

Financiamiento del Sistema Único de Salud

Reflexiones y propuestas para la
planeación del Sistema Nacional
de Salud

CIUDAD DE MÉXICO
28 DE FEBRERO DEL 2019

El Centro Internacional para Académicos Woodrow Wilson, se estableció en 1968 por el Congreso. Con sede en Washington, DC, es un monumento nacional vivo para el Presidente Wilson. La misión del Centro es conmemorar los ideales y las preocupaciones de Woodrow Wilson, proporcionando un vínculo entre los mundos de ideas y políticas, al tiempo que fomenta la investigación, el estudio, el debate y la colaboración entre un amplio espectro de personas interesadas en políticas y becas en el ámbito nacional en asuntos internacionales. Apoyado por fondos públicos y privados, el Centro es una institución no partidista dedicada al estudio de los asuntos nacionales y mundiales. Establece y mantiene un foro neutral para el diálogo libre, abierto e informado. Las conclusiones u opiniones expresadas en las publicaciones y programas del Centro son las de los autores y los oradores y no reflejan necesariamente las opiniones del personal, becarios, administradores, grupos asesores o cualquier persona u organización que proporcione apoyo financiero al Centro. El Centro es el editor de *The Wilson Quarterly* y la sede de Woodrow Wilson Center Press, *diálogo*, radio y televisión. Para obtener más información sobre las actividades y publicaciones del Centro, visítenos en la página web en www.wilsoncenter.org.

El Economista es un periódico de circulación nacional, uno de los medios más reconocidos e influyentes de México y líder en su segmento de información y opinión especializada sobre economía y finanzas. Con sede en la Ciudad de México, recién cumplió 30 años de vida, y tiene en la web una de las plataformas digitales más robustas en información económica, financiera y política en tiempo real, actualizada las 24 horas, los 7 días de la semana. Su sitio web www.economista.com.mx cuenta con una audiencia de +69 Millones, con +152 millones de Páginas vistas, en tanto que en sus plataformas de Social Media cuenta con +1.5 millones de seguidores. La distribución del diario impreso es de 37,000 ejemplares diarios de lunes a viernes. Desde su fundación el 5 de diciembre de 1988, El Economista ha sido una reconocida herramienta para la dirección y manejo de negocios, así como del patrimonio personal y de pequeñas y medianas empresas. Desde 2008 pertenece a Nacer Global, corporativo de empresas tecnológicas, de construcción e infraestructura, comunicación y educación. El Economista es socio de la Asociación Mexicana de Internet (AMIPCI), de América Economía y de los diarios económicos españoles Cinco y Expansión. También, pertenece a la Red Iberoamericana de Prensa Económica (RIPE) y es asociado de *The Washington Post* en la publicación de un suplemento semanal en México. A través de sus especialistas cubre temas de coyuntura e importancia nacional incluyendo el sector salud e industria de la salud con el objetivo de informar, promover y mejorar el diálogo para la política pública en salud, al igual que lo hace para distintos segmentos de la economía en el país.

El Instituto México del Centro Internacional para Académicos Woodrow Wilson creó en 2017 la **Iniciativa del Sistema de Salud de México** como un espacio abierto para el diálogo dinámico y productivo al reunir a líderes y tomadores de decisiones del sector gobierno y del sector privado, así como a expertos en políticas en salud de ONGs y del ámbito académico, para discutir los desafíos en materia de salud y las alternativas de política para abordarlos. Con esta Iniciativa, el Instituto México busca apoyar el fortalecimiento del sector salud a través del análisis objetivo y el análisis de propuestas en torno a los temas prioritarios para el sector salud.

Este documento es resultado de una serie de reuniones con expertos para discutir los retos financieros del sistema de salud y los aspectos centrales que se deben tomar en cuenta como parte de la propuesta para integrar al sistema de salud. Estas discusiones fueron efectuadas bajo las reglas de *Chatham House* de forma que ninguna opinión expresada en las reuniones podría ser atribuible a ningún participante, pero todas las personas contribuyeron a la discusión y a las conclusiones expresadas en este documento. Asimismo, este documento presenta el material de apoyo a la discusión y los principales resultados de las discusiones sostenidas en el Foro “Financiamiento del Sistema Único de Salud”, llevado a cabo el pasado 28 de enero del 2019 en el Club de Industriales, y organizado de forma conjunta por el Instituto México del Wilson Center y El Economista. Agradecemos la valiosa participación de las siguientes personas en la preparación y conducción de las discusiones y por sus aportaciones al documento y en el foro:

Recaredo Arias Jiménez	Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros
Julio César Cervantes Parra	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
David Rogelio Colmenares Páramo	Auditoría Superior de la Federación
Rodolfo de la Torre García	Centro de Estudios Espinosa Yglesias
Patrick Devlyn	Consejo Coordinador Empresarial
Luis Foncerrada Pascal	Analista Financiero y Económico
Guillermo Funes Rodríguez	Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica
Mauricio Hernández Ávila	Instituto Mexicano del Seguro Social
Gonzalo Hernández Licona	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
Hugo López-Gatell Ramírez	Secretaría de Salud
Alejandro Mohar Betancourt	Instituto Nacional de Cancerología
Miguel Ángel Navarro Quintero	Senado de la República
Carlos Noriega Curtis	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Alejandra Palacios Prieto	Comisión Federal de Competencia Económica
Alberto Peredo Jiménez	Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
Ricardo Pérez Cuevas	Instituto Nacional de Salud Pública
Javier Potes González	Consorcio Mexicano de Hospitales
Ector Jaime Ramírez Barba	Cámara de Diputados
Cristóbal Thompson	Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica
Héctor Valle Mesto	Fundación Mexicana para la Salud
Roberto Vélez Grajales	Centro de Estudios Espinosa Yglesias

Un agradecimiento especial a Eduardo González Pier, Mariana Barraza Lloréns y Maribel Ramírez Coronel por la organización del evento y por la investigación y compilación del documento. Agradecemos también a Angela Robertson, Rodrigo Serrallonga, Raquel Chuayffet y Andrea Tanco del Wilson Center por su apoyo en la convocatoria y organización de las reuniones.

Financiamiento del Sistema Único de Salud

Reflexiones y propuestas para la planeación del Sistema Nacional de Salud

Contenido

1. Financiamiento en el marco de la cobertura universal en salud	4
2. Gasto en salud y fuentes de financiamiento	9
3. Protección financiera de los hogares y ... del sistema de salud	14
4. Asignación de los recursos para lograr los resultados deseados con equidad y eficiencia	18
5. Necesidades de salud y Objetivos de Desarrollo Sostenible	23
6. Reflexiones y recomendaciones derivadas del Foro “Financiamiento del Sistema Único de Salud”	25
7. Bibliografía	30

1. Financiamiento en el marco de la cobertura universal en salud

El fin último del sistema de salud debiera ser mejorar la salud de los mexicanos. La cobertura universal en salud (CUS) es la estrategia que busca proveer a toda la gente que lo requiere acceso a los servicios de salud con un nivel de calidad suficiente para que sean efectivos, y garantizar que el uso de los servicios no exponga a los usuarios a dificultades financieras. El acceso incluye la promoción de la salud y la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) precisa que para que una comunidad o un país puedan alcanzar la CUS se han de cumplir los siguientes requisitos:¹

- garantizar el financiamiento sostenible de los servicios de salud;
- contar con un sistema de salud sólido;
- promover acceso a medicamentos y tecnologías esenciales, y
- asegurar personal de salud suficiente, bien capacitado y motivado.

El concepto de la CUS ha sido avalado en el marco del acuerdo internacional del 2015 para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), y del compromiso de los países para cumplir con 17 metas al 2030. En este acuerdo los países pueden optar por distintas estrategias para alcanzar la CUS según su contexto y según la respuesta a tres preguntas básicas:

- ¿Qué población estará cubierta de forma prioritaria?
- ¿Qué intervenciones y hasta dónde cubrirá el sistema?
- ¿Qué nivel de protección financiera se logrará a través del financiamiento público o aseguramiento privado?

Para responder estas tres preguntas, es necesario dialogar acerca de cómo se financiará el sistema, cómo se pueden lograr recursos suficientes para atender las necesidades de salud de la población, y al mismo tiempo protegerla de las consecuencias de los riesgos financieros de estar enfermo y de pagar de su bolsa por la atención médica. La trayectoria que habrá de seguirse para lograr la cobertura universal depende de las respuestas y, en particular, de las prioridades que se expresen al contestar estas preguntas. La estrategia del financiamiento del sistema de salud por lo tanto debe estar alineada a los objetivos de la CUS y lograr la combinación deseable de impacto en las condiciones de salud y protección financiera de la población.

El financiamiento no sólo tiene que ver con la forma en que se obtienen recursos para la salud. También es importante que los fondos logren solidaridad entre enfermos y sanos, pobres y ricos, jóvenes y adultos mayores, población urbana y población rural o indígena, entre otras características que explican la necesidad y utilización de los servicios de salud. Por último, la manera en que los recursos disponibles se asignan y convierten en servicios tiene implicaciones en cuanto a la equidad, la eficacia y la eficiencia del sistema de salud. Son tres las subfunciones del financiamiento de la salud que necesitamos abordar, y es así como está organizado el Foro:

- 1) **Recaudación y movilización de fondos.** Se refiere a la necesidad de procurar financiamiento suficiente para la salud, o de defender y mantener las fuentes disponibles ante la presión de gasto de otros sectores;

¹ https://www.who.int/universal_health_coverage/es/

- 2) **Mancomunicación y diversificación de riesgos.** Consiste en lograr o mantener un nivel adecuado de protección contra riesgos financieros para que las personas que necesitan servicios no enfrenten barreras al acceso y no estén sujetas a gastos catastróficos o empobrecimiento por acceder a ellos;
- 3) **Asignación y compra de servicios.** Se enfoca a promover las reglas y los mecanismos operativos para que los recursos financieros, y en particular los presupuestos públicos y privados de las instituciones aseguren la equidad (atender a cada persona según su necesidad), la eficacia (tener efecto en la salud) y la eficiencia (obtener el mayor beneficio al menor costo posible) de los fondos disponibles para alcanzar la CUS.

Recaudación y movilización de fondos

Son muchas las formas en que se recauda dinero para pagar los costos del sistema de salud. Por lo general, el dinero se recibe de hogares, organizaciones o empresas y, en casos de países más pobres, de fuentes externas. Los recursos pueden ser recaudados a través de impuestos generales o específicos, aportaciones obligatorias o voluntarias a los seguros de salud, y pagos directos de las personas en el momento de usar un servicio de salud.

El origen de los fondos es quizás la discusión más crucial para lograr la CUS. Por un lado, lograr mejorar las condiciones de salud requiere que las barreras financieras para el acceso a servicios se reduzcan o eliminen y, por el otro para contar con un nivel de protección financiera aceptable el acceso a servicios debe estar asociado a la necesidad más que a la capacidad de pago de las personas. En países de ingresos medios y altos prevalecen básicamente dos modelos para financiar la CUS: a través de un sistema general de impuestos o a través de un sistema de seguridad social con cobertura de salud. Estos modelos en ocasiones coexisten dentro de un mismo sistema de salud, como es el caso de México, y ambos modelos brindan protección contra riesgos financieros y promueven la equidad mediante el pago anticipado de los costos de atención médica y las campañas de promoción de la salud, y de detección y prevención de la enfermedad. La diferencia más relevante entre ambos modelos radica en la base que se utiliza para recaudar los ingresos.

En los sistemas basados en impuestos, la fuente principal de recursos son los ingresos tributarios o fiscales generales, ya sea impuestos directos (a los ingresos de las personas o empresas) o indirectos (a las ventas, el consumo o los activos). Esta recaudación general es posteriormente asignada por el gobierno para la compra o la prestación de servicios de salud en instituciones públicas y privadas. En el componente de salud de la seguridad social, los fondos provienen directamente de los trabajadores asalariados, los trabajadores independientes, las empresas y los gobiernos, que contribuyen de manera obligatoria. La seguridad social es un esquema de aseguramiento porque las aportaciones de los trabajadores, patrones y gobierno se consolidan o mezclan en un solo fondo para beneficio de las personas que necesitan el servicio. En los sistemas basados en impuestos generales el concepto de aseguramiento es implícito porque está integrado en la aportación que los contribuyentes hacen a través del pago de impuestos. En el caso de México, como en muchos otros países, la organización de la protección financiera para la población asalariada del sector privado y del gobierno federal y estatal se cubre a través de contribuciones de la nómina, mientras que los no asalariados, informales, y trabajadores por cuenta propia están cubiertos por varios tipos de seguros de salud, como el Seguro Popular de Salud y el IMSS Bienestar. Estos últimos están basados principalmente en impuestos generales, y en el cobro de cuotas por usar los servicios cuando éstos no forman parte de los beneficios explícitamente cubiertos.

En la mayoría de los países de ingresos medios y bajos los sistemas de salud dependen en gran medida de los pagos directos de los individuos a las aseguradoras privadas o a los proveedores de servicios de salud. Es común que se cobren tarifas o cargos por consultas con profesionales de la salud, procedimientos médicos, medicamentos y otros suministros, y para análisis de laboratorio. Dependiendo de cada país, el pago directo o gasto de bolsillo, como comúnmente se le conoce, es recaudado por el gobierno en sus clínicas, por organizaciones no gubernamentales, centros de salud de las iglesias, y sobre todo prestadores privados.

Aun cuando las personas cuenten con seguro privado, a los pacientes generalmente se les exige que compartan los costos en forma de coaseguro, copagos y/o deducibles. El coaseguro refleja la proporción de los costos que la persona cubierta debe cubrir de su bolsillo, mientras que los copagos se establecen como una cantidad fija que el beneficiario debe pagar por cada servicio. Ambos deben pagarse de su bolsillo antes de que el asegurador cubra cualquier gasto.

Los pagos directos tienen serias repercusiones para la salud. Hacer que las personas paguen en el momento de la entrega del servicio induce a que los servicios no se utilicen de forma oportuna (especialmente los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad). Al posponer el uso de intervenciones de detección y control de enfermedades, se posterga el acceso. Eso a su vez reduce las perspectivas de curación y aumenta los costos de tratamiento. Por ello, los pagos directos que pueden ubicarse como gasto de bolsillo son una forma ineficaz e ineficiente de financiar la salud, y más aún, también perjudican las finanzas familiares.

Muchas personas que sí buscan tratamiento, y que tienen que pagar en el momento del requerirlo, sufren graves dificultades financieras como consecuencia. El gasto catastrófico se define como un gasto directo en atención médica superior a un porcentaje (30% o 40%, según el criterio que se use) de los ingresos del hogar una vez descontado el gasto en necesidades básicas. Los gastos directos también pueden orillar a que los hogares caigan en pobreza. Los gastos catastróficos ocurren en países de todos los niveles de ingreso, pero son mayores en países que dependen más de los pagos directos para recaudar recursos para la salud. El gasto catastrófico en salud no es necesariamente causado por procedimientos médicos de alto costo o por un solo evento costoso. Para muchos hogares, los pagos relativamente pequeños también pueden resultar en una catástrofe financiera. Un desembolso constante de pagos médicos puede orillar a la pobreza a las personas con enfermedades crónicas o con discapacidades. Un gasto empobrecedor es aquél que una vez erogado –e independientemente del porcentaje que represente del ingreso disponible del hogar– deja al hogar con un nivel de recursos por debajo de una línea de pobreza preestablecida.

En ocasiones, los sistemas públicos de salud recurren al cobro de cuotas a los usuarios (cuotas de recuperación) exclusivamente para solventar los faltantes de presupuesto. Aun cuando estén ajustados por capacidad de pago, no se consideran una respuesta viable a la falta de fondos del sector de la salud ya que institucionaliza la exclusión de los pobres y no acelera el avance hacia el acceso universal y la protección financiera. Eliminar este tipo de cuotas donde ya existen no es fácil, y debe acompañarse con cambios estructurales necesarios en los sistemas de recaudación y movilización de fondos para sustituir el gasto de los servicios de salud.

Por último, vale la pena recordar que las estrategias de recaudación de fondos para salud están en cambio constante. La sostenibilidad de la CUS exige lograr más recursos para toda la población y satisfacer sus necesidades ante un panorama de constante introducción de nuevas tecnologías, ya sean medicinas, dispositivos médicos o técnicas terapéuticas que suelen mejorar las perspectivas para el paciente, pero que también tienen implicaciones en los costos promedio de la atención médica.

Mancomunación y diversificación de riesgos

El progreso hacia la CUS depende de la obtención de fondos para que una colectividad suficientemente grande pueda garantizar que los aportantes sanos paguen los costos de los servicios médicos de los que se enferman. Cuantas más personas compartan el riesgo financiero de esta manera, más estable será la capacidad de la colectividad de sostener este arreglo en el tiempo. Cuando los fondos cuentan con pocos participantes, están expuestos a eventos extremos que hagan inviable el fondeo en un año de exceso de utilización y reclamaciones.

La apuesta es que acumulación de los recursos financieros para garantizar la atención médica sea asumida por todos los miembros de la colectividad y no por las personas que se enferman. Esta apuesta es consistente con un principio de equidad esencial: las personas deben de contribuir a financiar el sistema de salud de acuerdo con su capacidad de pago, y deben tener acceso a los servicios de acuerdo con sus necesidades de salud (independientemente de su capacidad de pago). El propósito principal de la agrupación de recursos en fondos es diluir el riesgo financiero asociado con la necesidad de utilizar los servicios de salud. Para constituir un fondo, los recursos que los constituyen deben pagarse por adelantado, antes de que ocurra la enfermedad; por ejemplo, a través de impuestos, contribuciones a la seguridad social y/o pago de primas de seguros. La mayoría de los sistemas de financiamiento de la salud incluyen un elemento de agrupación financiada por pago anticipado, combinado con pagos directos de individuos a proveedores de servicios, a veces llamados costos compartidos.

La fragmentación institucional afecta todos los niveles de la estructura de financiamiento, desde cómo se contribuye y cuánto se destina del presupuesto federal a cada institución, cuántos fondos se tienen para mancomunar riesgos, y hasta la forma en que se pagan salarios, se presupuestan los servicios, se decide qué medicamentos o tecnologías comprar, qué infraestructura construir y cómo se utilizan los recursos.

La fusión de los esquemas de protección financiera es una tarea que se hace inevitable en algún momento. A pocos países les ha resultado fácil fusionar canales fragmentados de protección financiera si ya están bien desarrollados. Los intereses creados a menudo prevalecen sobre las consideraciones de gestión. Para minimizar las dificultades, es importante crear la capacidad institucional para ejecutar esquemas de protección financiera en una etapa temprana, con un gobierno comprometido y también con sistemas probados de control de presupuesto y eficiencia en el manejo de la asignación y operación del gasto.

Asignación y compra de servicios

La asignación y compra es el proceso en donde los recursos financieros que hayan o no pasado por la etapa de mancomunación se convierten en servicios de salud. Hay tres formas principales de hacer esto. Una es que el gobierno proporcione presupuestos directamente a sus propios proveedores de servicios de salud, quienes organizan las compras y pago de insumos, y la prestación de los servicios utilizando los recursos del gobierno y, a veces, las contribuciones de seguros. La segunda es cuando se asignan los recursos a una agencia de compras separada institucionalmente (por ejemplo, un fondo de seguro de salud o una autoridad gubernamental) para financiar y comprar los servicios en nombre de una población (una división comprador-proveedor). La tercera es que las personas paguen directamente a un proveedor por los servicios. Muchos países usan una combinación. Dentro de estas amplias áreas, los proveedores de servicios de salud pueden recibir pagos de muchas maneras

diferentes, Las compras también incluyen decidir qué servicios deben financiarse, incluida la combinación de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación.

Una de las barreras más importantes para lograr la CUS, más allá del nivel de gasto en salud, son las ineficiencias en el uso de fondos de salud tanto públicos como privados. Un nivel insuficiente de gasto en salud puede limitar el alcance de cobertura poblacional y la profundidad de los servicios necesarios para cumplir con el compromiso de acceso. Sin embargo, una selección pobre de las intervenciones por cubrir, la mala calidad con la que éstas se ofrecen y en general, una débil administración del sector público y privado en la prestación de servicios de salud pública y de atención médica socavan el esfuerzo previo de movilización de fondos y mancomunación de recursos existentes.

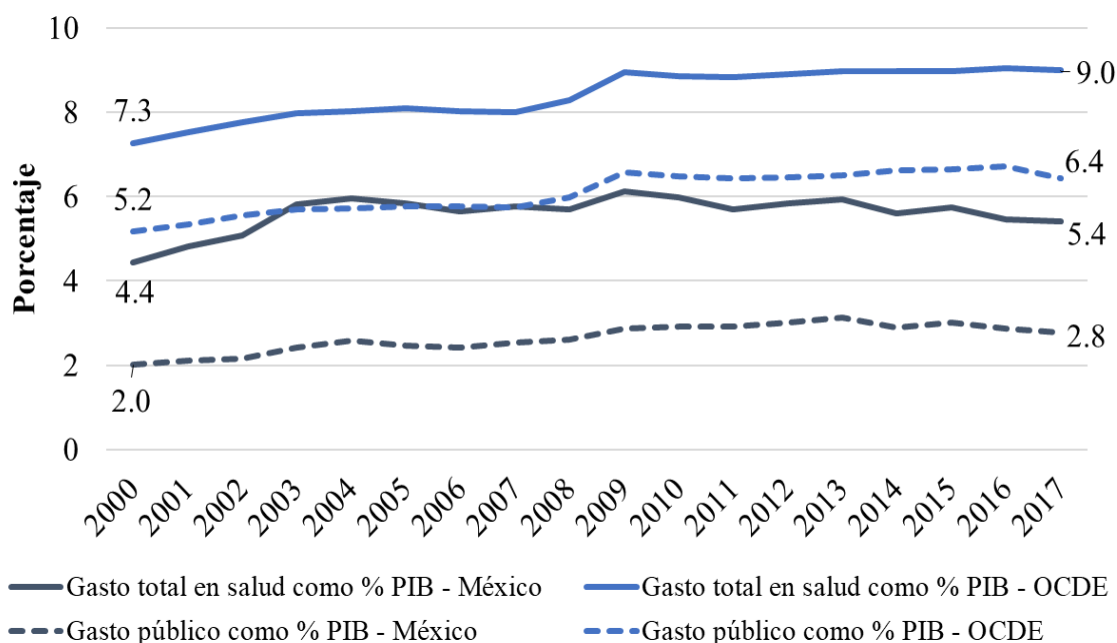
En general en países de ingresos medios y bajos persiste el enfoque de una gestión de los recursos dirigida a financiar insumos y procesos, y se le da menos importancia a la obtención de resultados en salud. Así, prevalece la asignación de presupuestos por partidas de gasto, el pago por servicios y esquemas de presupuestación y asignación del gasto definidos desde la perspectiva de la oferta de servicios, por lo que la forma en que se asigna el gasto está desvinculada de los resultados que se generan.

Además de discutir acerca de cómo tener más presupuesto para salud, es necesario poner en la mesa el tema de la equidad, del uso eficiente de los recursos y la transparencia en el gasto. Esto tiene que ver no sólo con las decisiones de qué financiar/comprar y cómo hacerlo, sino también con la forma en que los recursos fluyen y se usan en la prestación de los servicios.

2. Gasto en salud y fuentes de financiamiento

En 2017 México destinó 5.4% de su PIB a salud, nivel muy inferior con respecto a otros países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (9.0%) (ver figura 1) y a otros países de América Latina como Brasil (8.9%), Chile (8.1%) y Colombia (6.2%). Esto es, México tiene un gasto en salud del orden de 1.2 billones de pesos, equivalentes a 9,605 pesos por persona. A pesar de que la insuficiencia de gasto en salud es un tema que ha estado presente en la agenda durante los últimos quince años, las tendencias no son favorables desde 2010, cuando esta cifra alcanzó 6.1%, y es una de las principales limitantes para alcanzar la CUS, así como hacer frente al nuevo perfil de necesidades de salud de la población.

Figura 1. Evolución del gasto total y público en salud como porcentaje del PIB, México y promedio OCDE, 2000-2017



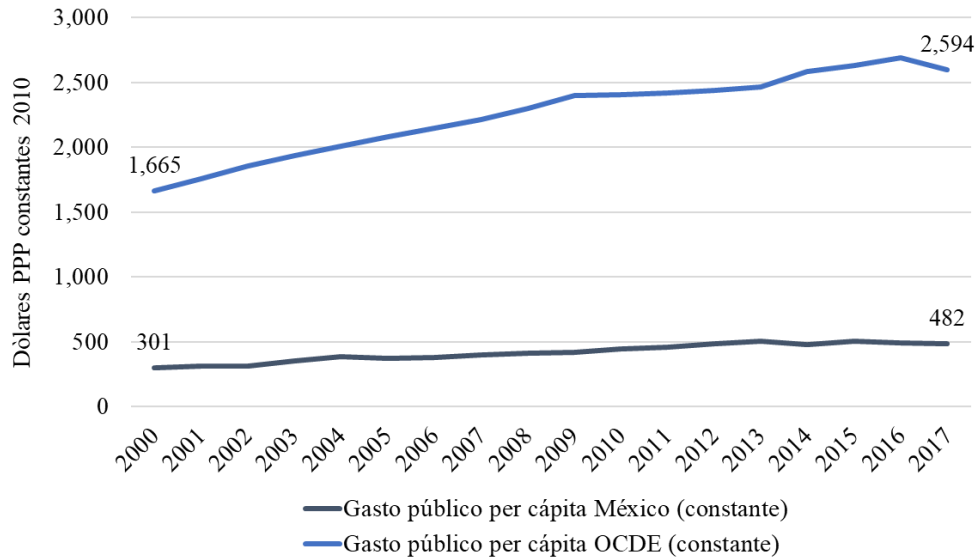
* Incluye gasto público y privado. Fuente: OECD Health Statistics 2018.

El problema es que no sólo se dedican pocos recursos al sector salud, sino que el componente público del gasto sigue siendo menor de lo que se esperaría en un país que ha apostado por muchos años a tener un sistema de salud predominantemente público. El gasto público en salud asciende a tan sólo 2.8% del PIB, mientras que los países de la OCDE destinan 6.4%, en promedio. La participación del gasto público respecto al gasto total en salud ha aumentado casi 40% desde el año 2000, crecimiento que se explica en buena parte por la creación del Seguro Popular de Salud. Este crecimiento es ligeramente mayor al crecimiento promedio de los países OCDE entre 2000 y 2017 (25%). No obstante, pese a la canalización de más recursos públicos para la población sin seguridad social, el gasto público está todavía muy lejos del nivel deseable.

Esta limitante se observa también en términos per cápita. El gasto en salud por persona es bajo comparado con los países OCDE. México gasta alrededor de 482 dólares por persona (valor de 2017 medido en dólares de 2010 ajustados por paridad de compra), mientras que los países de la OCDE gastan, en promedio, 2,594 dólares. Aunque en términos reales ha crecido alrededor de 60% en 17 años (3.5% promedio anual), esta diferencia de 5.4 veces a uno prácticamente se mantiene desde el

año 2000 (ver figura 2). Respecto a otros países similares del continente, México también tiene un rezago en el financiamiento para la salud.

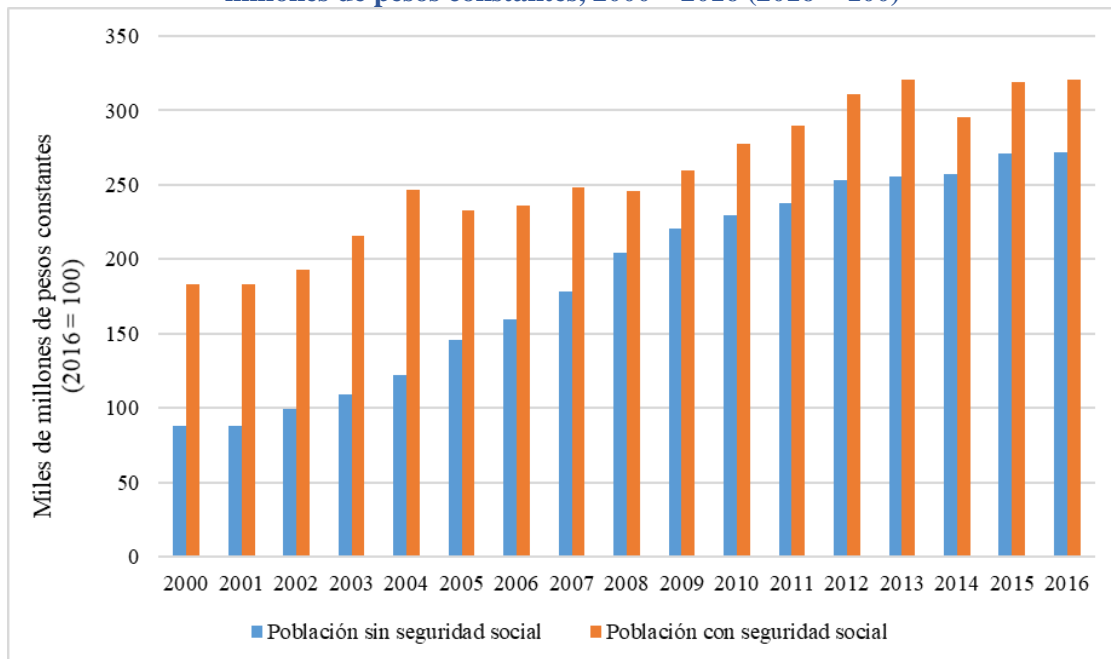
Figura 2. Evolución del gasto público en salud per cápita, dólares constantes, México y promedio OCDE, 2000 – 2017



Fuente: OECD Health Statistics 2018.

Dentro del gasto público total en salud, el incremento paulatino en el gasto para la población sin seguridad social ha permitido reducir la brecha entre el gasto per cápita para esta población con respecto al gasto per cápita para la población con seguridad social. En 2000, esta brecha era de 2.2 a 1 a favor de la seguridad social. En 2016 se estimó en 1.4 veces (ver figura 3).

Figura 3. Evolución del gasto público en salud para población con y sin seguridad social, miles de millones de pesos constantes, 2000 – 2016 (2016 = 100)



Fuente: Secretaría de Salud. Gasto en Salud en el Sistema Nacional de Salud http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/s/gastoensalud_gobmx.html

Bajo la nueva administración federal el tema de salud se ha colocado como prioridad en la agenda gubernamental. La firma del *Acuerdo para garantizar acceso a los servicios de salud y medicamentos*, y el fortalecimiento del programa IMSS-Bienestar ilustran lo anterior. Este grado de compromiso es una buena noticia y se entiende que aún en un marco de austeridad, existe un compromiso serio con el sector salud.

Durante la campaña electoral y el periodo de transición se propuso aumentar el gasto público en salud. De acuerdo con el presupuesto aprobado para el 2019 el gasto para la función salud aumentó 5.7% frente al presupuesto aprobado del año anterior, porcentaje consistente con un ajuste anual por inflación (ver cuadro 1). Los ahorros por austeridad y por la eliminación de la corrupción han sido mencionados como las fuentes de las cuales se extraerán los recursos necesarios para hacer efectivo el incremento en el gasto público. Estos ahorros son muy importantes, pero surge la pregunta respecto a si se podrán hacer efectivos en el corto plazo como para ver un aumento real en el gasto público en salud. Aún con estos ahorros en mente, es necesario poner en la mesa el tema del espacio fiscal disponible para hacer más creíble y duradero el compromiso de aumentar el gasto público. Ante una creciente demanda por servicios y éstos cada vez más complejos, las presiones de gasto obligan a anticipar incrementos mayores en el gasto público en un futuro no muy lejano.

Cuadro 1. Presupuesto de Egresos de la Federación.
Análisis de las funciones del gasto programable por ramo presupuestario o entidad, función Salud
Cifras en millones de pesos corrientes

Ramo y/o entidad		PEF 2018 (1)	PEF 2019 (2)	Cambio porcentual (2)-(1)
07	Defensa Nacional	6,063.8	6,057.9	-0.1
12	Salud	116,385.8	118,351.3	1.7
13	Marina	2,004.4	2,171.3	8.3
19	Aportaciones a Seguridad Social	17,758.8	18,493.9	4.1
33	Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios	90,508.0	95,638.5	5.7
GYN	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	55,037.1	58,962.7	5.7
GYR	Instituto Mexicano del Seguro Social	277,177.8	297,471.7	7.3
Total - Función Salud		564,935.7	597,147.4	5.7

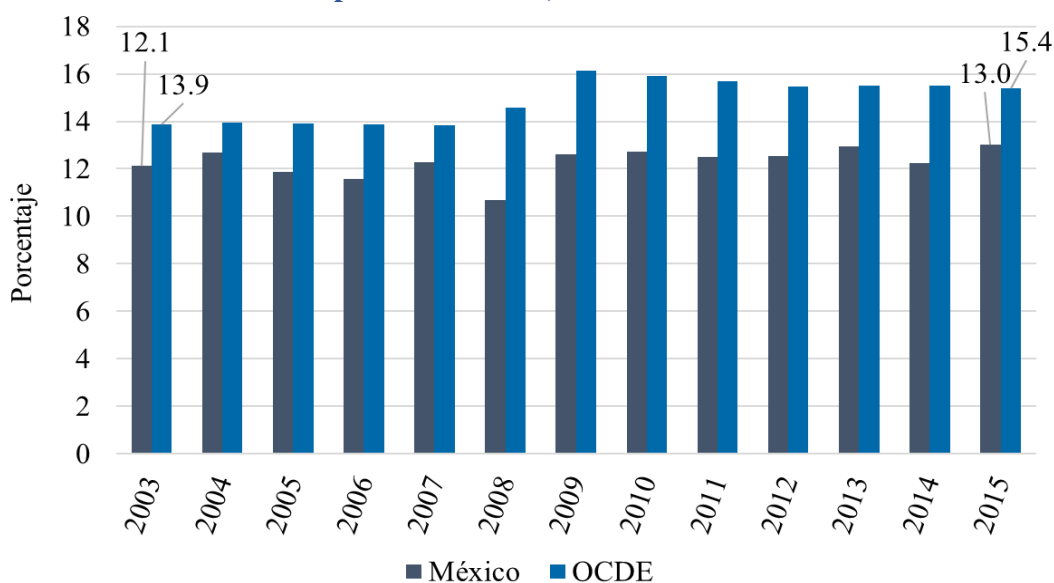
Nota: Se considera solamente la función Salud, por lo que no necesariamente se incluyen todos los recursos presupuestados bajo los ramos y/o entidades listados, si es que éstos, aun cuando tengan como destino el sistema de salud, han sido presupuestados bajo otras funciones. El programa IMSS-Prospera se incluye como parte del presupuesto del Ramo 19.

Fuente:

https://www.finanzaspublicas.hacienda.gob.mx/es/Finanzas_Publicas/Paquete_Economico_y_Presupuest
o

Como porcentaje de los ingresos del gobierno, que son la base para asignar el presupuesto de gasto, el gasto público en salud representa el 13.0%. Este porcentaje se mantiene por debajo del promedio observado en países de la OCDE (15.4%), sobre todo en los últimos años (ver figura 4). Esto implica que una de las barreras para aumentar el gasto público en salud, más que un tema de falta de prioridad o de relevancia para el gobierno, es un problema del tamaño del espacio fiscal disponible para que el gobierno asigne presupuestos, y por lo tanto del nivel de recaudación e ingreso gubernamental.

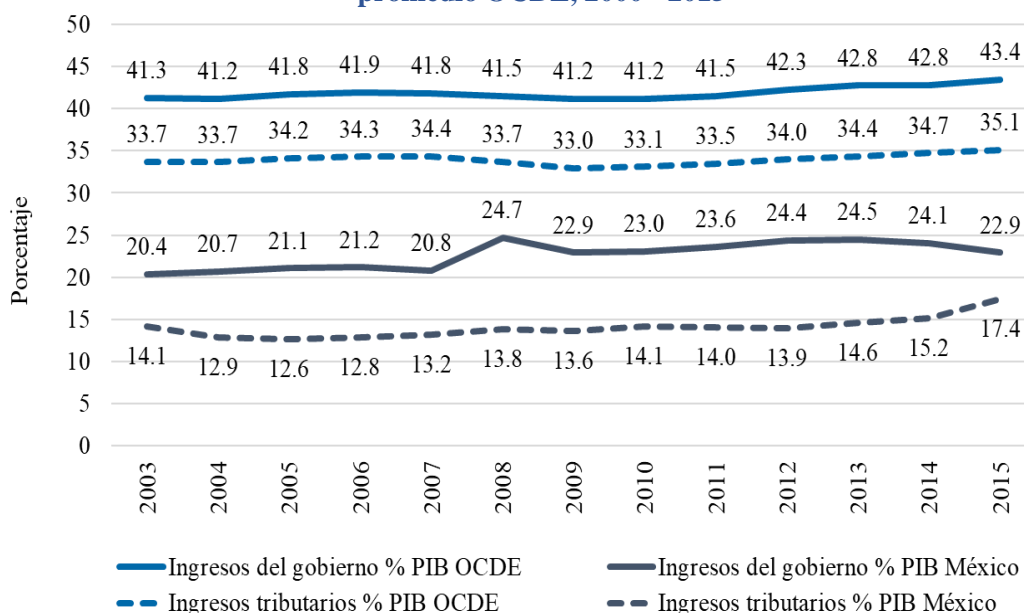
Figura 4. Participación del gasto público en salud como porcentaje del ingreso del gobierno, México y promedio OCDE, 2003 - 2015



Fuente: OECD (2017), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en

En los países de la OCDE, los ingresos del gobierno representan, en promedio, poco menos de la mitad del PIB (43.4%), de los cuales 81% provienen de ingresos tributarios o recaudación fiscal. En contraste, los ingresos gubernamentales representan en México tan sólo el 22.9% del PIB, y de este porcentaje, los ingresos tributarios representan el 76%, en tanto que el 24% restante proviene de ingresos no tributarios (ver figura 5).

Figura 5. Ingreso general del gobierno e ingresos tributarios como porcentaje del PIB, México y promedio OCDE, 2000 - 2015



Fuente: OECD (2017), General government revenue (indicator). doi: 10.1787/b68b04ae-en. Tax revenue (indicator). doi: 10.1787/d98b8cf5-en

Salud y educación son los rubros de gasto con mayor presupuesto. Si se quiere invertir más en salud, es necesario aumentar el espacio fiscal para que el gobierno cuente con mayores recursos para el sector. Esto implica discutir opciones para aumentar los ingresos tributarios, ya sea a través de un incremento en la base fiscal o del aumento en las tasas impositivas. Una discusión de esta naturaleza tiene implicaciones importantes en términos de equidad y de eficiencia en la recaudación. Con frecuencia las reformas fiscales suelen diseñarse de forma aislada, sin considerar la discusión sobre la inversión en capital humano, y en particular en salud y en educación. Incluir en la discusión de una posible reforma fiscal el objetivo último de aumentar el gasto público en salud pudiera ser un elemento que ayudaría a que la sociedad y los distintos afectados reciban como positivo un cambio en el régimen fiscal.

Preguntas para alimentar la discusión:

- ¿Cómo se podría ampliar el espacio fiscal para acomodar las presiones financieras de un sistema único de salud y la nueva agenda de cobertura universal?
- ¿Tiene sentido dar fin específico/etiquetar algún impuesto existente (por ejemplo, tabaco) o uno nuevo para salud?
- ¿Hay condiciones para establecer una meta de aumento de gasto público como porcentaje del PIB para el cierre de la administración?
- ¿Cómo podemos complementar de forma equitativa y eficiente el financiamiento público con el financiamiento privado de la salud?

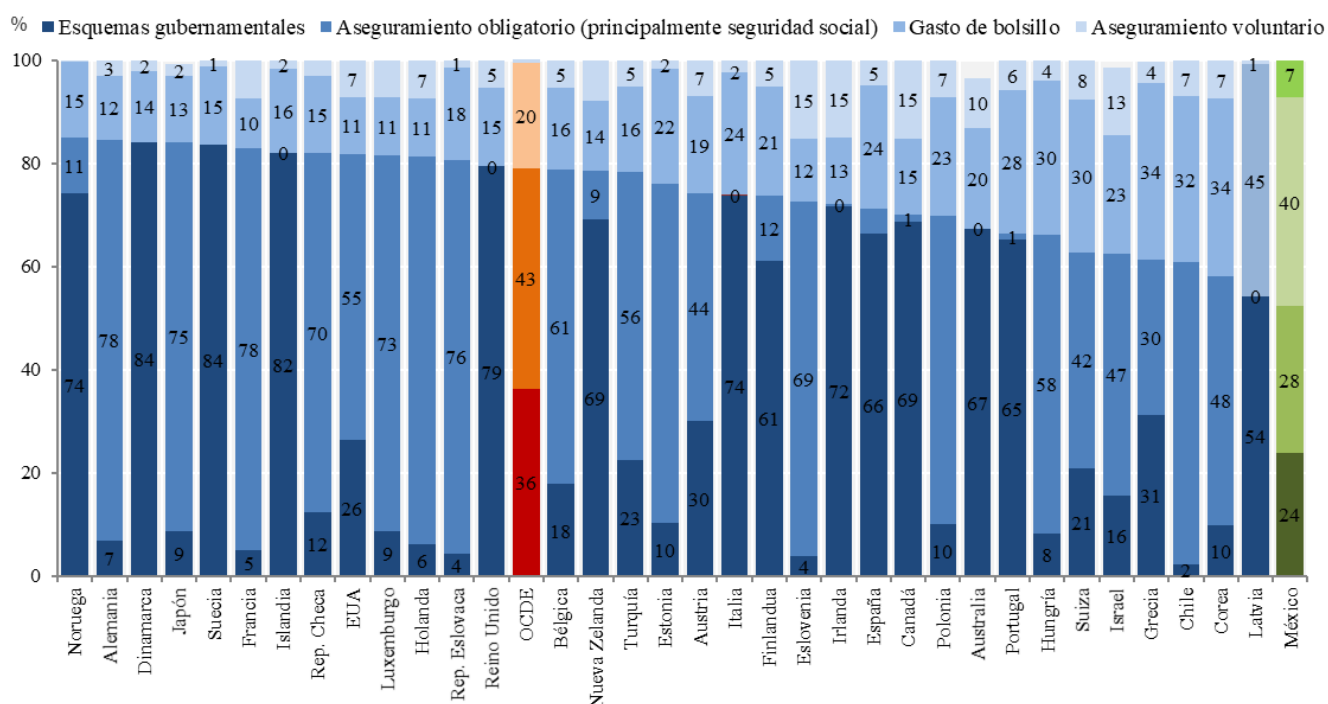
3. Protección financiera de los hogares y ... del sistema de salud

La cobertura de aseguramiento médico en México ha aumentado, pero sigue siendo incompleta. México ha expandido a lo largo de varios años la cobertura financiera de la atención médica, a través de los principales seguros públicos: IMSS, ISSSTE y Seguro Popular de Salud, incluyendo el programa IMSS Bienestar. En conjunto, y como resultado de duplicidad de coberturas, estos tres esquemas y el programa IMSS Bienestar cubren en principio a más del 100% de la población total. Los hogares en los quintiles más bajos de ingreso son los más vulnerables a experimentar gastos catastróficos y/o empobrecedores. La protección financiera de estos grupos de población ha sido un imperativo ético que ha empujado el desarrollo de programas de aseguramiento público como IMSS Bienestar y el Seguro Popular de Salud.

En principio, la cobertura que brindan los seguros públicos en México da protección financiera a las familias y elimina las barreras económicas de acceso a servicios médicos. Sin embargo, en la práctica, el hecho de estar afiliado a un seguro público no garantiza el acceso efectivo a servicios médicos ni la protección financiera. A pesar de que el aumento en la cobertura financiera ha ido acompañado de más gasto público para la población sin seguridad social, las restricciones presupuestales siguen siendo una barrera para el acceso efectivo a atención médica.

Evidencia de ello es el hecho de que los pagos directos o gasto de bolsillo en salud siguen teniendo una participación muy grande en el gasto total en salud (40%) (ver figura 6). Si bien en los últimos años se observa una ligera reducción en su participación en el gasto total en salud, México sigue siendo de los países de la OCDE con mayor participación del gasto de bolsillo, y también está entre los países de América Latina con pagos directos superiores al 30%.

Figura 6. Gasto en salud por fuente de financiamiento en países OCDE, 2017 o año más reciente



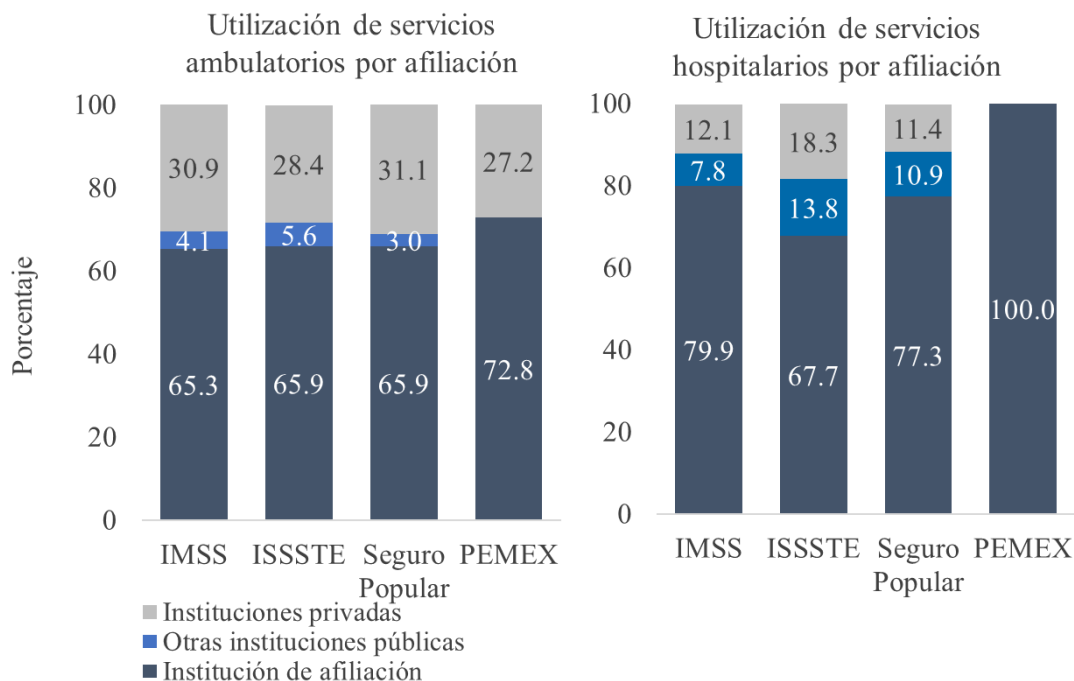
Fuente: OECD Health Statistics 2018.

El gasto de bolsillo ha sido por muchos años el elefante blanco en la habitación. Mucho del debate y de los esfuerzos de políticas se han enfocado en el sector público, pero poco se ha hecho para entender las razones estructurales por las que persiste el alto nivel de gasto de bolsillo. El persistente gasto de bolsillo refleja un problema generalizado relacionado con la percepción de la calidad y el grado de satisfacción con los servicios por parte de la población, así como un problema de falta de acceso a los servicios.

El gasto de bolsillo puede ser reflejo de la falta de acceso en aquellos casos donde el paciente no cuenta con cobertura pública, o cuando una intervención o medicamento no está cubierto o disponible en la institución pública y el paciente se ve obligado a pagarlo directamente. Otro factor que explica este nivel persistentemente elevado de gasto de bolsillo es la insatisfacción con las condiciones de accesibilidad y oportunidad, calidad, o de elección de la atención que proveen las instituciones públicas. La población prefiere acudir al sector privado, que suele tener mayor disponibilidad de horarios, de ubicación y menor tiempo de espera que los servicios públicos. La evidencia disponible sobre el uso extendido de los consultorios médicos adyacentes a farmacias en el sector privado confirma este patrón de consumo, principalmente para casos de enfermedad aguda asociados a infecciones respiratorias y digestivas y de forma creciente para enfermedades crónicas. Lo que se ha observado es que lo que se compra a través de pagos directos son gastos no cubiertos por el sector público o son servicios/ítems de relativamente menor costo que la gente prefiere pagar para tener acceso más inmediato y oportuno.

La ENSANUT 2012 señala que un número importante de personas se atiende en el sector privado a pesar de que cuentan con aseguramiento público y que el grado de utilización depende del tipo de servicio. La utilización de servicios privados es mayor en el ámbito ambulatorio. En promedio, 29% de los afiliados a algún esquema público utilizaron servicios ambulatorios mientras que este porcentaje fue de 14%, en promedio, en el caso de servicios hospitalarios (ver figura 7).

Figura 7. Utilización de servicios en el sector privado según institución de afiliación, 2012



Fuente: ENSANUT 2012.

A su vez, de acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), para 2016 el indicador de carencia por acceso a los servicios de salud utilizado en la medición multidimensional de la pobreza arroja que 19 millones de personas no tienen acceso a servicios médicos, considerando la afiliación como variable de medición. Una explicación es la presencia de barreras geográficas al acceso, principalmente en zonas rurales. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (Conapo), para 2010 se estima que alrededor de 20 millones de personas residían en comunidades de menos de 2,500 habitantes cercanas a una carretera o aisladas.

Por otro lado, aunque la cobertura del aseguramiento privado en México ha aumentado, se mantiene muy acotada. En 2017 representó tan sólo 7% del gasto total en salud. El sector asegurador privado ha mantenido como producto principal en el mercado los esquemas de reembolso de gastos médicos mayores que están lejos de ser una opción integral para las familias, cuando podrían no sólo dar protección financiera sino promover la prevención y el uso óptimo de los servicios médicos. Bajo el modelo actual, las primas no son accesibles para la mayoría de la población. El aseguramiento privado ha mantenido un papel muy limitado en el sistema de salud, pero su participación podría ser mayor, aun cuando el aseguramiento público siga siendo el pilar más importante. Ello requeriría de un cambio de enfoque por parte del sector asegurador privado y de explorar esquemas para complementar más las coberturas del sector público.

Pese al aumento en la cobertura del aseguramiento público, ésta sigue siendo fragmentada. Cada institución recibe, administra y asigna su propio financiamiento bajo reglas distintas. Esto impide mancomunar recursos y diversificar riesgos para la población en conjunto. Cada institución pública funciona financieramente como un fondo separado.

La diversificación de riesgos también es relevante para los esquemas de aseguramiento público.² En el caso de la atención médica, hay servicios para los que hay mayor certeza sobre la demanda esperada. Esos servicios son susceptibles de ser presupuestados de forma anticipada con base en la población de responsabilidad de las instituciones a nivel local y en la demanda histórica. Algunos ejemplos son: consulta y seguimiento de embarazos, consultas de salud materna e infantil y vacunación. Hay otras intervenciones menos predecibles a nivel individual pero cuyo riesgo puede diversificarse en colectividades relativamente pequeñas, ya sea porque la ocurrencia es relativamente baja, o porque aunque sean frecuentes no conllevan un gran gasto. El riesgo asociado a este tipo de intervenciones es susceptible de ser diversificado de forma local. Por ejemplo, apendicitomías que pueden cubrirse en un estado o en una delegación del IMSS. En cambio, hay enfermedades cuyo tratamiento es de alto costo, incluyendo algunas de baja incidencia, que es más eficiente y equitativo financiar a través de un fondo lo más amplio posible. En el caso del Seguro Popular de Salud, los presupuestos asignados a cada estado debieran de operar como fondos de mancomunación a nivel estatal mientras que el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), al cubrir enfermedades de alto costo y de baja incidencia, debería diversificar el riesgo al nivel federal.

² Bajo la lógica clásica de aseguramiento un riesgo es asegurable si presenta las características siguientes: a) el riesgo tiene una baja probabilidad de ocurrencia; b) el riesgo representa una pérdida financiera considerable; y c) el riesgo, en caso de efectuarse, es involuntario.

Preguntas para alimentar la discusión:

- Una de las líneas estratégicas del Acuerdo para garantizar el derecho de acceso a los servicios de salud y medicamentos gratuitos de la población sin seguridad social, plantea que se construirá de manera gradual un Sistema Universal de Salud que elimine la fragmentación y la segmentación. ¿La construcción de este sistema significa que se creará un fondo único/se mancomunarán los recursos públicos de todas las instituciones?
- Independientemente de que exista la posibilidad de “unificar” los esquemas públicos de aseguramiento, eliminar por completo el gasto de bolsillo no parece ser factible, ¿cómo hacer para evitar que sea regresivo e ineficiente o para articularlo de alguna forma con el resto del sistema de salud? Esto es, ¿cómo podemos tratar de convertir el gasto de bolsillo en prepago y buscar que sea complementario a lo que la gente recibe a través de los sistemas públicos (no sustituto), no catastrófico ni empobrecedor, eficiente y eficaz?
- ¿Cómo empata la agenda del sector asegurador privado en el Sistema Único y Público de Salud?

4. Asignación de los recursos para lograr los resultados deseados con equidad y eficiencia

Contar con más recursos para el sistema de salud no asegura que se logren los resultados deseados. Para ello es necesario buscar la forma en que esos recursos sean asignados entre instituciones, estados, prestadores de servicios, niveles de atención e incluso entre rubros de gasto, de tal forma que permita al sistema orientar sus esfuerzos para lograr protección financiera y un verdadero impacto en la salud de la población. Es necesario también que la forma en que se presupuesta y se asignan los recursos responda a criterios de equidad, eficiencia y transparencia.

Para lograr una combinación óptima de protección financiera y buenos resultados en salud hay que analizar cómo se asignan los recursos actualmente en las siguientes tres dimensiones:

- 1) ¿A qué poblaciones y en qué estados y localidades se deben asignar los recursos?
- 2) ¿En qué rubros de gasto e intervenciones se convierten los presupuestos?
- 3) ¿Cuáles son los vehículos y mecanismos que se utilizan para vincular el gasto con los resultados en salud?

¿A qué poblaciones, estados y localidades se asignan los recursos?

En México persisten las brechas en condiciones de salud entre regiones, estados y grupos de población. De 1990 al 2013 se logró un aumento en la esperanza de vida al nacer de 3.4 años, en gran parte como resultado de reducciones en la mortalidad asociada a diarreas, desnutrición, infecciones y la falta de higiene. Como resultado de los programas relacionados con mejorar la salud materno-infantil, las ganancias fueron más pronunciadas en estados y localidades pobres con alta concentración de población indígena. Sin embargo, la principal carga de la enfermedad está ahora en las enfermedades no transmisibles. En 2013, las cinco causas principales de la pérdida de Años de Vida Saludables (AVISA) fueron diabetes, cardiopatía isquémica, enfermedad renal crónica, dolor lumbar y cervical y trastornos depresivos; los últimos tres no estaban entre las cinco causas principales en 1990, lo que subraya aún más la rapidez con que se ha modificado el perfil de necesidades de salud de los mexicanos. Adicionalmente desde el año 2000, la violencia interpersonal condujo a un deterioro de los resultados de salud, especialmente en hombres. Mientras que las desigualdades entre estados por las enfermedades transmisibles se redujeron con el tiempo, las enfermedades no transmisibles y la carga de la enfermedad por violencia y accidentes han abierto las brechas en salud a nivel local.

Como resultado de una compleja combinación de factores, hoy en día las desigualdades en salud se concentran en:

- 1) estados pobres del sur-sureste en comparación con los estados industrializados del centro y norte del país;
- 2) población sin seguridad social, y
- 3) hombres expuestos a violencia y accidentes.

Es necesario considerar que no todas las brechas en salud son abatibles desde el sistema de salud. Aunque las desigualdades en salud de la población se explican por varios determinantes que están fuera del ámbito de competencia directa del sector, la contribución inmediata del sistema de salud

para cerrar estas brechas se resume a la promoción de hábitos saludables a grupos vulnerables y el acceso equitativo a servicios de calidad.³

Durante muchas décadas el presupuesto público en las instituciones de seguridad social se canalizó a los estados con población asalariada y a las zonas urbanas donde residen los trabajadores y sus familias. Hasta la puesta en marcha del Sistema de Protección Social en Salud (mejor conocido como Seguro Popular de Salud), el presupuesto para la población sin seguridad social fue significativamente menor y concentrado en servicios hospitalarios en las principales ciudades del país. Sin embargo, pese a los esfuerzos por tratar de emparejar las asignaciones de recursos entre grupos de población, persisten las desigualdades en la capacidad de respuesta de las instituciones. Mientras que en el 2013 el subsistema de la seguridad social contaba con 2.2 médicos, 2.9 enfermeras, 1.0 camas por cada mil derechohabientes, en el subsistema sin seguridad social, que incluye principalmente los sistemas estatales de salud y el IMSS Bienestar, las cifras comparables son 1.3 médicos, 1.9 enfermeras y 0.6 camas por 1000 afiliados al Seguro Popular de Salud.

¿En qué rubros de gasto e intervenciones se convierten los presupuestos?

Independientemente del monto asignado, los presupuestos tienen que convertirse en insumos para generar actividades de promoción, prevención y atención y rehabilitación médica en las unidades del sector salud. La eficacia del gasto, esto es su efecto en la salud, depende en gran medida que se logren las combinaciones necesarias de personal de salud, insumos, equipo e instalaciones para producir las visitas, consultas y hospitalizaciones en las áreas terapéuticas que necesita la población. Muy comúnmente nos encontramos casos de médicos y enfermeras sin insumos o equipo para resolver los problemas de sus pacientes. También es el caso de que los servicios hospitalarios de pediatría y obstetricia se encuentran subutilizados mientras que los servicios de oncología y cardiología están rebasados simplemente porque el sistema no respondió oportunamente al cambio en el perfil de necesidades de salud asociadas al envejecimiento de la población. Más recientemente se ha hecho evidente que ante las altas prevalencias de enfermedades no transmisibles, en particular padecimientos crónicos como la hipertensión y la diabetes, es mejor controlarlas y tratarlas en clínicas de primer contacto. Con un sistema de atención primaria de calidad se puede mejorar la detección oportuna de los padecimientos, lo cual es indispensable para un buen control de la enfermedad. Sin embargo, el sistema de salud, sobre todo en los servicios estatales de salud, ha privilegiado la atención hospitalaria y ahora es necesario reorientar los recursos financieros para hacer los esquemas de atención más flexibles y menos costosos.

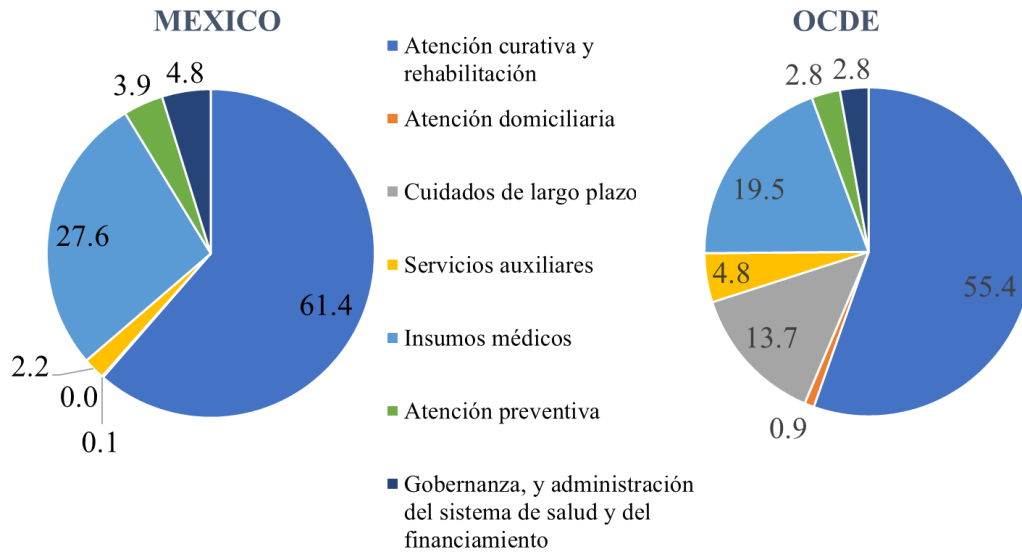
En la figura 8 se comparan los principales conceptos de gasto en la asignación de presupuestos para México y los países de la OCDE. Se observa que, comparativamente, la atención en México se concentra más en la atención curativa y la rehabilitación, y existe poca atención que se otorga en

³ Los cinco grupos de determinantes de la salud son:

- 1) Sociales y económicos, como el nivel de ingreso, el estatus social y el nivel de educación
- 2) El entorno físico y ambiental como agua y aire limpio, lugares de trabajo saludables, casas, comunidades y carreteras seguras.
- 3) Las características individuales de la persona incluyendo la genética, las costumbres y tradiciones, y las creencias de la familia y la comunidad.
- 4) El comportamiento personal y hábitos sociales, la buena dieta, mantenerse activo, no fumar o beber en exceso, y cómo lidiar con el estrés, entre otros y,
- 5) El acceso a servicios de salud de calidad.

espacios no tradicionales como los domicilios de los pacientes o clínicas para cuidados de largo plazo que demanda la población con padecimientos crónicos que no requieren ser atendidos en un hospital. De hecho, este tipo de atención se ha convertido en una gran demanda insatisfecha de la población, cuyo tamaño se refleja en el valor del trabajo no remunerado destinado a salud. De acuerdo con el INEGI, en 2016 este valor se estimó en 1.4% del PIB.⁴

Figura 8. Participación porcentual del gasto por rubro con respecto al gasto corriente total, México y promedio OCDE, 2017



Fuente: OECD Health Statistics 2018.

¿Cuáles son los vehículos y mecanismos que se utilizan para vincular gasto con resultados?

Una vez definidas las poblaciones y zonas geográficas que habrá que priorizar, y los insumos y actividades que logren integrar las intervenciones necesarias, persiste el reto de cómo vincular este gasto con los resultados en las condiciones de salud y el grado de protección financiera que se busca. La eficiencia del gasto depende en gran medida de estos mecanismos. Destacan cuatro principales modalidades:

- 1) Asignación de presupuestos generales.
- 2) Asignación de presupuesto por concepto de gasto.
- 3) Pago por actividad.
- 4) Pago por resultados u objetivos de salud.

La forma en que se asigna el gasto suele ser un aspecto soslayado pero que determina la forma en que los recursos se traducen en resultados en salud.

⁴ De acuerdo con la definición de la Cuenta Satélite del Sector Salud del INEGI, “el trabajo no remunerado destinado a salud incluye las actividades que los miembros de los hogares destinan a la prevención, cuidado y mantenimiento de la salud en el hogar, fuera del hogar y el trabajo voluntario realizado en organizaciones no lucrativas”.

Es importante revisar en qué se usan los recursos y cómo se usan, como también lo es canalizarlos a los rubros adecuados y es importante también asignarlos de una manera que se motive mayor eficiencia y equidad.

Un elemento indispensable para promover la eficiencia y el uso óptimo de los recursos, independientemente de la modalidad utilizada para asignar los recursos y de si se trata de gasto público o privado, es el uso de mecanismos de compra o asignación del gasto que promuevan la competencia entre proveedores ya sea de insumos o servicios. La asignación del gasto bajo condiciones de competencia no sólo redundará en precios más bajos, sino que bajo reglas claras también puede promover mayor valor por el dinero.

Los distintos mecanismos tienen ventajas y desventajas, pero es necesario definir en qué casos puede ser más adecuado usar un mecanismo determinado cuando se busca un objetivo específico. En México, la forma tradicional de asignar el gasto es por concepto de gasto con base en el consumo histórico. Así, si el año previo se tenía una plantilla de cierto número de personal y se consumió determinado volumen de medicamentos, por ejemplo, el año entrante se asigna el mismo gasto ajustado por inflación. Bajo esta lógica el gasto es insensible al desempeño y se va asignando en el tiempo de forma inercial y sin relación alguna con los resultados en salud que genera esa combinación de plantilla y medicamentos.

Hay mecanismos que permiten incentivar o desincentivar el uso de algunas intervenciones o que pueden ayudar a que los prestadores de servicio revisen e innoven en la atención médica. La falta de uso de otros mecanismos que pudieran ayudar a mejorar la eficacia y la eficiencia del gasto es un problema observado tanto en el sector público como en el privado. En ese sentido, esta discusión no debe omitir la forma en que funciona el sector privado. En el sector privado también persisten ineficiencias que podrían eliminarse. Tanto las aseguradoras privadas como los prestadores de servicios médicos podrían explorar mecanismos para optimizar los recursos y asegurar que la población reciba más valor en salud por su dinero.

Es necesario transitar a esquemas donde lo que se presupueste sean resultados en salud. En casos como el del IMSS donde se subrogan servicios, es importante financiar no el número de consultas o sesiones de diálisis brindadas a los pacientes, sino pacientes que logren mantener una buena salud a través de marcadores objetivos y fáciles de auditar. Por ejemplo, se podría estar financiando tratamientos para la población diabética cuyo pago esté en función del número de pacientes que logren mantener un control adecuado de hemoglobina glucosilada.

Hay mecanismos donde la colaboración entre sector público y privado es viable y puede redundar, si se opera con transparencia y con un diseño adecuado, en mejores resultados tanto para el paciente como para las instituciones públicas en términos de la eficiencia en el gasto. La colaboración en materia de infraestructura a través de las Asociaciones Público-Privadas que ha estado en la agenda de políticas públicas por varios años es una opción, pero la colaboración público-privada también es viable en la prestación de servicios, y de hecho ya ocurre en varios estados o algunas instituciones. Si bien no se le ha prestado tanta atención, es un área donde podría buscarse una mejor complementariedad y sinergias. Dejar de lado el tabú de la separación entre los sectores público y privado ayudaría a explorar mecanismos que como sistema de salud permitan mayor eficacia y eficiencia del gasto, especialmente en entornos donde hay restricciones fiscales para aumentar el gasto público. No obstante, cualquier esfuerzo en este sentido tiene que ir acompañado de un buen diseño técnico, de instrumentos que garanticen la transparencia en el uso de los recursos y de condiciones de competencia adecuadas. La competencia es un elemento que favorece una interacción sana entre

compradores y proveedores, en beneficio de las instituciones y de la población, y es necesario promoverla sea cual sea el mecanismo utilizado para asignar los recursos para la salud.

Preguntas para alimentar la discusión:

- ¿Cómo podríamos priorizar poblaciones y homologar intervenciones en un entorno aún fragmentado? ¿La creación de un sistema único de salud sería suficiente para asegurar una asignación adecuada de recursos de acuerdo con las necesidades de salud de la población?
- ¿Ante la desaparición de los cuadros básicos del sector salud (y el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud -CAUSES- del Seguro Popular de Salud), ¿cómo podemos seleccionar y priorizar aquellos insumos e intervenciones que recibirán recursos públicos para la cobertura universal en salud?
- ¿Qué tan importante es la sana competencia en el mercado de insumos y servicios de salud para lograr los objetivos del sistema de salud?
- ¿Qué experiencias positivas de colaboración público-privada para promover la asignación del gasto en función de resultados en salud pueden ser útiles?

5. Necesidades de salud y Objetivos de Desarrollo Sostenible

Finalmente, la estructura de financiamiento de un sistema de salud debe estar alineada con los objetivos de salud de un país. En el caso de México hay que considerar dos elementos que deben guiar los esfuerzos por mejorar la forma en que se financia y se usan los recursos públicos y privados para satisfacer las necesidades de salud de la población.

El primero es la extinción de las transiciones demográfica y epidemiológica: el nuevo perfil de enfermedades de la población ya corresponde al de una población más envejecida, y al de una población afectada por enfermedades no transmisibles o crónico-degenerativas y lesiones.

El segundo elemento es el compromiso de alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para salud (ODS 3). Los ODS 3 son la referencia en cuanto a la mejoría en salud que queremos para los mexicanos para el año 2030. Expertos internacionales en salud global han propuesto un objetivo cuantitativo general para respaldar el cumplimiento de las 13 metas ambiciosas contenidas en los ODS 3, y para que los países tengan una noción más concreta y medible del reto asociado. Este objetivo se traduce en reducir en prácticamente 40% las muertes prematuras (muertes en menores de 70 años) para el año 2030, lo que debiera ser a su vez el resultado de lograr una serie de reducciones objetivo en la mortalidad específica para cada causa de muerte prematura.

De acuerdo con proyecciones de mortalidad prematura total y por causa de muerte para México, al ritmo actual estamos lejos de alcanzar esa meta por un margen de 64,000 muertes. Con base en las tendencias actuales, en 2030 se estima que un conglomerado de cuatro grupos principales de enfermedades no transmisibles, enfermedad vascular (incluidas enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y enfermedades hipertensivas), diabetes, enfermedad renal y hepática, representará más del 40% del total de muertes prematuras, manteniendo su posición actual como causa principal de mortalidad prematura. En particular, las causas de mortalidad donde se estima que habrá mayor déficit con respecto a la meta de reducción del 40% al 2030 corresponden a mortalidad por diabetes, enfermedad renal y un conjunto diverso de otras enfermedades no transmisibles, incluyendo enfermedades mentales y trastornos de conducta.

La reducción en la mortalidad materna, neonatal e infantil en México es una historia de éxito y un importante factor que ha contribuido al aumento en la esperanza de vida. Sin embargo, hay espacio para garantizar que las tendencias favorables esperadas de mortalidad prematura en esta área se mantengan para cumplir con los ODS 3. La mortalidad por estas condiciones sigue estando muy concentrada entre las poblaciones de bajos ingresos y sin acceso, que necesitan ser atendidas con servicios de calidad.

Por otra parte, evidencia reciente del análisis de mortalidad para México ha permitido identificar como el factor principal que explica la mayor mortalidad en hombres adultos, el efecto combinado de un mayor número de muertes por violencia interpersonal y por enfermedades no transmisibles. De hecho, este efecto es de tal magnitud que la esperanza de vida en hombres muestra una reducción desde el 2012.

El financiamiento tiene que estar en línea con la ruta elegida para alcanzar la cobertura universal, y ambas deben estar orientadas a atender el nuevo perfil de enfermedades de los mexicanos y alcanzar los ODS3. Este reto de alineación no es menor e implica cambiar la forma en que tradicionalmente se planea y concibe la estructura de financiamiento del sistema de salud.

Ningún país por más rico que sea puede ofrecer todos los servicios e intervenciones posibles a toda su población. Revisar la estructura de financiamiento en sus tres subfunciones y priorizar y enfocar los esfuerzos para financiar aquellas intervenciones que logran los mayores resultados en salud, que atacan las áreas clínicas y geográficas en donde México se está quedando atrás con respecto a las metas de los ODS3, que benefician a poblaciones vulnerables o en desventaja, y/o que generan riesgos financieros y requieren de protección financiera, es un ejercicio complejo que obliga a que como sociedad se establezcan de forma explícita una serie de principios y valores con respecto a cómo establecer prioridades de financiamiento y atención de la salud.

6. Reflexiones y recomendaciones derivadas del Foro “Financiamiento del Sistema Único de Salud”

El foro se organizó por paneles temáticos en torno a tres grandes temas:

- ¿Cómo financiar el sistema único de salud?
- ¿Qué opciones tiene México para diversificar sus riesgos en salud?
- ¿Cómo promover la eficiencia y la equidad en la prestación de servicios?

En esta sección se sintetizan los principales resultados del diálogo y se plantean algunas recomendaciones que buscan apoyar el diseño de la política de salud en el marco de la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Sectorial de Salud 2018-2024.

Los distintos actores apoyan la apertura al diálogo y mostraron mucho interés en mantener este tipo de conversación entre autoridades y los distintos sectores aglutinados alrededor del sistema de salud. El diálogo es valioso para conocer diferentes puntos de vista e intercambiar conocimientos y experiencia.

Existe un amplio consenso entre autoridades y los distintos sectores en cuanto al objetivo de lograr un sistema de salud con más financiamiento público y que sea más solidario, y en la importancia de promover mayor equidad en el financiamiento, en el acceso efectivo a los servicios y en los resultados en salud de la población.

Asimismo, existen varias áreas de confluencia con lo que el Gobierno Federal ha planteado como propuesta de gobierno a la fecha. En particular hay interés común en la aspiración a tener un sistema de salud universal en sus tres dimensiones: población, intervenciones y nivel de protección financiera, y en la relevancia de la atención primaria como la vía para hacer frente al nuevo perfil de necesidades de salud. No obstante, se reconoce que los beneficios de lograr un sistema de salud organizado en torno a la prevención, y soportado por una plataforma robusta de atención primaria, se harán tangibles en el mediano plazo. En el corto plazo, también es necesario financiar de la mejor manera la atención de la población ya enferma.

El objetivo compartido es lograr un sistema de salud universal, donde toda la población tenga acceso a la atención que requiere independientemente de su condición laboral o ubicación geográfica. Idealmente se debiera tener un fondo único que pueda asignar recursos de forma capitada. Pero el reto es ¿cómo transformar legalmente a las instituciones para lograrlo y cómo homologar los recursos para todas las instituciones, considerando instituciones federales y los estados?

No es posible pensar en lograr un sistema único de salud de la noche a la mañana, mucho menos con las restricciones presupuestales existentes. Lograr un sistema de salud con el grado de cobertura como el observado en otros países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos requiere un nivel de gasto en público en salud equiparable con el que se observa en otros países.

Al mismo tiempo, es imposible cubrir todas las intervenciones, en todo momento y para toda la población. Ante las restricciones en el presupuesto público difícilmente el Estado podrá financiar y prestar todos los servicios a toda la población, sobre todo en el corto plazo. El espacio fiscal, esto es el margen de maniobra para aumentar el gasto público a través de la recaudación fiscal, es bajo y esto

limita la capacidad para financiar la expansión de la cobertura pública y la reducción en el gasto de bolsillo.

La salud es un tema prioritario en la agenda de esta administración y existe el compromiso de aumentar el gasto en salud en 1% del Producto Interno Bruto. Por ello, se requiere una agenda realista y exigible para aumentar el presupuesto en salud en el Presupuesto de Egresos de la Federación en el 2020. Se considera que no hay suficiente espacio fiscal para ello ni parece que lo habrá en el corto plazo. Se debe trabajar en aumentar la base recaudatoria para generar mayores ingresos tributarios, pero también en mejorar la declaración del salario base de cotización por parte del empresariado lo que repercutiría en los ingresos por cuotas obrero-patronales a la seguridad social. Otra medida es asumir que las cuotas tienen que ser dinámicas, puesto que las necesidades de la población también lo son. Esto implica reconocer una responsabilidad compartida en la contribución a la seguridad social. De forma paralela, es deseable analizar el uso de impuestos especiales al consumo de bienes que generan externalidades negativas (ejemplo, tabaco) como mecanismo para aumentar el financiamiento del sistema de salud.

El diseño de una posible reforma financiera en salud no puede hacerse al margen de la seguridad social. Al tratar de aumentar el financiamiento público para salud es importante aprovechar todas las fuentes de financiamiento para aumentar la cobertura del aseguramiento público en salud. Los impuestos a la nómina generan incentivos a la informalidad, por lo que en el diseño se debe cuidar que la estructura de recaudación no genere tales incentivos y buscar una fuente de recaudación que no distinga por condición laboral.

Se propone continuar trabajando en la portabilidad de derechos entre el IMSS y el ISSSTE y no sólo a nivel federal, sino también con instituciones de seguridad social estatales. Se reconoce que hay necesidades crecientes en salud por atender y aunque es necesario aumentar el gasto público en salud, también es necesario buscar fuentes de ahorro y optimizar el gasto actual.

El sector privado reconoce que no hay presupuestos suficientes para atender todos los retos en salud y por lo tanto es importante dialogar para ver la forma de trabajar de forma conjunta entre los sectores público y privado para combatir los problemas prioritarios del sector. Se enfatizó la importancia de la colaboración y del trabajo conjunto. El sector privado expresó su interés en contribuir a eliminar la corrupción y a mejorar la eficiencia, así como a una mayor integración del sistema de salud.

La mancomunación de riesgos es indispensable para promover la equidad en el financiamiento del sistema de salud. Es necesario identificar los elementos que constituyen un verdadero riesgo de los elementos que constituyen el gasto corriente previsible. Bajo esta lógica sería posible determinar cuáles componentes del presupuesto público corresponden a gasto corriente de aquellos que requieren la integración de un fondo de reservas que permita al gobierno, y por lo tanto a la población, tener protección financiera ante contingencias en salud. En los aspectos de financiamiento y diversificación de riesgos el papel de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) es fundamental. Desde la SHCP se puede trabajar la identificación de riesgos de forma más clara y ver cuáles debe pagar el Estado y cuáles pueden transferirse al sector privado.

La SHCP está en posibilidades de analizar las distintas fuentes de recaudación (impuestos generales, impuestos especiales o impuestos a la nómina) para promover la equidad y la eficiencia en la recaudación y evitar distorsiones o esquemas regresivos. Asimismo, puede identificar para cuáles riesgos es necesario mantener los recursos en un fondo o reserva gestionado a nivel federal y para

cuáles rubros es posible transferir la coordinación, adquisición y prestación de los servicios a la Secretaría de Salud y otras instituciones del sistema de salud.

Aún en países con un predominio del aseguramiento público existe una participación, aunque sea pequeña, del sector asegurador privado. El sector asegurador privado está interesado en promover el prepago y en impulsar la cobertura de esquemas de prevención. Además de las Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES) que tienen un componente preventivo, los cambios en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas del 2015 han permitido que los seguros de gastos médicos mayores cubran intervenciones preventivas. El sector asegurador privado está analizando qué productos ofrecer con base en el análisis de los rubros de gasto que la gente financia de forma directa a través de gasto de bolsillo, y en opciones de aseguramiento a través de micro-seguros y otros seguros de tipo indemnizatorio. Con estos esquemas se colabora en las áreas en donde no hay cobertura pública, o de forma complementaria en áreas donde se cuenta con cobertura pública sin que se de una duplicación del gasto.

Asimismo, promover una cultura de pre-pago podría ayudar a que la población opte por esquemas de aseguramiento que la protejan contra los riesgos financieros de una enfermedad. Promover una cultura de prepago apoyaría a que se desarrolle una oferta de seguros privados para la población con capacidad de pago mientras se logra un sistema único de salud.

Hay riesgos en salud que se han vuelto más crónicos por lo que los requerimientos de gasto se pueden planear de mejor manera. La pregunta central respecto al gasto de bolsillo es como convertirlo en prepago o gasto complementario. Por ello, se sugiere estudiar más a fondo el gasto de bolsillo para entender mejor cuáles rubros de gasto la gente está dispuesta a pagar por mala calidad u oportunidad del sector público, o por no estar cubiertos por el sector público. En función de ello se pueden identificar áreas en donde los seguros privados pudieran participar de forma complementaria al aseguramiento público.

Por otra parte, hay convergencia en la necesidad de promover que el sistema de salud sea más eficaz para abordar la problemática en salud, y más eficiente para aprovechar los mejor los recursos a través de menor carga burocrática y gasto innecesario. Hay también coincidencia en la necesidad de tener mayor transparencia y rendición de cuentas, y en el combate a la corrupción, así como en la importancia de crear redes de atención que hagan la atención más eficaz. Hay coincidencia en la necesidad de tener más recursos para salud, pero también en la necesidad de reorganizar al sistema para aprovechar mejor los recursos existentes.

El reto no es sólo como lograr un sistema único sino como tener un sistema que brinde servicios con mayor calidad y con calidad homogénea, en donde el paciente sea el centro. Es importante recordar que esto implica que el sistema logre generar los mejores resultados en salud para el paciente.

La centralización como vía para reducir la corrupción es una medida que cuenta con apoyo, pero se considera que es necesario también tener mejor coordinación entre instituciones y entre órdenes de gobierno. En el Seguro Popular se ha presentado el mayor número de observaciones y reintegros en el marco de las acciones de la Auditoría Superior de la Federación, como resultado de la falta de mecanismos centralizados de compra y por la naturaleza del esquema tripartita que lo financia. Se plantea poner a discusión el federalismo, para entender mejor las funciones que debieran corresponder a los distintos órdenes de gobierno. Es importante discutir la forma de incorporar a los estados para que participen mejor en el sistema de salud. Sería deseable que el Consejo Nacional de Salud incorpore también a los institutos de seguridad social estatales que prestan servicios médicos para que

la planeación del sistema de salud sea más completa. Respecto a la vigilancia de los estados es importante revisar el vínculo legal entre los estados y la Federación.

Los mecanismos de transparencia deben usarse no sólo para el uso de recursos a nivel local sino también para transparentar la toma de decisiones a nivel federal para entender bien el alcance de la cobertura de intervenciones. Hay consenso a favor de un uso más racional de los recursos disponibles.

Hay consenso en la necesidad apremiante de promover políticas de prevención, de aumentar el gasto en prevención y reducir la inercia del gasto. Sin embargo, se insistió en la importancia de lograr que estas políticas den resultados medibles de forma inmediata.

La asignación de los recursos debe buscar una mejor alineación de los distintos elementos necesarios para brindar la atención médica, esto es: recursos humanos, insumos e infraestructura. Esta alineación debe darse conforme a las necesidades de salud de la población. El nivel de salarios pagado al personal que brinda la atención médica también es relevante mejorar la asignación de recursos para prestar los servicios de salud. No se puede esperar priorizar la atención en zonas rurales si el personal médico que atiende a esta población es el que recibe los menores salarios. Es necesario también trabajar en la reorganización y flexibilidad de horarios del personal para tener una oferta de personal médico y paramédico en distintos horarios, y así aumentar la productividad de los hospitales y clínicas. Se considera razonable utilizar estímulos al desempeño, en particular para promover la calidad, pero evitando que los estímulos financieros sean el único mecanismo, dado que riesgo de generar incentivos perversos que induzcan mayor inequidad.

Se identifican tres fuentes de inequidad en el sistema de salud. La fragmentación de origen del sistema de salud es la primera y principal fuente de inequidad. Tratamos de forma diferente a las personas en función del esquema al cual pertenecen. La segunda fuente tiene que ver con la multiplicidad de instituciones participantes en un sistema fragmentado en donde la heterogeneidad en la forma de operar y la dilución de responsabilidades genera inequidades en el acceso efectivo a los servicios de salud. La cobertura en términos de población afiliada ha aumentado, el indicador de carencia de acceso a servicios de salud ha mejorado también, y como resultado se han reducido las brechas en el acceso a servicios de salud, sobre todo entre la población indígena y la no indígena. La afiliación explícita es un componente importante del sistema de salud porque enfatiza a la persona que tiene derechos y puede exigirlos. No obstante, el gran reto del sistema de salud, además de la unificación, es pasar de la afiliación al acceso efectivo puesto que persisten grandes inequidades en acceso efectivo a los servicios y en calidad de la atención. La tercera fuente de inequidad tiene que ver con las diferencias en la disponibilidad presupuestal y transparencia entre los estados. Los distintos subsistemas tienen distintos presupuestos que generan disparidades en la atención médica otorgada, incluyendo disparidades en la calidad de la atención.

La fragmentación implica que cada institución asigna recursos para determinados insumos y realiza por su cuenta la compra y contratación con proveedores. Como resultado, hay quienes compran en mejores condiciones y quienes compran en peores condiciones. Esto se traduce en variaciones injustificadas en los precios de compra y en distintos resultados en términos de abasto y disponibilidad de insumos. Homologar los mecanismos de compra es eficiente y se reconoce que ha habido avances importantes en materia de compra pública a través de mecanismos como las compras consolidadas y la negociación de precios. Es importante aprovechar el aprendizaje logrado como resultado de estas medidas a lo largo de los últimos años. Un área donde podría mejorar la política de compra pública es la referente a los términos de pago. El no pago o retraso en pagos impacta de forma negativa la

competencia porque solamente algunos agentes tienen el soporte financiero para participar en los procesos de compra.

La asignación de recursos debe aprovechar al máximo la tecnología. Hay oportunidades para reducir costos a través de tecnologías que permitan la digitalización, para mejorar la prevención oportuna a través de dispositivos médicos, y de incrementar el acceso a los servicios a través de la telemedicina. La inversión en nuevas tecnologías y la priorización deben hacerse de acuerdo con las necesidades de salud de la población.

Sería deseable incorporar al diseño de políticas el uso de mecanismos transparentes que permitan alinear los recursos para aumentar el acceso efectivo y reducir las brechas en el acceso efectivo. La discusión en torno a la centralización de las compras y el aprovechamiento de mecanismos existentes como las compras consolidadas es importante y tiene que ver con la demanda, pero también es necesario revisar las condiciones de la oferta. Por ello, aspectos como la entrada oportuna de insumos al mercado y el grado de competencia entre oferentes, también son elementos indispensables para mejorar los resultados de la compra pública. Instancias como la Comisión Federal de Competencia Económica pueden apoyar de forma valiosa en este rubro.

Principales recomendaciones

1. Aumentar el gasto público en salud, manteniendo los impuestos generales como la fuente principal de financiamiento del sistema de salud, sobre todo en el largo plazo.
2. Considerar mecanismos para fortalecer el financiamiento público para salud en el corto plazo. Un mecanismo de corto plazo podría ser promover la asignación de lo recaudado a través de impuestos especiales hacia el sistema de salud.
3. Promover la mancomunación de fondos para hacer frente a los riesgos en salud. En el corto plazo una medida que podría tener grandes beneficios para diversificar riesgos y hacer mejor uso de los recursos es aprovechar al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos como mecanismo para mancomunar algunos riesgos a nivel sectorial. En el mediano plazo, se podría analizar qué riesgos ameritan la integración de un fondo o reserva sectorial que pudiera ser administrado a nivel federal.
4. Dar continuidad a los avances logrados a través de algunas medidas como las compras consolidadas y la negociación de precios, y mejorar los mecanismos de compra para combatir la corrupción y lograr que los recursos estén disponibles a la población de forma oportuna. Entre las propuestas para ello destacan: concentrar las compras de gobierno y revisar los requerimientos y planeación de la compra para evitar compras inerciales.
5. Las políticas deben diseñarse con base en evidencia y por ello es muy importante mantener las fuentes que permiten generarla, tales como las encuestas nacionales de salud, otras encuestas levantadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el trabajo en materia de evaluación y medición de la pobreza a cargo del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).
6. La rectoría del sistema de salud debe fortalecerse para apoyar a la armonización de estándares de calidad y eso implica que la rectoría de la Secretaría de Salud abarque a la seguridad social.

7. Bibliografía

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2018) Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018. CONEVAL: Ciudad de México.

GBD 2017 Mortality Collaborators (2018) Global, regional, and national age-sex-specific mortality and life expectancy, 1950–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392:1684-1735. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31891-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31891-9)

Gómez-Dantés H, Fullman N, Lamadrid-Figueroa H, et al. (2016) Dissonant health transition in the states of Mexico, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 388: 2386–402. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31773-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31773-1)

González-Pier E, Barraza-Lloréns M, Beyeler N, et al. (2016) Mexico's path towards the Sustainable Development Goal for health: an assessment of the feasibility of reducing premature mortality by 40% by 2030. *The Lancet Global Health* 4(10): e714–25.

INEGI. Cuenta Satélite del Sector Salud de México, 2016. Comunicado de prensa 133/18 y Nota Técnica. Marzo del 2018.

Medici, A. and M. Lewis. 2018. “Health Policy Challenges in Health Economics and Finance in Latin America.” Aceso Global Policy Working Paper No. 1. Washington, DC: Aceso Global.

Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible.
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

OECD (2016), OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016, OECD Publishing, Paris.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>

OECD (2017), General government revenue (indicator). doi: 10.1787/b68b04ae-en. Tax revenue (indicator). doi: 10.1787/d98b8cf5-en. Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en

OECD Health Statistics 2018.

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

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Paquete Económico y Presupuesto.
https://www.finanzaspublicas.hacienda.gob.mx/es/Finanzas_Publicas/Paquete_Economico_y_Presupuesto

Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Gasto en Salud en el Sistema Nacional de Salud.
http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/gastoensalud_gobmx.htmlDGISINAIS

Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. <https://ensanut.insp.mx/>