

El financiamiento de la Salud en México

Silanes

Erick Clemente Peñaloza Sosa*

Eduardo González Pier**

Mariana Barraza Lloréns***

*Subdirector de Estudios y Planeación de la Coordinación General de Planeación Estratégica, SSA

**Coordinador General de Planeación Estratégica, SSA

***Directora de Planeación Estratégica de Sistemas de Salud de la Coordinación General de Planeación Estratégica, SSA

Si bien la buena salud es considerada por las sociedades y las personas como un bien insustituible por su valor intrínseco, desde el punto de vista económico se acepta su importancia al reconocer que es uno de los principales factores para el desarrollo económico¹

A pesar de que las percepciones social y económica coinciden en la necesidad de invertir en salud, la disponibilidad limitada de recursos implica que la asignación de éstos para la salud con base en el valor que le atribuye la sociedad no necesariamente coincide con las posibilidades económicas tanto a nivel familiar, como en el agregado nacional. En el análisis del financiamiento de la salud, la premisa esencial de la escasez de recursos implica la necesidad de estudiar el nivel de inversión en salud, así como la asignación de estos recursos de manera eficiente y equitativa. Esto se puede entender mejor si pensamos que cualquier país tiene cierto nivel de recursos, y sólo un porcentaje será destinado a la salud. Destinar menos recursos de los "necesarios" implica desatender las necesidades de la población y limitar la eficacia productiva y el potencial humano de su gente. Por otro lado, otorgar más recursos a salud podría generar un desfinanciamiento de otros sectores medulares para el desarrollo social y humano, como la educación, la cultura o la nutrición. Independientemente del monto de recursos asignado, ya sea público o privado, el uso de los mismos debe ser eficiente y equitativo. Esto implica garantizar el mayor beneficio en salud en relación con su costo, y al mismo tiempo, se reflejaría la valoración por parte de la sociedad de lo que se considera como justo en términos distributivos. Es decir, un trato igual para iguales necesidades y un trato desigual para necesidades diferentes. Por todo lo anterior, y aunado a las presiones financieras que se derivan de las transiciones

demográfica, epidemiológica, tecnológica, económica y política que enfrentan los distintos sistemas de salud en el mundo, el análisis del financiamiento de los sistemas de salud, hoy más que nunca, representa un ejercicio de capital importancia para procurar el mejor y más justo desempeño de los servicios, dados los recursos destinados a la salud. En el caso concreto de México, el análisis del financiamiento del Sistema de Salud apunta a grandes retos que se manifiestan en preocupantes desequilibrios en la fuente, la distribución y el uso de los recursos. Éstos se derivan, en parte, de las transiciones antes mencionadas y de la misma estructura del sector, en la que coexisten de forma fragmentada diversas instituciones y prestadores de servicios de salud.

El caso mexicano en materia de financiamiento

Los desequilibrios financieros que se observan actualmente en el Sistema de Salud en México merman el aprovechamiento eficiente de los recursos destinados a la salud y tienen graves implicaciones en términos de equidad.

Estos desequilibrios se pueden clasificar en cinco categorías:

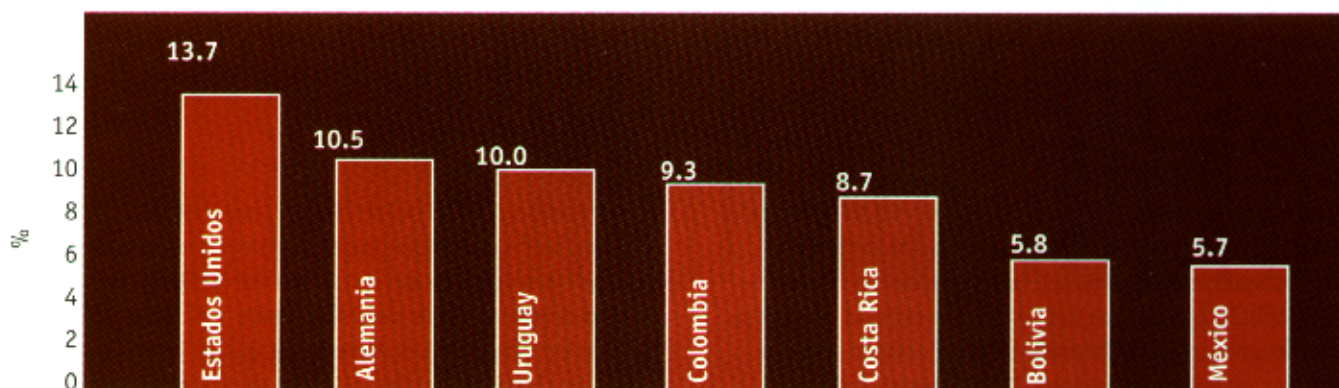
- I) Nivel de inversión.
- II) Origen de los fondos.
- III) Distribución entre poblaciones y áreas geográficas.
- IV) Corresponsabilidad entre órdenes de gobierno.
- V) Destino del gasto.

¹Organización Mundial de la Salud. *Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico. Reporte de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud*. Ginebra: OMS 2001.
World Bank Group. *World Development Report 1993: Investing in Health*. USA, Washington: 2001.

I. Desequilibrio de nivel de inversión

El desequilibrio de nivel de inversión se refiere al monto de recursos destinados a la salud en su conjunto. Para el año 2001, el Sistema Nacional de Salud en México recibió 5.7% del Producto Interno Bruto (PIB). Al comparar este porcentaje con el de otros países, se puede inferir que, en proporción a su nivel de desarrollo, México destina comparativamente poco a la salud (figura 1).

el gasto de bolsillo representa la forma de financiamiento de la salud más injusta e ineficiente, ya que se traduce en un gasto inesperado que presiona la situación económica de las familias. Por lo general, se realiza cuando la enfermedad ya está presente, lo que refleja que el sistema de salud privilegia el gasto en atención curativa y no preventiva. Adicionalmente, ante estas circunstancias, las familias no cuentan con el tiempo para obtener información suficiente sobre el mejor



Fuente: World Health Organization. The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance

Figura 1. Gasto en salud como porcentaje del PIB en diversos países

II. Desequilibrio de origen de los fondos

En cualquier país el financiamiento de la salud proviene de cuatro fuentes fundamentales:

- 1) Presupuesto federal vía impuestos generales.
- 2) Contribución a la seguridad social (impuesto a la nómina).
- 3) Gasto privado en prepago.
- 4) Gasto de bolsillo. Este último corresponde a los pagos realizados por las personas al momento de recibir la atención médica.

En México, del total de recursos que llegan al sistema por concepto de pago de prestación de los servicios de salud, 47% se origina del sector público vía impuestos generales (IVA, ISR o derechos) o impuestos a la nómina (contribuciones a la seguridad social) y 53% del sector privado. De estos últimos recursos, la gran mayoría (50%) corresponde a gasto de bolsillo, y en menor proporción (3%) al monto que paga el sector asegurador privado por los servicios de salud utilizados (Fuente: ENIGH, 2000). Cabe mencionar que, desafortunadamente,

El análisis del financiamiento de los sistemas de salud representa un ejercicio de capital importancia para procurar el mejor y más justo desempeño de los servicios

prestador de servicios, por lo que en algunos casos terminan por pagar más de lo planeado o por recibir servicios de menor calidad.

III. Desequilibrio de distribución del gasto

Otro problema que enfrenta México en el tema del financiamiento en salud es la mala distribución de los recursos públicos entre grupos de población y en términos geográficos. Los recursos públicos destinados a la salud se dirigen a dos grandes grupos: la población asegurada y la no asegurada (personas sin acceso a instituciones de seguridad social o seguros privados).

En lo correspondiente a los recursos públicos destinados a la población no asegurada, es importante destacar que una parte de éstos corresponde a servicios de salud pública, que por su naturaleza de no exclusión benefician a la población en su conjunto. Al comparar estos recursos con los que se asignan a la población asegurada, se observa que esta última recibe 1.8 veces más recursos. Mientras que el gasto para la población asegurada

asciende en promedio a 2 099 pesos por persona, los no asegurados reciben, en promedio, 1 161 pesos. Si se consideran únicamente los recursos públicos para la atención médica de la población no asegurada, es decir, excluyendo la fracción correspondiente a salud pública, se observa que los no asegurados reciben en promedio 870 pesos por persona, lo que resulta contrastante en comparación con la asegurada (2 099 pesos por persona). Lo anterior se traduce en 2.4 veces más recursos para la población asegurada. Gran parte de los recursos públicos que se destinan a la población no asegurada se distribuye a las entidades federativas a través del Fondo de Aportaciones para Servicios de Salud (FASSA). Éste es uno de los fondos que surge a partir del proceso de descentralización de los servicios de salud para población no asegurada que fue consumado en 1999. Cabe señalar que el monto asignado al FASSA lo determina la Cámara de Diputados como parte del Presupuesto de Egresos de la Federación. Al distribuir los recursos del FASSA por entidad federativa, encontramos que la diferencia entre la entidad con mayores recursos por persona (2 274 pesos) respecto a la entidad con menores recursos por persona (264 pesos) es de 9 veces, sin que esto represente forzosamente alguna relación con las necesidades de salud (figura 2).

IV. Desequilibrio de esfuerzo estatal

Adicionalmente a los recursos federales que se destinan vía FASSA y otros apoyos federales, los gobiernos locales de las entidades federativas asignan parte de sus propios recursos para financiar los servicios de salud de la

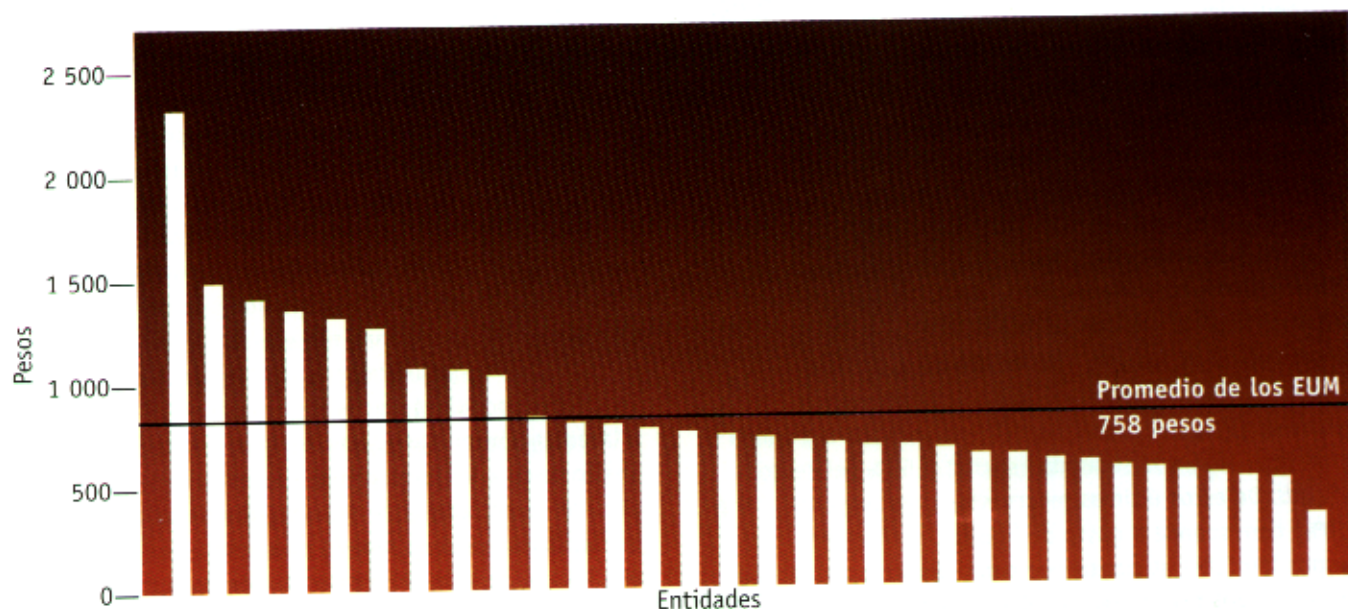
población no asegurada en sus jurisdicciones y los servicios de salud pública para la población en general. A pesar de lo anterior, la participación de los recursos estatales dentro del gasto total en salud es menor a la participación federal (figura 3).

Además, el gasto estatal que se destina al financiamiento de servicios de salud muestra una gran heterogeneidad entre las distintas entidades federativas. La entidad que aporta mayores recursos para el pago de los servicios de salud, asigna 900 pesos por persona, en contraste con la entidad que destina menores recursos con una aportación del orden de 6 pesos por persona.

V. Desequilibrio de destino de los recursos

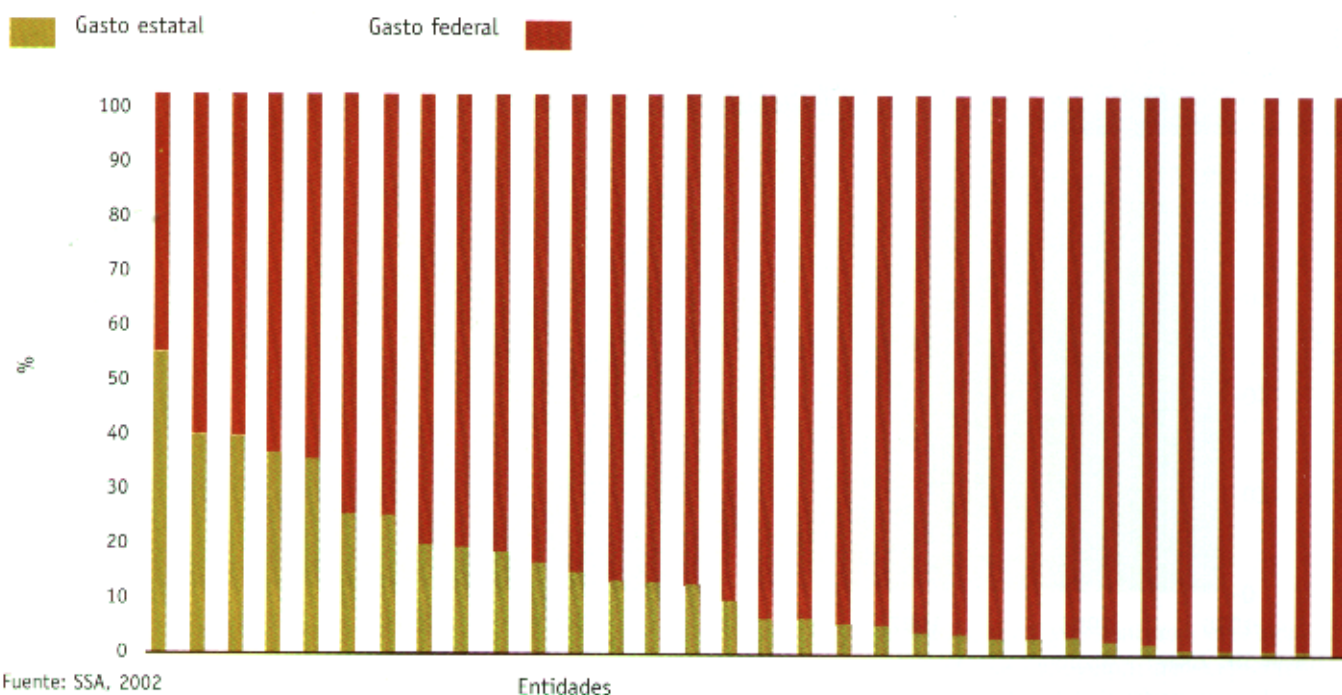
Finalmente, un último desequilibrio en el financiamiento del sector es el compromiso cada vez mayor con el pago de la nómina (servicios personales) en detrimento de la inversión física y el equipamiento en salud (figura 4). Cabe señalar que el pago de los servicios personales es parte de acuerdos laborales pactados en el pasado, por lo que se puede esperar que las reducciones en este rubro no sean significativas en el corto plazo.

La reducción del gasto en inversión que se ha observado en los últimos años limita las posibilidades de estar a la vanguardia en los cambios tecnológicos en materia de salud, los cuales actualmente rebasan la infraestructura y el equipamiento de las unidades médicas.



Fuente: SSA, 2001

Figura 2. Transferencias federales per cápita vía el Fondo de Aportaciones para Servicios de Salud (FASSA), México, 2001.



Fuente: SSA, 2002

Entidades

Figura 3. Porcentaje de gasto federal y estatal en salud para población no asegurada, 2002

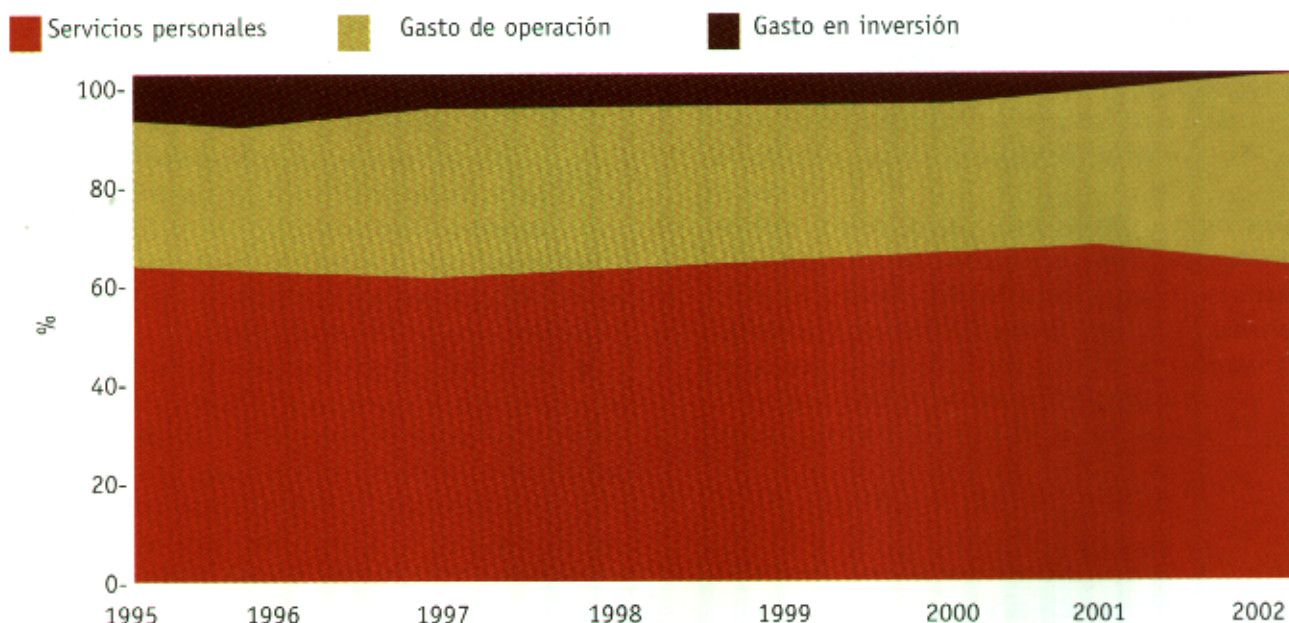
Perspectivas de financiamiento

El análisis del financiamiento de la salud debe considerar, además del destino de los recursos, la fuente de los mismos, tomando en cuenta las diferentes alternativas que existen, tal como se mencionó en el desequilibrio de origen de los fondos y, a partir de ahí, seleccionar la mejor alternativa en función de los siguientes criterios: equidad, eficiencia, transparencia, capacidad de elección, macroeficiencia, aceptabilidad política y sustentabilidad. El criterio de equidad permite expandir la cobertura de aseguramiento en salud con mayor acceso a los servicios para quienes tienen mayores necesidades, independientemente de su capacidad de pago. Por otra parte, invertir en salud debe traducirse en ganancias de salud, por lo que se debe incluir una evaluación de los beneficios en relación con los costos asociados. La obtención y manejo de recursos para la salud se facilita con alternativas de financiamiento que promuevan la transparencia y el otorgamiento explícito de derechos. Lo anterior, en un escenario donde los individuos tengan capacidad de elegir entre pagar la atención médica al momento de la consulta o, en su

caso, incorporarse a un esquema de pago anticipado o prepago. Esta capacidad de elección es determinante en el financiamiento del sistema. Por otra parte, la macroeficiencia de una alternativa de financiamiento promueve un gasto óptimo de los recursos asignados al Sector Salud en relación con otros sectores, lo que permite al país tener un mejor control y, en consecuencia, una mejor planeación del presupuesto nacional, además de promover una mayor inversión en salud. La aceptabilidad política se presenta cuando el uso de los recursos se destina a las personas más necesitadas sin perjuicio de terceros.

La escasa inversión limita las posibilidades de estar a la vanguardia tecnológica en materia de salud

La desventaja para algunas alternativas de financiamiento se encuentra en las dificultades que se enfrentan ante cambios y reformas a las leyes, por tratarse de recursos públicos. La sustentabilidad del financiamiento procura la continuidad del sistema sin alternancias que perjudiquen la estructura y organización del servicio. En resumen, a pesar de que la buena salud es valorada favorablemente por las sociedades



Fuente: SSA, 2002

Figura 4. Distribución de los recursos públicos por tipo de gasto

y la ciencia económica, la inversión en salud en México no sólo no ha sido suficiente para cubrir las necesidades en este rubro, sino que el escaso recurso se ha utilizado y se sigue utilizando de manera inequitativa.

Por ello, es relevante la reforma del financiamiento de la salud que históricamente ha presentado

distintos desequilibrios en cuanto al origen y distribución de recursos.

Ante esto, los mecanismos que se orienten a la solución de los desequilibrios deben suponer criterios de corte económico y social que pongan atención a las necesidades de la sociedad, sin dejar atrás la solidaridad entre grupos sociales y económicos •

La inversión en salud en México no sólo no ha sido suficiente para cubrir las necesidades, sino que el escaso recurso ha sido utilizado de manera inequitativa

Referencias bibliográficas

- Secretaría de Salud. *México Salud 2001: Información para la rendición de cuentas*. México 2002.
- Secretaría de Salud. *Síntesis Ejecutiva: Gasto Público en Salud 1999-2000*. México 2002.
- Secretaría de Salud. *Síntesis Ejecutiva. Poblaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en México —Definición y Construcción—*. México 2002.

Silanes