecuado control (Solarí, 1995). También hubo incertidumbre sobre el futuro de las Isapres, lo que condujo a que su afiliación —por muchos años creciente— se estancara. La movilidad existente entre Isapres tuvo efectos negativos, pues se removió el incentivo de invertir en la salud de sus beneficiarios en el largo plazo. De acuerdo con Creese (1995), las políticas de privatización llevadas a cabo en Chile ocasionaron que la cobertura y el acceso para los grupos rurales de bajos ingresos decayeran. Además, se “descremó” el mercado; es decir, se atendió sólo a los más jóvenes, saludables y de mayores ingresos... y los más necesitados quedaron fuera. A su vez y con la introducción de las Isapres, la calidad de los servicios no presentó una mejora significativa, y de hecho, es probable que la accesibilidad haya mejorado sólo para el sector que éstas protegieron.

¹⁵ Incluye entidades de las Fuerzas Armadas, a universidades, otros seguros privados y a personas sin seguro de salud (Bitrán Ricardo, 1996).

¹⁶ Información obtenida de <http://www.portalsalud.cl/articulos/universo.htm>

De igual forma, la equidad del sistema disminuyó en gran medida y como consecuencia de la estratificación causada y por la pérdida del concepto de solidaridad (Solari, 1995).

Otra de las fallas fue la siguiente: el sistema de Isapres atrajo a personas de altos ingresos, las cuales dejaron de contribuir al sistema público. Lo anterior se tradujo en pérdidas para las instalaciones públicas, ya que no se canalizaron fondos adicionales para cubrirlas. La participación de la burocracia fue menor; sus funciones se limitaron a cumplir el mandato de una entidad regulatoria que dio mayor importancia a mecanismos del mercado para controlar el nuevo sistema. En otras palabras, la instrumentación de las políticas no dependía de la cooperación burocrática, sino de la respuesta del mercado a los nuevos actores (González y Bossert, 2000).

El subsistema público de salud, por su parte, desempeñó un papel positivo. Mostró una eficacia y eficiencia económicas muy superiores a las de las Isapres. Sin embargo, por la aparición misma de éstas y por la penetración de la ideología de mercado, el subsistema público peligraba, y con él, la imposibilidad de brindar una atención integral y equitativa a toda la población.¹⁷

En los 15 años de existencia de las Isapres, por primera vez las tasas de crecimiento de la cobertura se estancaron; es decir, se saturó el mercado. Desde 1995 no ha habido crecimiento en el número de afiliados, ni en el número de estas entidades. Una posible explicación es la incertidumbre política sobre el futuro del mercado de las Isapres. La existencia de una posible reforma de naturaleza aún desconocida quizá constituya otra razón que explique el estancamiento de estas entidades.

El marco regulatorio del Estado chileno era débil; no se habían desarrollado las estructuras para un adecuado control. Se argumentaba la existencia de desviación de fondos de algunas Isapres, lo que trajo inestabilidad al sistema. La calidad de los servicios no aumentó la equidad y se perdió el concepto de solidaridad (Solari, 1995). Los ejecutores de política en Chile no pudieron realizar la reforma del sistema de salud en su totalidad, ya que no se logró la creación de las Isapres Populares. Éstas estaban diseñadas para cubrir a los grupos de bajos ingresos. Esta falla se debió a factores de contenido de las políticas, a decisiones de los reformadores sobre las estrategias y al contexto político en general (González y Bossert, 2000). Lo que sí logró Chile, fue crear instituciones como las Isapres que beneficiaban sólo a quienes pudieran pagar. En respuesta de esta problemática, surgió el Plan Auge. Éste buscó que el sistema de salud fuera más digno para todos y obligó a las Isapres a incluir en su cobertura 56 enfermedades catastróficas. De esta forma se buscó consolidar un sistema de salud más solidario.¹⁸

Mientras en Chile existía incertidumbre sobre el futuro de las Isapres, éstas operaban fuera del país —como en Colombia— bajo el nombre de Empresas Promotoras de Salud (Bitrán y Almarza, 1996). A continuación analizaremos este caso.

¹⁷ Información obtenida de la página del portal salud, www.portalsalud.cl/articulos/universo.htm, primavera 2001.

¹⁸ Información obtenida del *Diario La Tercera*, Chile, 26 de junio 2002.

En 1993, se impulsó en Colombia una reforma a todo el sistema de salud. La reforma se dividió en tres grandes rubros: la salud, las pensiones y los riesgos profesionales. En esta investigación nos centraremos en el rubro de la salud, pero es importante tener presente que muchos de sus logros se deben a que esta reforma fue global. Señálese asimismo que la población colombiana equivalía a una tercera parte de la mexicana. El aparato burocrático era menor y la reforma fue por ello, más sencilla.

Esta reforma buscó transformar el viejo sistema de salud de corte asistencialista, por un nuevo sistema basado en el aseguramiento y la competencia de administradoras de seguros y prestadores de servicios. El componente de solidaridad distributiva se hizo presente para financiar a los ciudadanos más desposeídos a través de la Ley 100 (Harvard University Report, 1996). Esta Ley buscaba proveer cobertura universal a través de un plan de seguros sociales financiado por medio de impuestos y subsidios del gobierno. La membresía a este plan de seguros estaría dividida de acuerdo al salario: un régimen contributivo (RC) para quienes pudieran pagar y un régimen subsidiado (RS) para la población más pobre. Se estimaba que 30% de la población entraría en el RS y 60% en el RC. Para mejorar la eficiencia y la calidad, cada ciudadano podría escoger a qué Entidad Promotora de Salud (EPS) afiliarse. Éstas eran o públicas o privadas. Las Empresas Solidarias en Salud (ESS) se crearían sólo para quienes pertenecieran al régimen subsidiado. También existiría un Plan Obligatorio de Salud (POS), como plan básico de salud (Harvard University Report, 1996).

POLÍTICAS QUE OBTUVIERON LOGROS EN COLOMBIA

En Colombia, la Ley 100 estipulaba la prohibición de negar la cobertura a quien la demandara, lo cual conducía a que este sistema fuera equitativo. Asimismo, existía un periodo al año abierto para la afiliación, hecho que restringía a los aseguradores a seleccionar riesgos. Se señalaba además, que los afiliados debían permanecer por lo menos un año en una misma aseguradora... se previó así la selección adversa. Se contó con la especificación de ocho enfermedades catastróficas que se excluían del plan obligatorio y se cubrían en las EPS. El gobierno reembolsaba los gastos de estas enfermedades y así evitaba los incentivos de las aseguradoras para no afiliarse a estos pacientes (Harvard University, Report 1996).

Otro de los logros de Colombia fue la consolidación de nuevas instituciones dentro de los regímenes contributivos y subsidiados. Éstos contribuyeron al aumento de la cobertura del seguro social en salud de 20% a 53% (González y Ramírez, 2000). Colombia también logró que los beneficiarios escogieran entre una variedad de planes de salud. Lo dicho permitió generar competencia y mejoró la calidad y eficiencia en la provisión de servicios de salud (González y Ramírez, 2000).

El sistema de regulación de la medicina prepagada en Colombia era de los más legislados en América Latina; y presentaba indicadores buenos. La cobertura y la calidad de

los servicios aumentó y, en cierta medida, también la eficiencia. Se rebasaron a su vez las expectativas, pues no quebró la cantidad de empresas que en un principio se estimó.¹⁹

POLÍTICAS QUE OBTUVIERON FALLAS EN COLOMBIA

A pesar de que la Ley 100 contaba con varios mecanismos para combatir la selección adversa, las EPS aún eran vulnerables. La selección de riesgos continuaba al generar más utilidades, al identificar y atraer afiliados que implicaban bajos costos. Algunas fallas fueron las siguientes: mala regulación tanto de proveedores como de recolección de impuestos, mala acreditación de calidad; y la necesidad de contar con “reglas del juego” en el programa de la población subsidiada (Harvard University Report, 1996).

Asimismo y de acuerdo con funcionarios del Ministerio de Salud, el desarrollo del cuerpo regulatorio de la nueva ley significó el regreso al sistema segmentado. A pesar de que la ley exigía un mismo paquete de beneficios tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado, en realidad se definieron dos paquetes distintos. El argumento fue que el desarrollo de las regulaciones también favoreció la creación de organizaciones privadas que participarían en la reforma del sistema de salud. Lo que no lograron las regulaciones fue asignar los incentivos correctos para la transformación de las instituciones públicas existentes (González y Ramírez, 2000).

Las reformas del sistema colombiano no tomaron en cuenta las diferencias regionales; no hubo mecanismos efectivos de control ni sistemas de información seguros. Se instrumentó la figura de intermediario —asegurador con fines de lucro— y la salud se convirtió en un bien de mercado. (Harvard University Report, 1996).

El modelo colombiano se caracterizó por la competencia regulada entre aseguradoras y proveedores públicos y privados. Los hospitales públicos debían transformarse en “Empresas Sociales del Estado” y competir con las empresas privadas por clientes. De esta manera, se pensaba que se compartiría el riesgo financiero entre las aseguradoras y los prestadores de servicios; sin embargo, esto no ocurrió y muchos hospitales quebraron (Harvard University Report, 1996). A pesar de que la Ley 100 especificaba paquetes estándares de beneficios, las EPS podían variar en la forma en que ofrecían sus paquetes en términos de calidad. Los individuos que sabían que contaban con más riesgo, se afiliaban al Plan Obligatorio de Salud (POS) y evitaban pagar el impuesto de 12%. Las EPS también contaban con un incentivo para atraer a los pacientes más saludables y dejaron fuera a quienes más atención requería.

A pesar de que Colombia tuvo un incremento en la afiliación, ésta no se reflejó en mejorías en el acceso a los servicios de salud, sobre todo para quienes menos recursos tenían. Asimismo, los esfuerzos colombianos por lograr una afiliación universal para el año 2001 con el mismo paquete básico de servicios no se ha logrado todavía (González y Ramírez, 2000). El gremio médico, por su parte, se quejaba de haberse empobrecido por el Sistema, pues las tarifas que pagaban las EPS eran muy bajas. Las clínicas y hos-

¹⁹ Entrevista realizada al Dr. Steven Ángel, Director de Enlace Empresarial Clínica Londres, abril 2001.

pitales se quejaban también, pero los análisis mostraron que su déficit se debió más a la ineficiencia de los mismos que a las tarifas limitadas que el sistema permitía.²⁰

CUADRO 2. LOGROS Y FALLAS DE POLÍTICAS EN PAÍSES ESTUDIADOS

	Estados Unidos	Colombia	Chile
Logros	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de admisión hospitalaria • Contención de costos • Derechos básicos del paciente: selección de médico, obtención de datos sobre la formación profesional del mismo, rechazar ofrecimientos terapéuticos que no le satisfagan y estar al tanto de los riesgos y ventajas de los tratamientos 	<ul style="list-style-type: none"> • Prohibición de negar la cobertura a los demandantes • Aumento de cobertura • Competencia que genera mayor calidad y eficiencia • Un periodo al año abierto de afiliación • Se restringe a aseguradores el seleccionar riesgos. • 8 enfermedades catastróficas cubiertas por las EPS. Gobierno rembolsa el gasto para evitar incentivos de las aseguradoras a no afiliar a los pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de cobertura para población de menos ingresos • Creación de un seguro catastrófico • Mejoramiento en la gestión de recursos • Instrumentos de transparencia para seguros privados • Incorporación de Derechos de los Pacientes
Fallas	<ul style="list-style-type: none"> • No se logró reducir el gasto nacional en salud • Fallas de mercado originaron deficiencias en el mercado de seguros • Mercado “descremado” • Los arquitectos de la política (HMO) no pusieron atención en lo que se refiere a los intereses de otros proveedores de salud • No tomaron en cuenta a las instituciones involucradas, ni los intereses de los consumidores 	<ul style="list-style-type: none"> • No tomaron en cuenta diferencias regionales • Sin mecanismos efectivos de control • Sin sistemas de información seguros • El asegurador con fines de lucro, la salud como un bien de mercado • Fallas en su regulación, paquetes distintos para RC y RS. • Selección adversa 	<ul style="list-style-type: none"> • Fallas de regulación. • Incertidumbre sobre el futuro de las Isapres • Se detuvo la afiliación a las Isapres que por muchos años fue a la alza • Mercado “descremado”

Fuente: elaboración propia a partir de casos estudiados

RESULTADOS DEL MODELO DE MEDICINA PREPAGADA

En el Cuadro 3 podemos ver los resultados del modelo de medicina prepagada en los países estudiados. Por parte de Estados Unidos, las HMOs tuvieron resultados tanto positivos como negativos. Los resultados negativos se deben a que no tomaron en cuenta ni a las instituciones involucradas, ni los hábitos personales de los consumidores, además

²⁰ Información obtenida de la página www.colombiamedica.univalle.edu.co, primavera 2001.

de haber sobreestimado la influencia que su modelo racional tendría para los ejecutivos de los hospitales y los líderes sindicales. Asimismo y debido a que los beneficios de las HMOs se diferenciaban a lo largo del país, el gobierno tuvo que pagar por estos errores y se volvió más barato pertenecer a una HMO que al sistema tradicional de salud. En otras palabras, las personas sanas permanecieron enlistadas en las HMOs mientras que los enfermos las abandonaron y “descremaron” al mercado (Newhouse, 2001).

En el caso de Chile, debido a la movilidad que existía entre los afiliados de las Isapres, se contó con mayor eficiencia económica gracias a la competencia que se generó. Sin embargo, existía incertidumbre sobre el futuro de estas instituciones debido a que el mercado se había “descremado”. Como respuesta, surgieron planes solidarios como el Plan Auge. Por último, el caso de Colombia presentó resultados buenos. Su sistema de regulación era de los más legislados en América Latina. Contaba con indicadores buenos y la cobertura y calidad aumentaron. Del mismo modo, no quebraron tantas empresas como se estimaba, sin embargo, la selección de riesgos continuó.

CUADRO 3. RESULTADOS DEL MODELO DE MEDICINA PREPAGADA

EEUU	<ul style="list-style-type: none"> • HMOs resultados positivos y negativos • No pudieron contener costos • Consecuencia: menor número de afiliados • Las HMOs implicaron costos para el gobierno • Se descremó el mercado
Chile	<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad entre Isapres • Eficiencia económica por existencia de competencia • Incertidumbre y mercado “descremado”, Isapres sólo para la gente con mayores recursos • Surgimiento de planes solidarios como el Plan Auge que obligó a las Isapres volverse más incluyentes
Colombia	<ul style="list-style-type: none"> • Regulación e indicadores positivos • Cobertura y calidad en aumento • Reducido quiebre de empresas • Selección de riesgos

Fuente: elaboración propia a partir de casos estudiados

EXPERIENCIAS TRANSFERIDAS POR MÉXICO

Con base en lo discutido en el apartado anterior, utilizaremos nuestro modelo de transferencia de políticas para revisar cómo se internalizaron las experiencias de medicina prepagada en México a finales de los años noventa cuando se diseñaron las ISES.

En esta sección, con base en las variables de nuestro modelo de transferencia de políticas, señalaremos cómo se dio la transferencia en nuestros casos de estudio. Con los resultados obtenidos, observamos qué se transfirió, quién transfirió, por qué, de dónde se transfirió y cuándo sucedió.

De acuerdo con los especialistas entrevistados, durante la etapa de diseño de las ISES se tomaron en cuenta elementos de instituciones parecidas en países de América Latina, Europa y Estados Unidos. Lo que se estudió fueron los esquemas operativos, la regulación, los elementos que se pedían en cuanto a técnica y financiamiento, así como el papel participativo de los médicos.²¹ A continuación mencionaremos cuáles fueron las políticas que México revisó en el diseño de las ISES.

EXPERIENCIAS TRANSFERIDAS DE ESTADOS UNIDOS

De acuerdo con entrevistas realizadas, lo que se revisó de la experiencia estadounidense fueron las regulaciones a escala estatal y federal, al igual que la situación fronteriza que daba lugar a regulaciones específicas.²² Se revisaron también los problemas de quejas a los que se enfrentó Estados Unidos, en donde por ahorrar dinero retiraban a pacientes que necesitaban más tiempo de hospitalización. Ejemplo de lo anterior podría ser un parto... la madre debía retirarse casi de inmediato. Este tipo de eventualidades fueron las que se consideraron y trataron de evitar en las ISES, en donde las razones médicas debían de ser las que operaran.²³

Una de las normas inspiradas en el caso estadounidense que se incluyó en el reglamento de las ISES fue la de prohibir que las compañías de seguros premiaran a los médicos que les generaran ahorros. Además, se incorporaron los derechos básicos del paciente, como son seleccionar a su médico, obtener datos sobre la formación profesional del mismo, rechazar ofrecimientos terapéuticos que no satisficieran y estar al tanto de los riesgos y ventajas de los tratamientos.

El motivo de haber revisado este caso se debió a la vasta experiencia de este país en el campo de la medicina prepagada. De igual forma, la cercanía entre ambas naciones permitió que se difundieran las experiencias de política a una mayor velocidad. El lugar de donde se transfirió la política fue de organizaciones similares a las ISES, como son las HMOs. Por último, el momento en el que se transfirió fue cuando se buscó resolver una falla de regulación del mercado de salud en México.

EXPERIENCIAS TRANSFERIDAS DE CHILE

De acuerdo con funcionarios que participaron en el diseño de las ISES,²⁴ se revisó con detalle el caso chileno, sobre todo por las enseñanzas que podía aportar para México. Lo que se revisó fue su experiencia en medicina prepagada, misma que logró una gran cobertura de seguros privados sin regulación alguna. El motivo de haber revisado este caso, se debe, por un lado, a las dos décadas de experiencia en la medicina prepagada

²¹ Entrevista realizada a Lic. Fernando Álvarez, Dir. General de Seguros de Salud de la CNSF, mayo 2001

²² *Op. cit.*

²³ *Op. cit.*

²⁴ Entrevista realizada a Lic. Carlos Gracia, funcionario de la SSA, febrero 2001.

con la que Chile cuenta; por otro, a la ausencia de regulación con la que contaron las Isapres, elemento esencial que México quiso prevenir.²⁵ Para esta investigación, se consideró necesario revisar este caso, pues aporta una gran fuente de datos sobre las posibles fallas en las que se puede incurrir si se deja un mercado de seguros sin regulación.

EXPERIENCIAS TRANSFERIDAS DE COLOMBIA

De acuerdo con entrevistas realizadas, Colombia fue uno de los países que se estudió en el diseño de las ISES. Sus reformas respondieron a problemas similares que enfrentó México en su mercado de seguros: quiebras y fraudes de organizaciones así como protesta de los médicos.²⁶ Una de las principales contribuciones que sirvió de inspiración para México fue la figura de *auditor*, equivalente al contralor médico de las ISES. De este caso, se revisó asimismo la experiencia con la que cuentan en su sistema de regulación, el cual es de los mejor legislados en América Latina. Lo anterior ha conducido a experiencias positivas, así como el contar con instrumentos que garanticen la transparencia.

CUADRO 4. RESULTADOS DE TRANSFERENCIA DE POLÍTICAS EN MÉXICO

Variables	Estados Unidos	Chile	Colombia
Qué	<ul style="list-style-type: none"> Instrumentos de política: Regulaciones a escala estatal y federal. Situación fronteriza Problemas de quejas 	<ul style="list-style-type: none"> Experiencias en medicina prepagada: Gran cobertura privada, ausencia de regulación 	<ul style="list-style-type: none"> Conceptos: Figura del Auditor Experiencias de su regulación
Quién	<ul style="list-style-type: none"> Grupos de expertos (CNSF) 	<ul style="list-style-type: none"> Grupos de expertos 	<ul style="list-style-type: none"> Grupos de expertos
Porqué	<ul style="list-style-type: none"> Por su experiencia (+) y (-) en medicina prepagada Cercanía Copiar acciones ejemplares Para legitimizar conclusiones ya alcanzadas 	<ul style="list-style-type: none"> Por sus 20 años de experiencia en medicina prepagada Para legitimizar conclusiones ya alcanzadas 	<ul style="list-style-type: none"> Buen legislación en medicina prepagada Experiencia exitosa Instrumentos de transparencia efectivos Gran información sobre regulación
Dónde	<ul style="list-style-type: none"> De organizaciones similares a las ISES en EEUU 	<ul style="list-style-type: none"> De organizaciones similares a las ISES en Chile 	<ul style="list-style-type: none"> De organizaciones similares a las ISES en Colombia
Cuándo	<ul style="list-style-type: none"> En el momento en que se busca resolver un problema: falla de regulación 	<ul style="list-style-type: none"> En el momento en que se busca resolver un problema: falla de regulación 	<ul style="list-style-type: none"> Cuando se busca justificar meter un asunto en la agenda

Fuente: elaboración propia a partir de casos estudiados

²⁵ Los funcionarios que participaron en el diseño de las ISES, no especifican cuáles fueron las políticas en específico sobre medicina prepagada que se utilizaron de Chile. Sin embargo, sí afirman que el caso chileno sirvió de inspiración para el diseño de las ISES.

²⁶ Entrevista realizada al Dr. Steven Ángel, Director de Enlace Empresarial Clínica Londres, abril 2001.

Después de haber revisado cuáles fueron las experiencias internalizadas por México, podemos ahora analizar su posible adaptabilidad. Para ello, revisaremos la teoría de transferencia de políticas para señalar si efectivamente hubo una transferencia de manera adecuada. En segundo lugar, tomaremos en cuenta los estudios realizados por Majone (1975) en lo referente a *restricciones* operantes y factibilidad política.

De acuerdo con Rose (1991), para que una transferencia de políticas se lleve a cabo de manera adecuada, debemos atender lo siguiente: la ideología, el tamaño de las burocracias, las habilidades técnicas y los costos económicos.

- a) Si la *ideología* tanto política, económica y social es similar entre los países, la transferencia se da con mayor facilidad.
- b) El *tamaño de las burocracias* y su nivel de eficiencia son también elementos que determinan si un programa puede transferirse o no. Si el tamaño de la burocracia es muy grande e ineficiente, se dificulta una transferencia exitosa.
- c) Algunos programas no se pueden transferir si rebasan las *habilidades técnicas* de un país.

La instrumentación de nuevas políticas tiene un *costo económico* que implica una restricción para su posible transferencia. Si no se logra cubrir el costo de contar con una nueva política, ésta no se puede transferir, aunque sea una posible solución.

De acuerdo con Majone, un analista debe de estar siempre preparado para traducir un juicio de factibilidad política en términos de una restricción específica que opere en el problema bajo consideración. Por *restricción*, el autor entiende lo siguiente: ...cualquier característica del ambiente que puede afectar el resultado de la política, y que no está bajo el control del formulador de políticas. Existen tres grupos principales de restricciones políticas: las que se refieren a las limitantes de los *recursos políticos*, a la *distribución costo/beneficio* de cierta política, y las *restricciones institucionales*. Para este especialista, para que una política sea factible, debe de satisfacer todas las restricciones del problema que se desee resolver. Por el contrario, una política no es factible cuando le faltan recursos políticos, cuando la distribución de costos y beneficios no es favorable, y cuando incurre en restricciones institucionales. Todas las anteriores previenen la realización de un curso de acción específico.

Así como existen diferentes tipos de restricciones, hay también diversos tipos de factibilidades: la técnica, económica, legal y administrativa. Esta última parte es la que nos ayudará a identificar a qué pruebas de factibilidad deben de someterse las políticas públicas que deseamos adoptar de otros países. Dicho distinto, cuando se desea transferir una política inspirada en otros países y si es que puede adaptarse, que esta pueda ser adaptada, se debe de estudiar y revisar si es factible en términos técnicos, económicos, legales y administrativos.

Las políticas adoptadas de este país se enfrentaron a dificultades en su transferencia ya que México y Estados Unidos contaban con características muy distintas, como es la ideología y la situación económica. En este caso, se presentó también un problema de transferencia al tratar de adoptar políticas de Estados Unidos que rebasaban las habilidades técnicas de México. Para que el país pudiera contar con un sistema competitivo de medicina prepagada como en Estados Unidos, los costos eran más que altos.

Por otro lado, la presencia de los derechos básicos del paciente²⁷ así como la competencia que existe entre diferentes HMOS, permitió que el sistema estadounidense fuese de muy buena calidad en lo que a satisfacción del cliente se refería. Para poder lograr estas medidas, como la selección de médico y el saber la formación profesional del mismo, se requería de eficiencia administrativa. Para otros países que buscaran adoptar estas medidas habría problemas de *factibilidad administrativa*. El debate que existía en México entre médicos y administradores de ISES era que éstos buscaban que el paciente pudiera escoger al deseado sin que existiera una lista previa. Sin embargo y para los administradores de las ISES, esto era imposible: no se podía calcular la prima si no se conocía todo el universo de médicos de antemano. De igual forma, si no se conocía toda la lista de médicos que integraban una ISES, no se podía garantizar que la atención fuese de buena calidad, ya que se desconocía si el mismo médico estaba o no certificado.²⁸

CASO DE CHILE

En éste se contó con el apoyo financiero de instituciones internacionales, cuestión que facilitó el arranque de la medicina prepagada. Para México éste no fue el caso. El gobierno mexicano no financió el surgimiento de las ISES, lo que hizo fue modificar la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, para dar cabida a las ISES. Este es un ejemplo de que para transferir políticas de Chile a nuestro país, se requiere cubrir un costo económico. En México no hubo prestaciones por parte de organizaciones internacionales, lo cual implicó una restricción para su transferencia. Del mismo modo, vemos cómo las características del ambiente, como el apoyo financiero de instituciones internacionales, pueden afectar el resultado de la política al presentar problemas de *factibilidad económica*.

Asimismo, las reformas de salud en Chile, en el apartado de medicina prepagada, fueron impuestas en principio por un régimen militar que permitió que por diez años, la participación del sector privado se mantuviera sin regulación alguna. En el caso de México, las reformas de salud no han tenido influencia militar alguna; han sido refor-

²⁷ Esto es, la selección de médico, la posibilidad de obtener datos sobre la formación profesional del mismo, el poder rechazar ofrecimientos terapéuticos que no le satisfagan y la posibilidad de estar al tanto de los riesgos y ventajas de los tratamientos.

²⁸ Lo anterior está basado en las pláticas sostenidas con el C.P. Jorge Carrera, Dir. de Supervisión de las ISES en la SSA, abril 2001.

mas surgidas del sector salud. Podemos, pues, decir, que en México pudieron contar con un mejor marco regulatorio aunque no suficiente. Lo anterior ejemplifica cómo la *factibilidad administrativa* juega un papel importante en los resultados de políticas públicas. Las políticas impuestas por el régimen militar en Chile rebasaron las habilidades técnicas de México, pues los cambios en México no fueron impuestos.

CASO DE COLOMBIA

Al igual que el caso chileno, Colombia contó con apoyo financiero de instituciones internacionales que ayudaron al arranque de la medicina prepagada. Ante ello, México enfrentó, una vez más, problemas en la transferencia. Estas políticas traían consigo un costo económico que de no cubrirse, impedía que se adoptara cierta política en otro país.

Por otro lado, Colombia, al final de la década de 1990, contaba con menos de un tercio de la población con la que contaba México. Así, su aparato burocrático no era tan complejo y permitió que las reformas en salud fueran más exitosas. Ahora bien, en la teoría de transferencia de políticas se presentó un problema: las dimensiones de la burocracia en México. La prueba de *factibilidad económica* no “se pasó” por las mismas razones.

Como conclusión de esta sección, podemos señalar que no se encontró evidencia de que se llevase a cabo alguna de las condicionantes para que una transferencia de políticas se presentara de manera adecuada. Lo que nos preguntamos en cada caso de estudio fue si se revisaron o no las circunstancias locales del país que se transfirió, si se hicieron pruebas de factibilidad, y si se cumplió o no con las limitaciones y restricciones con las que toda transferencia se enfrenta. La falta de este análisis crítico fue parte de los resultados poco satisfactorios de la medicina prepagada en México hoy en día.

LA SITUACIÓN DE LAS ISES A FINALES DE 2015

De acuerdo con la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), desde sus inicios en 1999, las ISES no han tenido gran participación en el mercado debido a la existencia de normativas que limitan su crecimiento. El limitado desarrollo está relacionado con la poca oferta de productos de salud por parte de las aseguradoras y no precisamente a temas regulatorios. “Las ISES que no se desarrollaron fue porque no contaban con una red establecida de servicios, no ampliaron su plataforma tecnológica y no dieron cobertura nacional.”²⁹

Uno de los principales beneficios de la nueva Ley de Seguros y Fianzas, que entró en vigor el 4 de abril de 2015, es que los seguros de gastos médicos mayores podrán dar servicios que antes sólo ofrecían las ISES. De acuerdo con la AMIS, en México, 60% de la población no cuenta con seguridad social alguna, lo que representa un grave problema para el país.³⁰ El 93.4% del gasto privado en salud corresponde al gasto de bolsillo, y

²⁹ <http://eleconomista.com.mx/sistema-financiero/2012/06/07/se-reduce-numero-ises>

³⁰ <http://eleconomista.com.mx/finanzas-personales/2015/05/03/habra-mas-beneficios-gastos-medicos>

sólo el 6.6% está cubierto por el sector asegurador. De cada 10,000 asegurados 13 llegan a presentar un siniestro catastrófico, según datos de la AMIS. Solo 7% de la población cuenta con una póliza de seguros de gastos médicos mayores, 60% son pólizas empresariales y 40% contratadas por voluntad del asegurado.³¹

De acuerdo con la SSA, hoy en día sólo once ISES operan en México.³² De éstas, 19% asignan su gasto a la consulta externa y 48% al gasto hospitalario, mientras que los seguros de gastos médicos mayores no pagan la consulta externa y asignan 64% de su gasto a hospitales. Las ISES fueron creadas con la expectativa de abrir la competencia con el sector público mediante la reversión de cuotas del IMSS; no obstante, el IMSS no abrió la reversión de cuotas, e incluso restringió las reglas de acceso, obligando así a los interesados en las ISES a duplicar el pago.³³

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL USO DE LA TEORÍA DE TRANSFERENCIA DE POLÍTICAS

De acuerdo con Rose (1991), el encontrar un programa que haya tenido éxito en otros lugares no es garantía de que se pueda transferir a otro país de manera eficiente. En otras palabras, el uso de transferencias siempre trae consigo cierta *incertidumbre*. Wolman (1992) argumenta que para el uso de transferencia de políticas, en teoría los formuladores de política primero evalúan los efectos de cierta política en el país de origen. Para este autor, este enfoque sistemático y analítico no se lleva a cabo por los formuladores de política, sino que sólo se concentran en la *estructura* del programa que se quiere transferir y no en su *efecto*.

A lo largo de nuestra investigación, nos dimos cuenta de que México no tomó en cuenta los *efectos* de las políticas en el país de origen, ni consideró el hecho de que una política exitosa en Colombia, por ejemplo, no necesariamente puede funcionar en nuestro país. La transferencia de políticas consiste en estudiar si una política o un programa puede funcionar de un lugar a otro. Ésta debe de servir como una *inspiración* para formular políticas públicas que se adapten perfectamente al entorno del que se trate. A diferencia de los estudios comparados, la transferencia de políticas busca predecir y no sólo explicar lo sucedido. Otro de los costos del uso de transferencias de política es el no tomar en cuenta las limitaciones a las que se enfrenta una política transferida. Esto es, el no considerar la ideología, el tamaño de las burocracias, las habilidades técnicas y los costos económicos.

Los beneficios que existen en el uso de transferencia de políticas son muy claros. Veámos con anterioridad que es poco factible que un problema de política pública sea único. Este hecho hace que valga la pena estudiar otros casos para así enriquecer nuestras propias políticas públicas, teniendo siempre en cuenta las circunstancias locales.

³¹ <http://www.cnnexpansion.com/mi-dinero/2015/07/09/gastos-medicos-mayores-incluyan-coberturas-de-prevencion>

³² General de Salud, Mediaccess, Plan Seguro, Seguros de Salud, BBVA Bancomer, AXA Salud, Seguros Centauro, Servicios Integrales de Salud Nova, Vitamédica, Dentegra, Odontored y Neo Salud Seguros. Fuente: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/normatividad/dpn-ises_02.html

³³ http://www.amisprensa.org/wp-content/uploads/2015/05/Proteccion-financiera_may11.pdf

Para Rose (1991), el hecho de que una transferencia de política provenga de un gobierno ajeno al nuestro no es una innovación *per se*. En otras palabras, una lección aprendida de otro país es como un atajo que utiliza experiencias pasadas para permitir el éxito de una política en nuestro propio país. Además, estos aprendizajes son más que nuevas ideas, puesto que son más específicas. Otro de los beneficios de esta teoría es que los costos de instrumentar una política pública nueva se abaratan si se conoce experiencias de otros países o entidades nacionales (Dolowitz y Marsh, 1996).

CONCLUSIONES

La revisión del caso de las ISES ilustra cómo puede fallar una transferencia de políticas si no se revisan bien los casos de estudio seleccionados. A lo largo de esta investigación hemos planteado la importancia de revisar las condiciones locales que llevaron a que cierta política tuviera buenos resultados. De no revisar esta información, las probabilidades de transferir y adaptar una política de manera positiva se reducen. Es importante mencionar que no basta con estudiar las condiciones que llevaron al éxito de una política, sino los efectos que ésta tuvo en la población. En este sentido, el análisis de las ISES puede aportar al estudio de transferencia de políticas al señalar qué elementos por lo general se ignoran en el diseño de políticas inspiradas en otros países.

A partir de la información obtenida en las entrevistas realizadas a funcionarios involucrados en el diseño de las ISES, fue difícil identificar qué elementos en específico fueron transferidos. Esto se debe a que las políticas públicas no cuentan con “derechos de autor”, sino que forman parte del conocimiento general. Por ello resulta complejo distinguir si el surgimiento de una política fue una creación propia o si políticas externas sirvieron como inspiración. A pesar de lo anterior, es posible hacer inferencias. Por ejemplo, se puede asumir que el marco regulatorio de las ISES plasmado en las Reglas de Operación, pudo haberse inspirado en el marco regulatorio de Estados Unidos, Chile y Colombia por las similitudes que presentaron.

BIBLIOGRAFÍA

- Bennet, Colin. 1991, “How States Utilize Foreign Evidence”, *Journal of Public Policy*, vol. 11, núm. 1, pp. 35-50.
- Benson, D. y A. Jordan. 2011. “What Have We learned from Policy Transfer Research? Dolowitz and Marsh Revisited”, *Political Studies*, vol. 9, pp. 366-376.
- Bitrán, Ricardo y Almarza, F. 1996. “Instituciones de Salud Previsional en Chile”, en Seminario Regional de Reformas a la Seguridad Social en Salud en Argentina, Chile y Colombia.
- Chan, Sewin. 2002. *Manual de Health Economics*, Robert F. Wagner Graduate School of Public Service.

- Creese Andrew. 1995. "Mezcla pública y privada y competencia en los sistemas de atención en la salud", en *Innovaciones de los sistemas de salud: una perspectiva internacional*, México, Fundación Mexicana para la Salud y Editorial Médica Panamericana.
- Dolowitz, D. P. y Marsh, D. 1996. "Who Learns What from Whom? A Review of the Policy Transfer Literature", *Political Studies*, vol. 44, núm. 2, pp. 340-350.
- Evans, Mark y Davies, J. 1999. "Interpretación de la transferencia de políticas: una perspectiva multidisciplinaria y de niveles múltiples", *Gestión y Política Pública*, vol. VIII, núm. 2, segundo semestre.
- González Rossetti, Alejandra y Ramírez, P. (2000), "Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Colombian Case", Escuela de Salud Pública de Harvard.
- _____ y Bossert, T. (2000), "Mejorando la factibilidad política de la reforma en salud: un análisis comparativo de Chile, Colombia y México", Escuela de Salud Pública de Harvard.
- Harvard University Report. 1996. "Report on Colombia Health Sector Reform and Proposed Master Implementation Plan", *Final Report*.
- Heidenheimer, Arnold, Hecló, H. y Teich, C. 1985. *The Pathology of Public Policy*, Oxford, Clarendon Press, capítulo 3.
- Hsiao, William C. 1995. "La comparación de los sistemas de atención a la salud: ¿Qué es lo que unas naciones pueden aprender de otras", en *Innovaciones de los sistemas de salud: una perspectiva internacional*, México, Fundación Mexicana para la Salud y Editorial Médica Panamericana.
- Majone, Giandomenico. 1975. "On the Notion of Political Feasibility", *European Journal of Political Research*, vol. 3.
- Newhouse, J. 2001. "Medical Policy in the 90's", National Bureau of Economics Research, Working paper No. 8531.
- OCDE. 1992. "The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries", Paris, *Health Policy Studies*, núm 2.
- Rose, Richard. 1991. "What is Lesson Drawing?" *Journal of Public Policy*, vol. II, núm. 1.
- _____. 2005. *Learning from Comparative Public Policy: A practical Guide*, London: Routledge.
- Solari, Alfredo. 1995. "Experiencias innovadoras en el sistema de salud de América Latina: situación actual y perspectivas", en *Innovaciones de los sistemas de salud: una perspectiva internacional*, México, Fundación Mexicana para la Salud y Editorial Médica Panamericana.

- Stone, D. 2004. "Transfer Agents and Global Networks in the Transnationalization of Policy", *Journal of European Public Policy*, vol. 11, núm. 3, pp. 550-562.
- _____. 2010. "Private Philanthropy or Policy Transfer? The Transnational Norms of the Open Society Institute", *Policy and Politics*, vol. 38, núm. 2, pp. 550-562.
- Vogel E. Hector. 1995. "Experiencias innovadoras en el sistema de salud de Estados Unidos: situación actual y perspectivas", en *Innovaciones de los sistemas de salud: una perspectiva internacional*, México, Fundación Mexicana para la Salud y Editorial Médica Panamericana.
- Wolman, Harold. 1992. "Understanding Cross National Policy Transfers: The Case of Britain and the US", *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, vol. 5, núm. 1.

Internet:

- Secretaría de Salud. *Desempeño de los sistemas de salud. Gastos catastróficos por motivos de salud*. <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/proteccion.pdf> (consultado 1 de noviembre 2015)
- Secretaría de Salud. *¿Qué son las ISES?* http://www.calidad.salud.gob.mx/site/normatividad/dpn-ises_02.html (consultado 1 nov. 2015)

Hemerografía:

Diario La Tercera, Chile, 26 de junio 2002.

Entrevista realizadas de febrero a abril del 2001:

- Dr. Steven Ángel, Director de Enlace Empresarial Clínica Londres, abril 2001.
- Lic. Fernando Álvarez, Director General de Seguros de Salud de la CNSF, mayo 2001.
- Lic. Carlos Gracia, funcionario de la SSA, febrero 2001.

MARIANA BECERRA PÉREZ. Licenciada en Ciencia Política por el ITAM y Maestra en Políticas Públicas por la misma institución. De 2001-2004 fungió como subdirectora de investigación y análisis en políticas públicas en el Instituto Nacional de Ecología. Actualmente es investigadora del Centro de Estudios Espinosa Yglesias, sus materias de interés son el análisis de las políticas públicas y su implementación. Ha publicado en la revista *Gestión y Política Pública* del CIDE, *CNN Expansión*, *ADN Político* y *Animal Político*. Correo electrónico: marianabecerra74@gmail.com