

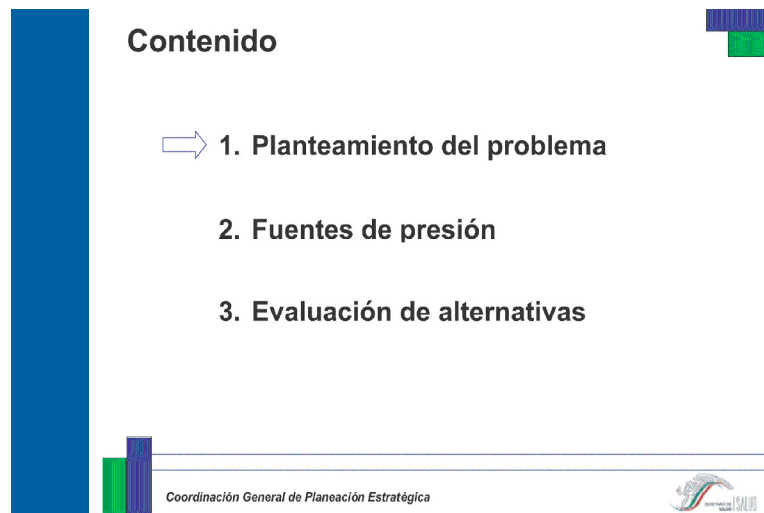
Reforma del Financiamiento de la Salud en México

Dr. Eduardo González Pier

Coordinador de Planeación Estratégica

Dr. Eduardo González Pier, coordinador de Planeación Estratégica: Buenos días tengan todos ustedes, bienvenidos a este foro y quisiera compartirles en estos breves minutos algunas reflexiones, quizás platicar en forma de introducción algunos de los conceptos y preocupaciones que tenemos asociados a la protección financiera, así como algunos lineamientos básicos asociados hacia donde se mueve el sistema, ventajas y desventajas de lo que podría ser un tema tan complicado, o bien de dónde financiar las necesidades de salud en nuestro sistema.

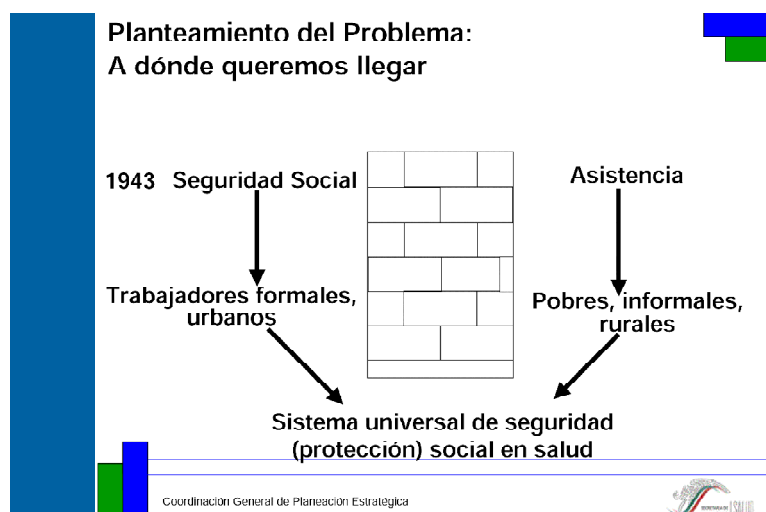
La presentación se ha organizado de la siguiente manera, quisiera en varias láminas hacerles el planteamiento de lo que es el problema actual del financiamiento de la salud en México. Después, compartir con ustedes algunas de las reflexiones sobre las presiones que ya escucharon esta mañana por parte del secretario de Salud y del mismo presidente de la República. Las presiones son inevitables, conducen hacia un mayor financiamiento de la salud y como esas presiones eventualmente van a tener que ceder en algún esquema o en alguna estrategia de financiamiento; y no es cosa obvia ni son las mismas implicaciones, repercusiones o incidencias, por lo que hemos de tomar una decisión o tomar un camino distinto en términos de cómo vamos a financiar la salud.



Un poco de antecedentes. Es importante recordar que partimos de un sistema fragmentado y voy a regresar a esta misma idea al final de la presentación.

Partimos de ese sistema fragmentado, que nació en 1943 como lo vimos en el video de esta mañana con la creación del Seguro Social, el Hospital Infantil de México y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, entonces el cual segmentó, desde 1943 a la fecha, entre lo que es la población formalmente empleada y la población informal, o la parte asistencial de la prestación de servicios.

Tenemos 50 millones de mexicanos del lado izquierdo y 50 millones de mexicanos del lado derecho y los esquemas de financiamiento, la lógica de acceso y todas las repercusiones ¿Qué tiene esto? Lo vemos día con día y se reflejan eventualmente en problemas de acceso, en problemas de equidad, en condiciones de salud, en problemas de eficiencia a lo largo del sistema.



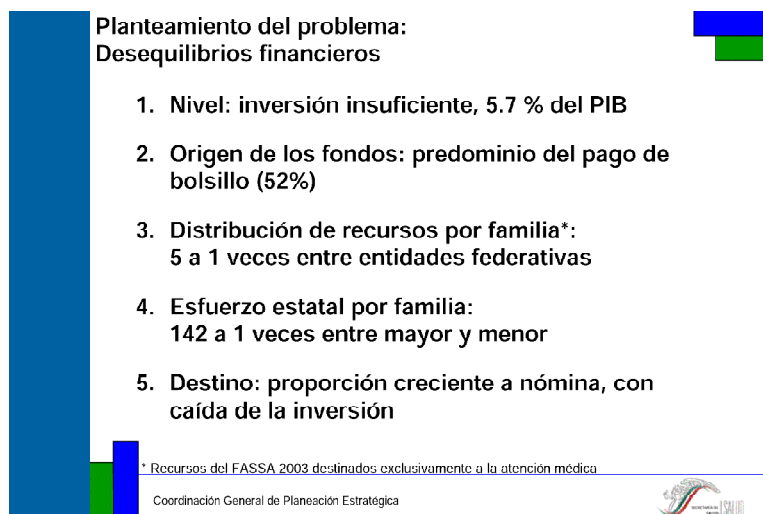
La aspiración, que no es nueva, se repite recientemente en las reformas a la Ley General de Salud o la pueden ustedes encontrar desde la exposición de motivos de la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social, en que se aspira a un sistema universal de protección o de seguridad social.

Creo que ese es un tema de debate, queremos un México en el que todos los mexicanos tengan una cobertura y la pregunta importante es cómo llegar a esa cobertura, esa estructura organizacional que nos dé este resultado y más difícil aun va a ser la pregunta de ¿cómo vamos a financiar a través de esa estructura las necesidades de salud de la población?

Planteada la problemática muy brevemente partimos de una situación donde el presupuesto: uno, es insuficiente; dos, está mal distribuido y tres, no se usa con la eficiencia que se podría hacer.

Se ha hablado de cinco desequilibrios que tenemos como parte del sistema, esto está principalmente asociado también a la población no asegurada, pero en primer lugar invertimos 5.7 por ciento en 2001, 5.8 por ciento en 2002 del PIB en salud. Se comentó también, esto en una proporción que en términos absolutos es mucho dinero, pero en términos relativos es menos de lo que se observa en otros países de América Latina con

igual nivel de desarrollo. Y es mucho menos de lo que observaría en países con más grado de industrialización y desarrollo, como los europeos o el norte de América.



En segundo lugar, la parte más preocupante es que más de la mitad de este recurso que se canaliza a salud proviene de fondos privados y la mayoría de fondos privados asociados al pago de bolsillo.

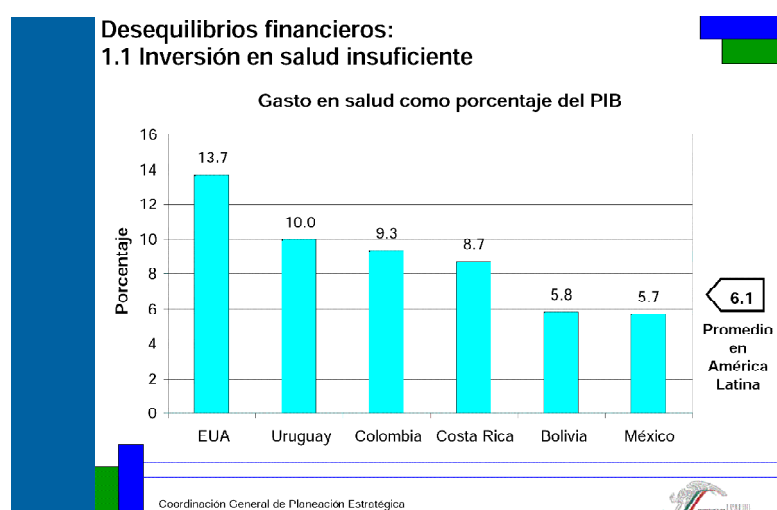
Tercero asegurada, la distribución que se tiene para la población no asegurada principalmente a través de lo que llamamos el FASA en el ramo 33 lo que financia los servicios estatales de salud, tiene una distribución muy equitativa que no obedece a las necesidades de las poblaciones, de las entidades. La relación, tomando en cuenta nada más la atención de servicios a población, es de 5 a 1 entre el estado que más disponibilidad per cápita tiene y el estado con menos disponibilidad.

Peor aún es el esfuerzo estatal; 142 veces entre la entidad que más aporta de recursos propios por familia por año contra la que menos aporta, que es prácticamente nada.

Y por último, brevemente voy a hablar sobre el destino.

Recientemente el dinero que se invierte a salud se canaliza a la nómina.

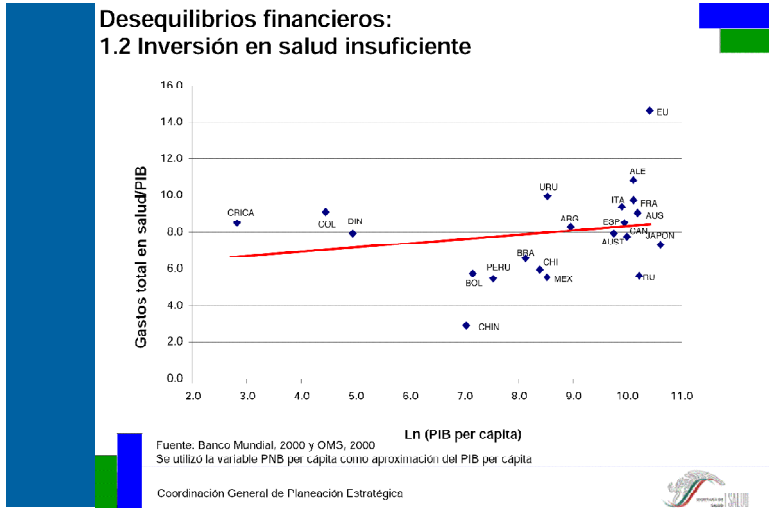
Comentaba con ustedes entonces que invertimos 5.7, 8.7 por ciento del PIB se compara adversamente con otros países, como Costa Rica o Colombia, que son países con los que nos gusta compararnos dentro del continente, 6.1 el promedio latinoamericano. Estamos subfinanciados si lo vemos desde una perspectiva relativa con otros países.



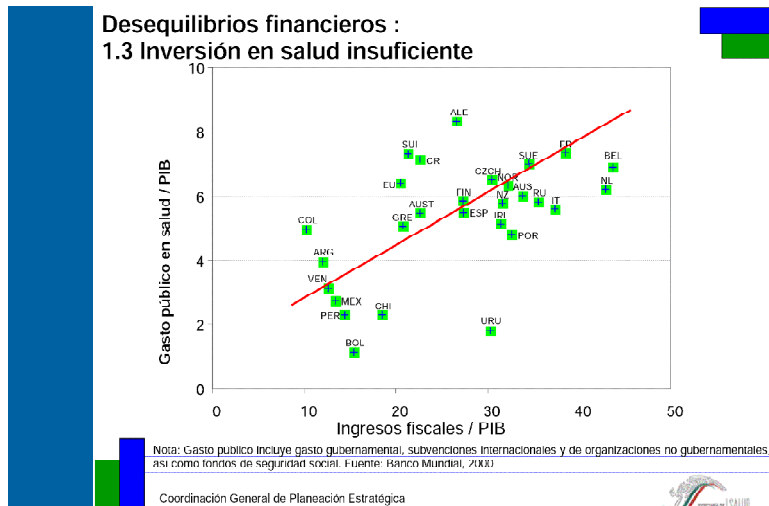
Ahora, ¿qué explica ese subfinanciamiento? Ésta es una gráfica muy importante.

México lo tenemos aquí. La relación de lo que se gasta en salud en proporción a lo que se gasta el producto interno bruto aquí lo tenemos y esta es una medición del nivel de ingreso de los países en términos logarítmicos, pero hay una relación ya muy estudiada donde los países entre más ingreso tienen más gastan, pero más importante aún es que gastan, proporcionalmente, más de su ingreso.

Si los países pobres gastan una proporción menor que los países ricos de su ingreso total la relación es casi lineal y lo que podemos ver es que México está por debajo de lo que se esperaría observar en términos de gasto per cápita dado el nivel de ingreso.



La razón de ésta es multifactorial, pero apuntaría a una que es en particular preocupante como van a ver ustedes. México, además de gastar poco, contribuye poco en recursos públicos y lo que tenemos aquí es una gráfica del gasto público en salud como porcentaje del PIB con relación a los ingresos fiscales que tenemos como porcentaje también del PIB.

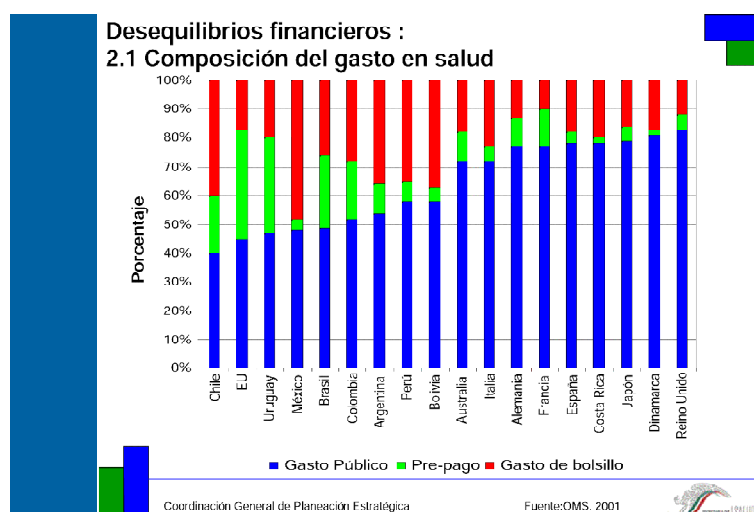


México es uno de los países que recauda menos en términos de su PIB si estamos hablando del promedio de los países de la Organización de Cooperación de Desarrollo Económico, donde la recaudación pueda andar entre 30 y 50 por ciento; los países escandinavos recaudan más de 50 por ciento en su PIB.

Tenemos una relación donde México recauda poco y por ende gasta poco. Existe otra relación. Los países que más gastan en salud, sobre todo de gasto público también son países que tienen capacidades de recaudación mayores.

La idea central es que para aumentar aquí la posición del financiamiento público como parte del total del financiamiento, eventualmente vamos a encontrar una barrera estructural que es la baja recaudación que tenemos como país con relación a otros sistemas.

En la siguiente gráfica, referente a la composición del gasto, muestra en azul la participación del gasto público, el prepago privado y el gasto de bolsillo en rojo y en amarillo el porcentaje del total, y tenemos alineados aquí una selección de países representativos. Lo que pueden ustedes ver es que México es de los países que menos gasto público tiene como porcentaje del total del gasto.

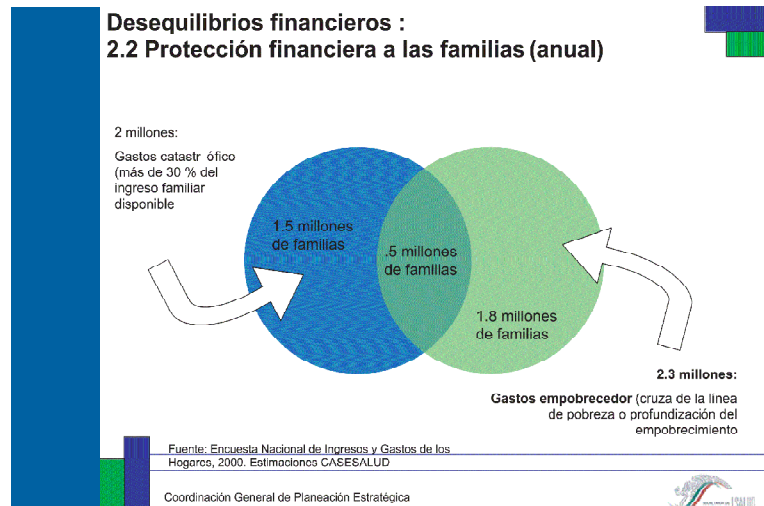


Ahora, esto no sería tan preocupante como por ejemplo en Estados Unidos y en Uruguay donde la proporción es parecida, si no fuera por el complemento del gasto de bolsillo, a diferencia de Estados Unidos, de Uruguay o de Chile, donde hay una participación muy importante de las prepagas privadas.

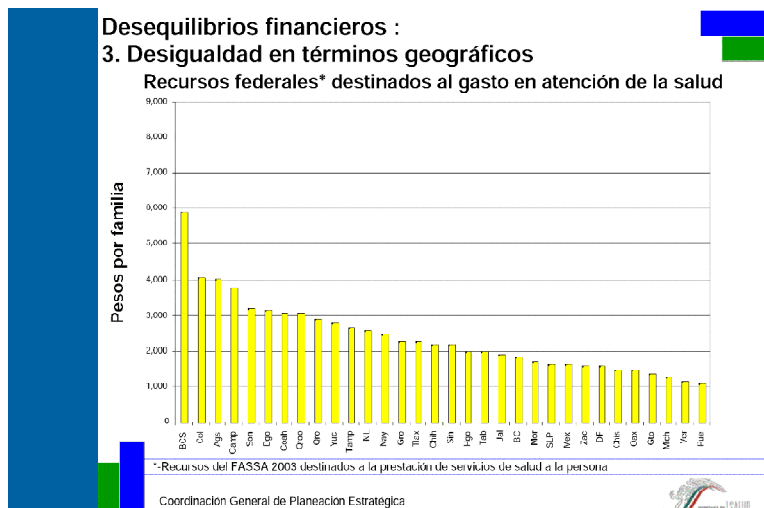
El gasto de bolsillo, la forma más inequitativa y más ineficiente de financiar la salud. En México -ustedes pueden ver que es de esta selección- es el país que tiene mayor proporción de gasto de bolsillo, como porcentaje de la participación del gasto total en salud. Consecuencia de ello tenemos problemas graves de equidad, problemas graves de empobrecimiento de la población.

El presidente mencionó esta mañana que de dos a tres millones de familias que se empobrecen o enfrentan gastos catastróficos, familias gastan más del 30 por ciento de su ingreso anual por razones de acceso a los servicios de salud. Hay otra cifra: 2.3 millones de familias, que además de eso entran en un gasto empobrecedor. Es decir, el acceder a los servicios de salud lejos de ser una posibilidad de mejorar los ingresos y las condiciones socioeconómicas, se vuelve en sí mismo un factor de empobrecimiento para otros 2.3 millones de mexicanos.

La situación es grave, resultado de la estructura que tenemos de financiar la salud.

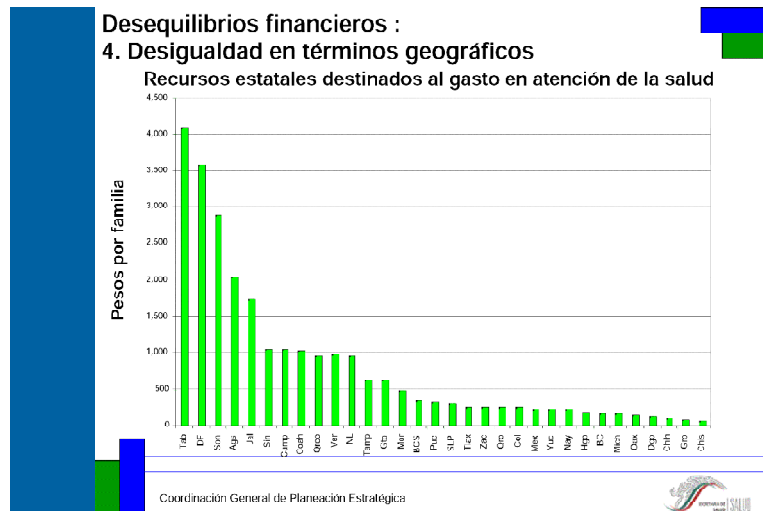


El tercer desequilibrio que comentábamos es la dispersión, la distribución inequitativa de fondos generales para la atención a población asegurada. Vemos esta dispersión de cinco a uno entre Puebla -que es la entidad que menos recursos obtiene por familia por año, estos son pesos- y Baja California Sur, que es la que más obtiene por familia por año.



Son brechas muy grandes, cinco a uno como comentaba. No se pueden explicar por razones de costos o de acceso o por razón de las necesidades en los servicios, y simplemente lo que estamos viendo es la acumulación de décadas de inercia presupuestal que no está asociada a ningún tipo de regla, ni a un tipo de acondicionamiento. Y año tras año estos rezagos se han profundizado hasta llegar a una situación como la que tenemos actualmente.

Es importante mencionar que este tipo de brechas también son difíciles de cerrar año con año, dado que ya se han generado tras de tantos años de inequidad.



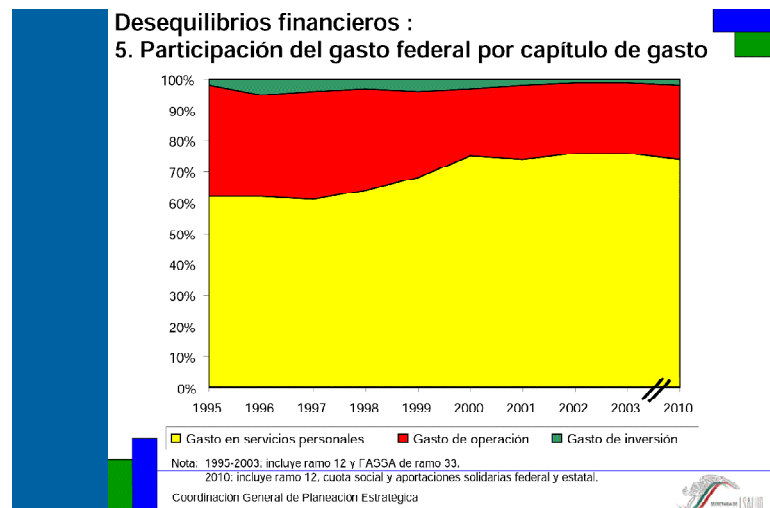
Aquí se puede ver otro problema asociado a la participación en el cofinanciamiento de los servicios estatales. Parte de lo que se gasta en los estados viene de recursos federales y otra parte viene de recursos propios estatales que las entidades reciben, ya sea de su recaudación local o a través de las participaciones que tienen con la federación. Y aquí lo que vemos también, es una situación de desequilibrio.

Hay entidades que participan de forma importante. Aquí está en pesos por familia, pero también si lo vemos en porcentaje del gasto total estatal, más de la mitad de lo que se gasta un estado -como Tabasco- proviene de recursos locales, mientras que tenemos otra serie de estados que principalmente financian sus servicios estatales de recursos federales. En resumen, el mensaje es para la mitad, o una parte importante de

los estados. El tema de la salud es un tema federalista de cofinanciamiento de participación entre las dos órdenes de gobierno. Y para otra serie de estados el tema de la salud es un tema de competencia federal.

En temas de financiamiento, vivimos entonces en dos realidades, dos sistemas de salud con percepciones muy encontradas entre algunos estados y otros con relación a las responsabilidades del financiamiento a la salud.

Por último la participación por capítulo de gasto. Lo que hemos visto es un deterioro desde 95 a la fecha donde el componente azul, que representa los servicios personales, la nómina, ha venido de alguna forma extinguiendo el componente de inversión, al paso que para el año 2003 -y fue de hecho el caso del año pasado, la participación del componente de inversión como parte del gasto total-, es prácticamente nulo.

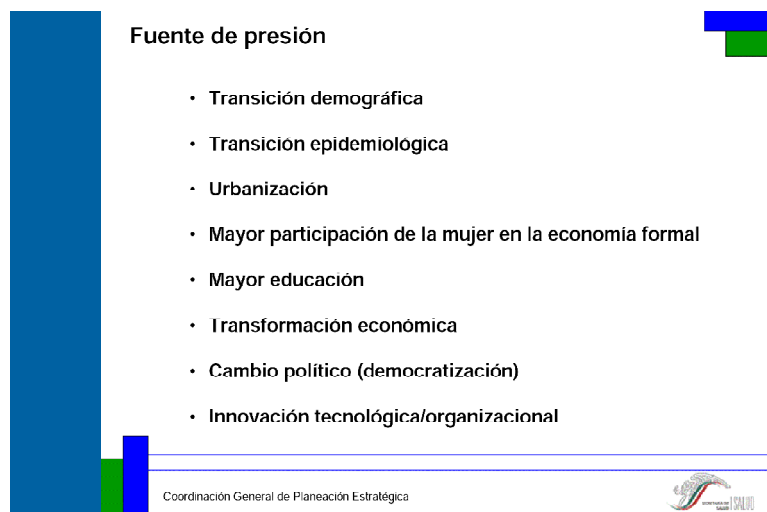


Esto nos lleva a una situación donde el sistema empieza a generar crisis en algunos estados, en algunos hospitales y en localidades; de mantenerse esta tendencia lo que sucedería es que eventualmente entraremos en un proceso de deterioro difícilmente sostenible.

Ahora, analicemos a las fuentes de presión-ustedes ya han escuchado hablar de esto- asociadas al sistema de salud. Para mencionarlas brevemente.

TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

El país envejece en forma acelerada; las altas tasas que se observaban de fecundidad en la década de los 50's en la de los 60's y parte de los 70's, ya no son el caso. Traemos una joroba demográfica que se mueve hacia la población mucho más envejecida y esto conlleva una presión de costos importantes asociados a padecimientos de edad avanzada.



TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Se han agotado los padecimientos del rezago, padecimientos que suelen ser más fáciles o más económicos de financiar y entramos a una fase de nuevos padecimientos crónico-degenerativos que conllevan costos mucho más sustanciales.

La urbanización o rápida urbanización que vivimos genera núcleos y concentraciones de fuentes de presión. Antes, las necesidades y las fuentes de presión eran dispersas; ahora, están en torno a grupos claramente identificados que presionan sobre padecimientos específicos. Por un lado, la participación de la mujer en la economía informal las necesidades de las mujeres por el otro, su participación como profesionales de la salud; la mayor educación que también se genera en una mayor conciencia de los derechos sociales de la población.

TRANSFORMACIÓN ECONÓMICA

Es un sistema cada vez más sustentado en servicios y comercio y menos en una economía primaria de agricultura y ganadería.


El cambio político y una necesidad de democratizar las instituciones, implica -hacia adentro del sector salud-, más capacidad de elección, más rendición de cuentas, más transparencia y, por último, un factor exógeno asociado a la innovación tecnológica y organizacional. Cada día aparecen nuevos fármacos, nuevas tecnologías, son mejores fármacos, mejores tecnologías, pero también son tecnologías más caras, que de alguna manera eventualmente se insertan en la estructura y se genera la presión para el financiamiento de las mismas.

¿Qué hacer ante esta presiones y ante esta situación? Básicamente no son muchas las opciones, se requiere más dinero y va a haber más dinero para la salud, lo importante es que el acomodo se va a dar en una o varias combinaciones de lo siguiente:

Se puede financiar de impuestos federales, el IVA, el ISR, impuestos a productos derechos, este es un tema recurrente. Muchos sistemas buscan y escogen financiarse de impuestos federales. Se puede financiar también de impuestos locales; está la posibilidad de que las entidades vía recaudación y las entidades tributarias que tengan, puedan recaudar uno de los impuestos que se recaudan. Por ejemplo la tenencia, el impuesto a la nómina, prediales y de ahí financiar la salud.

**Evaluación de alternativas:
Financiamiento**

1. Impuestos federales
2. Impuestos locales
3. Impuestos a la nómina (seguridad social)
4. Pre pago privado
5. Gasto de bolsillo

Coordinación General de Planeación Estratégica 

Los impuestos a las nóminas, que principalmente están asociados a la seguridad social, es otra opción. El sistema en años anteriores siempre recurrió por parte de la seguridad social a elevar los impuestos a la nómina para financiar las cuestiones de salud.

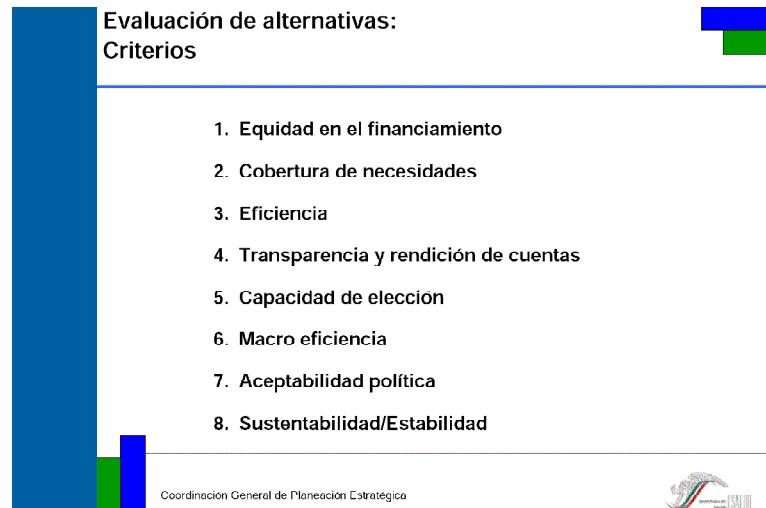
Está después la alternativa no fiscal que es la parte privada con dos versiones: el complemento se puede acomodar a través de esquemas de prepago privado, llámese gastos médicos mayores o algún tipo de plan integral de salud o, finalmente, como ha sucedido en México, se puede acomodar a través del gasto de bolsillo.

Lo que suceda en los próximos años va a ser sin lugar a dudas una combinación de esto. Si lo vemos en forma retrospectiva el acomodo se ha dado a través del gasto de bolsillo ante la imposibilidad del gobierno de dar más recursos a través de impuestos federales. Las entidades han perdido capacidad recaudatoria en años recientes, la nómina gravada ya también de forma importante, por lo que el reacomodo de las presiones es visto a través del gasto de bolsillo.

El planteamiento hacia adelante es qué vamos a hacer como país y como sociedad y los mayores recursos que necesita nuestra población, cómo los vamos a ir acomodando en este menú de alternativas.

Ahora, para tener un poquito más de idea, porque no todas estas alternativas conllevan a los mismos resultados en términos de eficiencia, calidad y otro tipo de parámetros y criterios, he puesto aquí uno de los criterios más importantes asociados a esta decisión. Cuando uno decide si va a financiar su sistema, de una u otra forma tiene que hacerse una serie de preguntas de beneficios contra costos asociados a las varias alternativas.

Para comentarles brevemente, la primera es equidad en el financiamiento. Si a una reforma financiera se le asigna un peso importante, una reforma financiera que valore el componente de equidad, no es lo mismo ubicar más recursos de impuestos federales que de impuestos a la nómina o de gasto de bolsillo, más recursos a gastos de salud vía gasto de bolsillo, conlleva a una situación de mucho menos equidad que una alternativa asociada a impuestos.



En segundo termino la cobertura de necesidades o el acceso. Sí, el acceso o la equidad en el acceso va a ser un tema importante en una reforma financiera. Escoger alternativas asociadas a impuestos pueden llevar a una situación de una cobertura más efectiva.

Nunca habrá la posibilidad de tener toda la cobertura de necesidades para toda la población, pero por lo menos podríamos hablar de situaciones donde el acceso es relativamente parejo. Si uno escoge el financiamiento privado vamos a tener una situación donde las personas con más acceso a intervenciones también van a ser ahora las poblaciones con más capacidad económica.

En tercer lugar está el tema de eficiencia, que es uno de los criterios o valores más representados en algunos de los sistemas nacionales de salud y sobre todo en el sistema americano. La eficiencia puede tener dos aspectos: uno, de priorizar intervenciones y asegurarse que las mejores intervenciones se están ubicando en las poblaciones más necesitadas; y dos, de eficiencia asociada al bajo gasto administrativo.

Se imaginarán que el gasto administrativo de recaudar impuestos y canalizar recursos generales no es el mismo que el gasto administrativo, asociado al pago vía seguros privados o al pago vía la recaudación local, y al tema de la eficiencia y la ubicación de

esos recursos entre necesidades de la población, también depende cuál es la selección de forma de financiamiento.

TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS

Hay sistemas donde los recursos están demasiado lejos para la rendición de cuentas, se mete a una licuadora financiera y no hay una relación directa de dónde vienen los recursos y quiénes son los beneficiarios mientras, por ejemplo, en el gasto de bolsillo o en la prepaga privada hay una relación mucho más estrecha de lo que me toca contra lo que apporto.

La capacidad de elección es un tema importante. Se imaginarán que es más fácil insertar temas de elección en esquemas de financiamiento privado que en esquemas públicos, aunque no es imposible hacerlo en éstos últimos. Pero también es una decisión importante como sociedad de cuánta democratización -vía capacidad de elección, ya sea de nuestros prestadores de servicios o de nuestros médicos-, queremos en el sistema.

EL TEMA DE MACRO EFICIENCIA

La salud compite con otros factores, entre ellos los sociales, compite con los programas de reducción de pobreza, compite con el presupuesto, con los temas de educación, seguridad nacional y otro tipo de gastos también muy importantes.

No es lo mismo hablar de financiar la salud a través de impuestos que a través de gasto privado, porque siempre cabe la posibilidad de que uno de los sectores esté subfinanciado con relación a otro sector.

Como país queremos que los beneficios asociados a un programa social estén más o menos equiparados con los beneficios asociados a otros programas sociales, entre ellos la salud, y es importante que se dé este tipo de eficiencia asociado a la repartición global de recursos fiscales, que es el patrimonio de todos los mexicanos.

ACEPTABILIDAD POLÍTICA

Hay renuencias a pagar impuestos en general, más renuencias a pagar unos impuestos que otros, a veces es difícil recaudar uno, a veces es menos difícil recaudar otro. No es lo

mismo las presiones que se tienen sobre recaudación asociada a impuestos locales, tenencia, nómina, algún otro tipo de impuesto. No es lo mismo la presión política que se tiene de IVA o de ISR y en general qué tipo de acomodo fiscal o privado se da en el financiamiento de salud. También tiene que ver con cuál es la aceptabilidad política de dónde van a salir los recursos en términos fiscales.

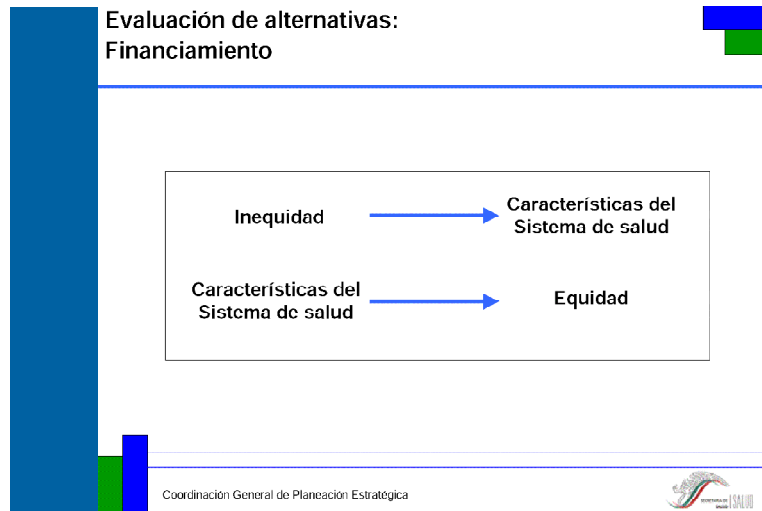
LA SUSTENTABILIDAD Y LA ESTABILIDAD

Aquí es importante saber si queremos un sistema con vicisitudes en el financiamiento o inestabilidad. Imagínense por ejemplo el sistema basado en nómina. La nómina es cíclica: cuando hay buen desempeño económico hay una buena base gravable, cuando hay mal desempeño económico, lo primero que sucede es el desempleo y con eso se reduce la base gravable; del caso de la seguridad social.

Y también suele ser que cuando hay desempleo y ciclos económicos adversos también es cuando hay más necesidades de salud, entonces es importante saber si queremos un sistema que tenga mucha variancia o mucha susceptibilidad económica y política asociada a la estabilidad en el financiamiento.

La combinación de todo esto eventualmente da una suma de beneficios y de costos, que debemos de ponderar para escoger las opciones que más se adecuan a los valores que se puedan reflejar en el sistema asociado al financiamiento de la salud.

Dejaría un último reflejo: no es casualidad que el Programa Nacional de Salud hable de tres retos, equidad, calidad y protección financiera, y que el primero de esos retos sea el tema de la equidad. De hecho creo que hay cierto consenso en que el problema más grave que tenemos como sistema de salud, entre otras cosas, es el problema de equidad.



El Sistema de Salud tiene un pobre desempeño en temas de equidad: en el financiamiento de dónde vienen los recursos y a quién le tocan los recursos, y de equidad en las condiciones de salud.

La situación que se ha visto desde 1943 a la fecha es que en gran medida la inequidad social que tenemos como país ha formado las características y el sistema nacional de salud. Es decir, el sistema de salud, más que ser un instrumento se ha convertido en un reflejo de la situación inequitativa que tenemos como país.

Yo creo que el reto que tenemos en materia de financiamiento de la salud es darle la vuelta a esta relación. El sistema de salud, más que ser el reflejo o el efecto de un país con inequidades como las que tenemos en México, debe ser el motor, el instrumento o la herramienta principal para lograr un sistema más equitativo, empezando por el sistema de salud. Muchas gracias.