

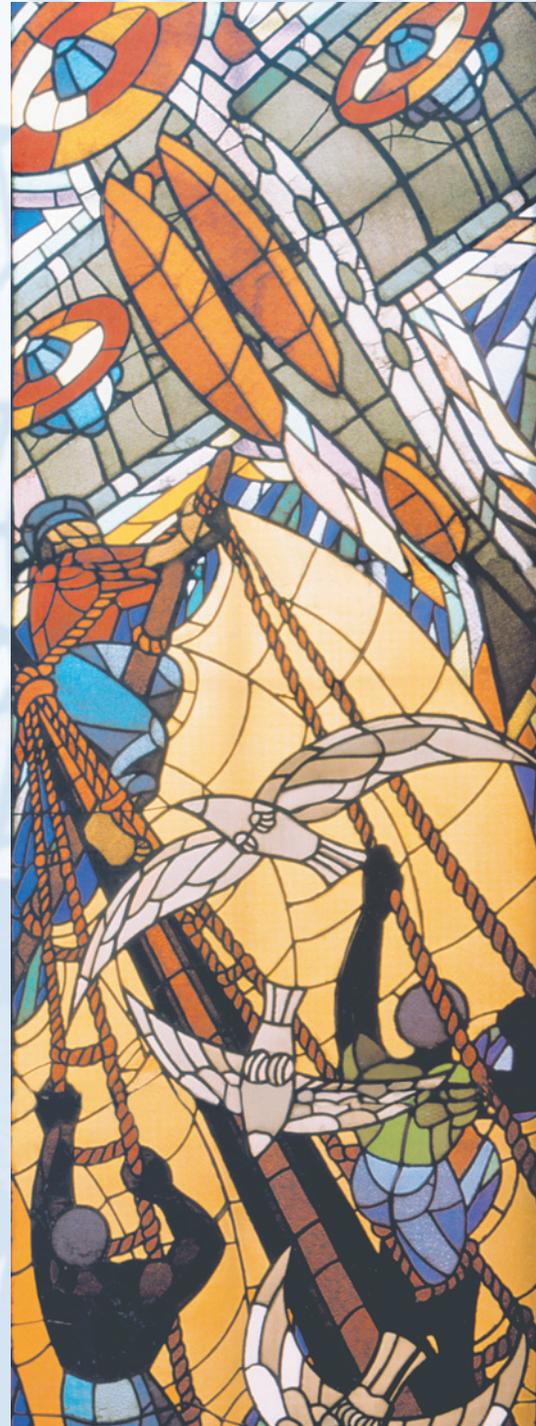
3

Serie de Documentos de Trabajo

**Inovaciones en el
Financiamiento de la Salud**

Financiamiento al Sistema de Salud en México

Carlos Noriega
Patricia Huitrón
Miriam Matamoros

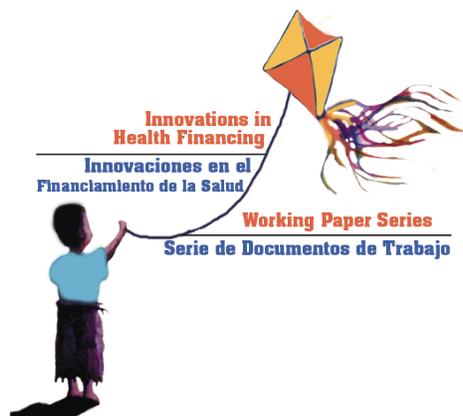


Serie de Documentos de Trabajo

INNOVACIONES EN EL
FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Editores

Felicia Marie Knaul
Stefano M. Bertozzi
Héctor Arreola Ornelas



FINANCIAMIENTO AL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

Carlos Noriega
Patricia Huitrón
Miriam Matamoros

Financiamiento al Sistema de Salud en México

Primera edición © 2006

Derechos Reservados

Fundación Mexicana para la Salud, A. C.

Instituto Nacional de Salud Pública

ISBN: 968-5661-40-5

Impreso en México

Los puntos de vista expresados en este documento son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente la posición de la Fundación Mexicana para la Salud, del Instituto Nacional de Salud Pública o de las instituciones a las que pertenecen.

Coordinación editorial: Luis F. Bautista y Bronwyn Underhill

Diseño editorial: Brenda L. Romero y Efrén Motta

En portada:

Diego Rivera, *Aire*, 1929, Secretaría de Salud, México

D.R. © (2001) Banco de México Fideicomiso Museos Diego Rivera y Frida Kahlo,

Av. 5 de Mayo No. 2 Col. Centro, Del. Cuauhtémoc 06069, México, D.F.

Reproducción autorizada por el Instituto Nacional de Bellas Artes

CONACULTA-INBA, México.

La versión original del papalote es:

Pequeña Esperanza por María Hazel Olmos Sánchez de Puebla, México. Primer lugar del XI Concurso Nacional de Dibujo Infantil y Juvenil 2002, “Un mundo sin pobreza” y segundo lugar del Concurso Internacional de Pintura Infantil y Juvenil 2002, organizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas con sede en Nueva York.

CONTENIDO

- INTRODUCCIÓN 7

- I. FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD 8
 - Marco conceptual del financiamiento a la salud** 8
 - Recaudación** 8
 - Origen de los recursos y equidad 8
 - Participación del gobierno federal y participación de los gobiernos locales 11
 - Mancomunación** 11
 - Sistema Único de Salud 11
 - Participación del sector público y participación del sector privado 12
 - Contratación** 14
 - Cobertura y aseguramiento mínimo 14

- II. FINANCIAMIENTO AL SECTOR DE LA SALUD EN EL CASO DE MEXICO 17
 - Recaudación** 17
 - Origen de los recursos y equidad 17
 - Participación del gobierno federal y participación de los gobiernos estatales 20
 - Mancomunación** 21
 - Sistema Único 21
 - Participación del sector público y participación del sector privado 22
 - Contratación** 23
 - Cobertura 23
 - Aseguramiento mínimo 23

- III. RECOMENDACIONES PARA EL DISEÑO DE UN SISTEMA DE FINANCIAMIENTO A LA SALUD EN MÉXICO 25
 - Recaudación** 25
 - Origen de los recursos y equidad 25
 - Participación del gobierno federal y participación de los gobiernos estatales 25
 - Mancomunación** 26
 - Sistema Único 26
 - Participación del sector público y participación del sector privado 26
 - Contratación** 27
 - Cobertura 27
 - Aseguramiento mínimo 27

IV. GASTO	28
Gasto en salud en México	28
Comparación internacional del gasto en salud.	29
¿Cuánto debe gastar México en salud?	33
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
PARA EL DISEÑO DEL SISTEMA DE FINANCIAMIENTO	
DE LA SALUD EN MÉXICO	38
Modelo General	38
ANEXOS	40

INTRODUCCIÓN

El sector de la salud en México enfrenta complejos retos en diversos ámbitos de su operación. En general, el objetivo de mejorar el estado de salud de la población debe verse como el producto de un conjunto de acciones de orden técnico, operativo, institucional y financiero y, desde otro ángulo, como parte de un círculo virtuoso en el que la inversión en salud contribuye al desarrollo social y económico e inversamente dicho desarrollo lleva a un mejoramiento del estado de salud de la población. En este contexto, uno de los retos más importantes es su financiamiento y constituye el foco del presente estudio.

La importancia del tema radica en que dependiendo de la forma que adopta el esquema de financiamiento de este sector se afecta tanto a la salud de la población en el país como también a otros ámbitos sociales y económicos. Por ejemplo, en el ámbito de la salud el esquema de financiamiento incide sobre la calidad de los servicios, la eficiencia del sector de la salud en su conjunto y la cobertura a la población; sin embargo también incide sobre las relaciones de equidad que se generen en la sociedad, el desarrollo del sector asegurador y financiero y sobre las relaciones entre el gobierno federal y los gobiernos estatales.

El propósito central de este análisis es identificar algunos elementos clave para el diseño de un esquema de financiamiento al sector que asegure un mejor estado de salud de la población y a la vez contribuya a lograr una mayor eficiencia y equidad en el uso de los recursos. Para ello se parte de las siguientes premisas:

- El esquema de financiamiento se constituye simultáneamente en instrumento de política económica y de política social.

- El monto de financiamiento a este sector es tan importante como la estructura a través de la cual se generan y canalizan los recursos.

A partir del análisis se identifican los elementos que deben ser incorporados en un esquema óptimo de financiamiento. Tomando a éste como referencia y reconociendo el contexto económico, social y político vigente en el país se proponen acciones concretas que permitan avanzar hacia dicho esquema.

En el capítulo siguiente se analiza la estructura del financiamiento. En particular, se estudian diversos aspectos relacionados con la eficiencia y equidad para las tres etapas que integran el proceso de financiamiento: recaudación, mancomunidad (*pool* de riesgos) y contratación. En las primeras dos secciones se desarrollan argumentos teóricos y empíricos para revisar algunas de las modalidades que puede adoptar el esquema de financiamiento. En una sección posterior se relacionan dichos argumentos con la situación que guarda el financiamiento en el caso concreto de México. Por último, se presentan propuestas concretas para el diseño de un sistema de financiamiento de la salud en México.

En el cuarto capítulo se analiza el monto de financiamiento. En la primera sección se presentan cifras y estadística descriptiva acerca de la cantidad de recursos que se asignan al sector salud en México y en otros países. Posteriormente se realiza un ejercicio econométrico para sustentar la recomendación de incrementar la transferencia de recursos al sector de la salud en nuestro país.

El último capítulo contiene algunas reflexiones finales así como las recomendaciones para la integración de un nuevo esquema de financiamiento al sector de la salud.

I. FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

El proceso de financiamiento puede descomponerse en tres etapas de naturaleza esencialmente distinta: recaudación (obtención de los recursos para financiar los servicios médicos), mancomunación (creación de una mutualidad o *risk pooling*) y contratación (asignación de los recursos al proveedor de servicios médicos). Para el diseño de un esquema óptimo de financiamiento es evidente que se debe plantear como objetivo asegurar la mayor eficiencia en cada una de estas etapas, sin embargo, el reto más importante es el de crear un sistema que establezca incentivos a todos los participantes, de modo que el comportamiento independiente de ellos contribuya, de manera conjunta, a lograr la mayor eficiencia. En este contexto resulta pertinente analizar el tema de la equidad, ya que el proceso de financiamiento también es un vehículo eficaz para alcanzar las metas de equidad. Así, en esta sección se analizan simultáneamente la eficiencia y la equidad y los posibles conflictos que pueden surgir en la búsqueda de ambos objetivos.

MARCO CONCEPTUAL DEL FINANCIAMIENTO

RECAUDACIÓN

Origen de los recursos y equidad

Las personas de bajos ingresos que no cuentan con acceso a servicios de salud prepagados se encuentran expuestas al problema circular de la enfermedad y la pobreza. Ello debido a que al momento en que ocurre la enfermedad deben

financiar el costo de atención con pagos de bolsillo lo cual, con frecuencia, representa un gasto catastrófico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado: “en general, el pago por evento es un fenómeno que acentúa la inequidad en las sociedades, por lo que la mejor alternativa es un sistema de pago anticipado mayor y más progresivo, en lugar de los gastos directos que el usuario paga de su bolsillo. La segunda modalidad debería representar una parte pequeña no sólo del total, sino también en relación con la capacidad de pago de las familias”.¹

Los impactos negativos sobre la salud inciden de forma distinta en los diferentes estratos de la población, y la incidencia no se da únicamente en términos de la calidad de vida. En cuanto al impacto sobre la salud, aun cuando no es posible determinar con certeza cuándo y cómo se verá afectada ésta en el caso de un individuo en particular, sí es posible determinar la probabilidad con la que ocurrirán ciertos eventos para núcleos amplios de población atendiendo a las características de la misma: edad, sexo, ubicación geográfica, etc. Por ello, los esquemas de aseguramiento se basan en el cálculo de probabilidades de ocurrencia de un evento, así como en el costo para el tratamiento del mismo. En esencia, el cobro de una prima igual para un núcleo determinado de población implica que todos los individuos estarán cubriendo anticipadamente el valor esperado del costo de atención (o resarcimiento) por el evento. Visto ex-post, los individuos que no sufrieron un impacto pero sí pagaron su prima, realizaron una transferencia a los individuos que sí sufrieron un impacto.

¹ Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud*. Ginebra, OMS, 2000.

Si el esquema de aseguramiento cubre a un grupo de individuos con la misma probabilidad de verse afectado por un determinado evento, puede decirse que ex-ante no se genera una transferencia entre los miembros de dicho grupo, sin embargo, si la probabilidad no es la misma, entonces el esquema de aseguramiento implicará una transferencia implícita de quienes tienen una menor probabilidad de verse afectados hacia quienes tienen una mayor probabilidad.

Por último, cabe señalar que en la medida que los mecanismos de aseguramiento sean financiados con recursos públicos, se generará una transferencia del resto de la sociedad hacia el grupo afiliado al seguro. Así, pueden instituirse transferencias que van, según el esquema de recaudación tributaria, de los estratos de mayores ingresos a los de menores ingresos, de los jóvenes a los viejos y niños, etc.

El mecanismo de aseguramiento, por tanto, se presta para asociar al financiamiento esquemas de compensación. Por ello se puede afirmar que el aseguramiento, además de ofrecer mayor certeza, también se constituye en un instrumento redistributivo muy valioso para alcanzar las metas de equidad.

La existencia de transferencias (explícitas o implícitas), sin embargo, genera incentivos a quienes potencialmente pueden incorporarse para asumir un comportamiento adverso al mecanismo de aseguramiento. Las conductas negativas más importantes que generan las transferencias son el *riesgo moral* y la *selección adversa*.

Así, los mecanismos que promueven la equidad también pueden atentar contra la eficiencia del sistema, de ahí la necesidad de valorar las ganancias en equidad frente a las pérdidas en eficiencia. Esta disyuntiva puede expresarse de

la siguiente forma: ¿hasta dónde es conveniente (eficiente) ampliar el núcleo de población cubierta por un mismo esquema de aseguramiento, reconociendo que se darán múltiples transferencias y habrá un intento de selección adversa y, por otro lado, hasta dónde resulta conveniente (eficiente) discriminar de antemano a la población de acuerdo con los riesgos que caracterizan a cada individuo?

El concepto de riesgo moral se explica de la siguiente forma: una vez asegurados los individuos, éstos tienen incentivos para modificar su comportamiento, relajar sus estilos de vida y consumir en exceso servicios de salud, por lo que la asignación de recursos al sector no es óptima.

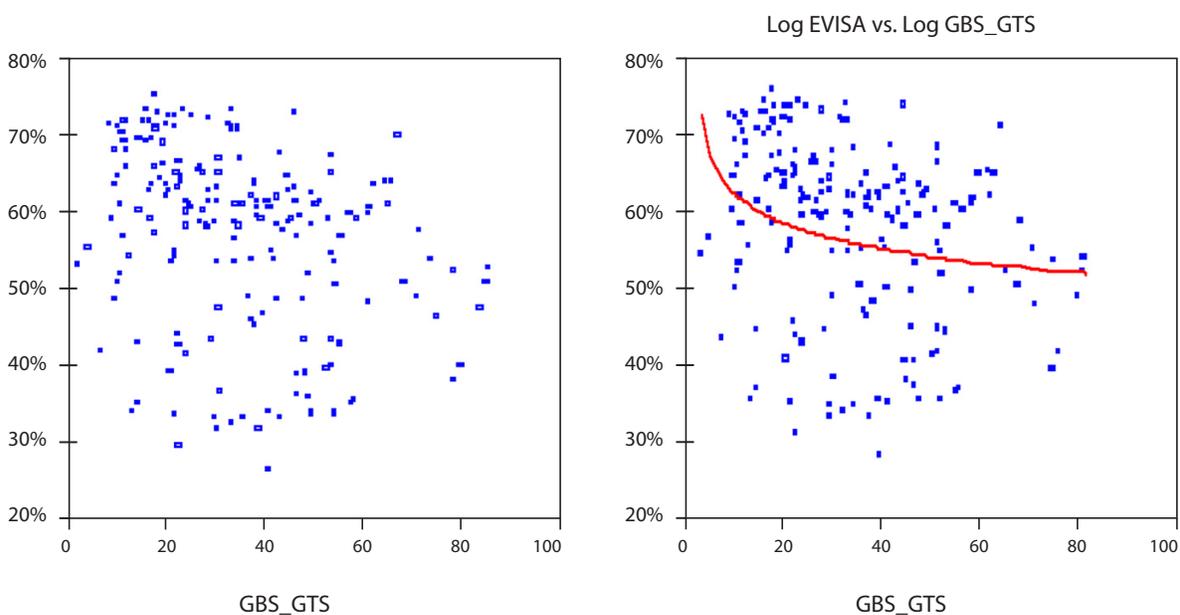
La selección adversa, se refiere a que debido a la existencia de información asimétrica, las aseguradoras no pueden incorporar con precisión el riesgo de cada persona en el cálculo de las primas. Por lo anterior, es muy probable que el riesgo promedio del grupo de personas aseguradas sea mayor que el del grupo poblacional al que representa, porque quienes tienen un riesgo mayor tienen mayores incentivos a asegurarse. Dado que el porcentaje de enfermos en el grupo es mayor que el esperado, las aseguradoras incrementan sus primas y quienes tienen bajo riesgo abandonan definitivamente el mercado.

Con el propósito de conocer si la equidad con que opera un sistema tiene o no relación con la eficiencia del mismo, se analizó la experiencia internacional. Este ejercicio tomó como proxy de la equidad a la proporción del *gasto de bolsillo en el gasto total en salud* de un país y como proxy de la eficiencia a la *esperanza de vida saludable*, (tabla 1) Los resultados sugieren la existencia de una relación inversa entre ambas variables; es decir, que cuanto más elevada sea la proporción

Tabla 1. Modelo de regresión lineal múltiple (normal censurado): TOBIT
Variable dependiente: EVISA*

Parámetro	Coefficiente	Error estándar	Estadístico Z	Valor "p"
Constante	58.20029	1.768644	32.90673	0
Gasto de bolsillo como % del gasto total en salud	-0.135673	0.040678	-3.335272	0.0009
PIB per capita ppp	0.000501	8.93E-05	5.605145	0

Figura 1. Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud versus esperanza de vida saludable



*Muestra: 191 países. Variable Dependiente. 1) Esperanza de vida saludable al nacer. Variable Independiente. 1) Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en Salud 2001; 2) Producto interno bruto per capita (PPP) 2001. Modelo. Regresión Lineal Múltiple con TOBIT, modelo censurado, debido a que el gasto y la EVISA son variables que sólo asumen valores positivos (sesgadas a la derecha). Fuente: La Información relacionada con estadísticas de niveles de salud y gasto relacionado con la salud proviene de la información en línea de la Organización Mundial de la Salud, quien asegura que las cifras son comparables, aunque no necesariamente coinciden con las estadísticas oficiales de los países, que pueden usar métodos alternativos. El PIB per cápita se obtuvo de datos presentados en línea: Dowling, Mike, "Interactive Table of World Nations" disponible en <http://www.mrdowling.com/800nations.html>; Internet, Julio 12, 2002

del gasto de bolsillo dentro del gasto total menor será la esperanza de vida saludable de la población (figura 1).

El ejercicio no está orientado a identificar el sentido de la causalidad entre ambas variables, sin embargo sí constituye una evidencia sólida de la relación inversa de las variables. Con base en ello, puede argumentarse que lejos de contraponerse los objetivos de eficiencia y equidad, éstos tienden a fortalecerse mutuamente.

Participación del gobierno federal y participación de los gobiernos locales

La desconcentración que necesariamente debe caracterizar a un sistema nacional de salud, así como el papel rector (y en algunos casos también en la operación) del Estado, lleva de manera natural a cuestionarse sobre el rol que deben tener las autoridades federales, estatales y municipales. Este tema puede enfocarse desde dos ópticas distintas:

1. Eficiencia. Con base en criterios de eficiencia, deberá considerarse el grado óptimo de desconcentración para cada una de las tres etapas que integran el financiamiento del sistema nacional de salud.

2. Normatividad. A partir de las consideraciones del punto anterior, será posible definir las facultades que deban asignársele a cada uno de los órdenes de gobierno.

La definición del rol de cada orden de gobierno en la operación de un sistema nacional de salud no lleva necesariamente a definir el peso que cada uno deba asumir en cuanto a la recaudación.

Desde una perspectiva teórica, pueden señalarse argumentos a favor de la recaudación federal o de una recaudación conjunta entre el gobierno federal y los gobiernos estatales.

La recaudación por parte del gobierno federal puede justificarse en términos de equidad, toda vez que éste cuenta con mayores elementos para generar transferencias a favor de la población más vulnerable.

La recaudación por parte de los gobiernos estatales puede justificarse por razones de eficiencia y rendición de cuentas ya que los usuarios de los servicios de salud se encuentran más cercanos a las autoridades locales.

En términos generales, la participación conjunta de autoridades federales y locales en el proceso de recaudación puede combinar las ventajas de lograr una redistribución de recursos a nivel nacional con fines de equidad y, por otra parte, involucrar a las autoridades locales en la recaudación para inducir mayor eficiencia y una mejor rendición de cuentas.

Sólo en caso de que el objetivo de equidad se contraponga al de eficiencia será necesario decidir si la recaudación la lleva a cabo únicamente el gobierno federal.

MANCOMUNACIÓN

Sistema Único de Salud

Un Sistema Único de Salud (SUS) se refiere a la existencia de un marco legal y regulatorio único que contemple de manera integral los aspectos de recaudación, mancomunación, pago y provisión de

servicios de salud. Esta visión integral estaría orientada a asegurar la cobertura, en su caso universal, de la población, las fuentes de financiamiento, la regulación en cada una de las etapas y la coordinación entre los distintos participantes. De acuerdo con esta acepción, el concepto no implica que las funciones deba desempeñarlas una sola entidad. Por el contrario, el concepto SUS se vuelve particularmente relevante cuando existen múltiples participantes, ya que el marco único le da coherencia y coordinación a todos los involucrados, procurando alcanzar las metas que explícita e implícitamente se le confieran al SUS.

En este contexto, la Oficina Europea para Servicios Integrados de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OESIS-OMS) sugiere la siguiente definición de servicios integrados:

“Servicios integrados de salud es un concepto que reúne inversión, provisión, administración y organización de servicios relacionados con el diagnóstico, tratamiento, cuidado, rehabilitación y promoción de la salud. Integración significa mejorar los servicios en relación al acceso, calidad, satisfacción del usuario y eficiencia.”

Cabe señalar que a menudo se diferencia entre integración vertical e integración horizontal; la primera se refiere a estrategias que vinculan distintos niveles de atención y la segunda se refiere a las estrategias para vincular niveles de atención similares.

La integración de los servicios de salud es materia de reformas al sistema de salud de varios países europeos como Italia, Francia, Grecia, Portugal, Austria, Noruega y Holanda.

Entre las ventajas operativas de un sistema único (o integrado) destacan las siguientes:

- Mejor compensación de riesgos.
- Mayor transparencia en el uso de recursos financieros.
- Reducción de costos administrativos.
- Homologación del sistema de compra.
- Mejor utilización de infraestructura.

En un sistema en el que intervienen diversas instituciones, como en el mexicano, existen mayores retos para obtener las ventajas de un sistema de mancomunación a nivel nacional, como lo son:

- Portabilidad de derechos cuando los afiliados se muevan geográficamente o de sector laboral.
- Homologación de la contribución gubernamental.
- Reservas actuariales y financieras (estimación, creación y administración).
- Homologación del modelo de atención.
- Homologación de la calidad de los servicios.

En este sentido, un sistema único o integrado lograría, a través de resultados como la calidad, satisfacción, acceso y eficiencia, un mejoramiento sostenible de la salud de la población. Por tanto, teóricamente hablando, un sistema de servicios integrados es deseable.

Participación del sector público y participación del sector privado

El debate sobre la participación del sector privado en el aseguramiento en salud debe distinguir entre los argumentos de naturaleza técnica de aquéllos de orden ideológico. En este apartado únicamente se tocan los primeros.

Tabla 2. Características del sistema de salud según lo opere el sector público o privado

Público	Privado
Afiliación obligatoria	Afiliación voluntaria
No lucrativo	Lucrativo
Centralizado	Descentralizado
Cobertura completa	Cobertura parcial
Regulado	No regulado
Mancomunación de riesgos	Provisión de servicios

Tabla 3. Función de proveedores

Función	Condición	Mecanismo
Sustitutos	Grupo grande	Reversión de cuotas
Complementarios	La naturaleza del riesgo no es prioridad de la salud pública	Ninguno

Tomando como referente el objetivo de ofrecer un esquema de aseguramiento y provisión de servicios de salud eficiente y de alta calidad, la determinación del rol del sector privado debe fundarse en la capacidad de éste para responder a las señales del mercado de modo que se cumplan plenamente los objetivos ya mencionados. El interés del Estado por la salud y su responsabilidad frente a la ciudadanía no justifica su intervención directa en la provisión de servicios (tanto en términos de financiamiento como de provisión).

Debe señalarse que el sector de la salud, en comparación con otros sectores económicos, se caracteriza por la presencia de importantes externalidades, la existencia de bienes llamados públicos así como elevados costos de información. En este contexto, es difícil que las señales que perciban las entidades privadas que ofrezcan los distintos servicios en este sector los conduzcan a ofrecer el volumen de servicios apropiado para la sociedad; igualmente que la calidad y costo sean los adecuados.

Es por estas razones que se justifica, en primer término, la existencia de un ente público que funja como regulador y que cuente con una amplia gama de instrumentos para orientar y, en su caso, intervenir directamente en la operación y funcionamiento del sistema nacional de salud.

Según el grado de desarrollo de las instituciones, la autoridad podrá o no delegar en el sector privado algunas funciones, dependiendo de que pueda regular con efectividad la competencia privada.

La decisión última, dependería de la eficiencia con la que el sector público o el privado pueden desempeñar las funciones apropiadas para alcanzar las metas deseadas.

En la tabla 2 se señalan algunas modalidades que tienden a adoptarse de acuerdo con la participación del sector público y el sector privado.

En materia de aseguramiento, la mancomunación de riesgos tiende a ser más eficiente mientras más amplio sea el núcleo de la población que se afilie, llevando a la conclusión de la conveniencia de alcanzar una cobertura universal y, desde esta

Tabla 4. Marco para la participación del sector privado en el sector de la salud

Objetivo	Instrumento	Acción
Perspectiva de largo plazo	Afiliación obligatoria	Creación de reservas actuariales y operativas Regulación de "Riesgos malos" (pre-existencias)
Cobertura universal	Contribución pública (subsídios para los más pobres y los peores riesgos)	Fondo único de financiamiento
Eficiencia y calidad de los servicios de salud	Competencia en la provisión de servicios	Elección del usuario
Contención de costos	Competencia	Regulación de los procesos para la producción de servicios de salud

óptica, a que este servicio sea provisto por el sector público. En la lógica de un mercado privado, el objetivo de maximizar las utilidades llevaría a que los aseguradores excluyeran a la población de mayor riesgo (o, en su caso, obligarla a cubrir una prima más elevada). Además, es probable que el costo del servicio de atención resultara más elevado y el nivel de salud inferior.

Es un hecho que la población de menores ingresos es la que presenta mayor vulnerabilidad ante los riesgos de salud y una manera de resarcirla es ofreciéndole acceso subsidiado a los mecanismos de aseguramiento en salud.

A partir de los argumentos anteriores puede concluirse que la función de aseguramiento debe ser realizada por el sector público tanto por razones de eficiencia como de equidad. El sector privado podría participar en áreas complementarias, por ejemplo para cubrir riesgos que no estén asociados con externalidades significativas.

Sin embargo, para el resto de las funciones no existe un argumento que lleve a la necesidad de que sean provistas por el sector público o privado. Será más en consideración a situaciones concretas que deba sugerirse la participación del sector privado.

Por tanto, una opción es la coexistencia de proveedores públicos y proveedores privados jugando un papel de sustitutos o complementarios y la aplicación de ciertos mecanismos que los vincule, (tabla 3).

Debe reiterarse, empero, que la participación del sector privado sólo podrá generar los resultados deseables si existe un ente regulador que permita superar las fallas más comunes del mercado.

En general, la participación del sector privado requeriría de un marco normativo con pautas, que se muestran en la tabla 4.

CONTRATACIÓN

Cobertura y aseguramiento mínimo

La meta de ofrecer un aseguramiento integral con una cobertura universal se enfrenta a la escasez de recursos financieros, obligando así a las autoridades sanitarias a asignar los recursos de distintas formas: restringiendo la cobertura o restringiendo el nú-

mero de bienes o servicios, o ambos a la vez. Por ello, con el propósito de maximizar la eficiencia en la utilización de los recursos disponibles, se hace necesario definir explícitamente una estrategia en esta materia. En este sentido, la OMS ha sugerido pasar del *universalismo clásico* que postula todo para todos, es decir, acceso gratuito a toda clase de atención sanitaria para todos, al concepto de *nuevo universalismo*, que señala que si se van a proveer servicios para todos, entonces no se pueden proveer todos los servicios.

El debate sobre las ventajas y las desventajas de ofrecer cobertura universal frente a un paquete de servicios se ha centrado en los siguientes puntos:

Canasta universal

- Cobertura. Por definición, cualquier padecimiento puede ser cubierto y, por tanto, los usuarios potencialmente podrán recibir servicios complementarios a su padecimiento central, cualquiera que sea la naturaleza de los primeros.
- Pertinencia. Dependiendo del perfil epidemiológico de cada región geográfica y de cada segmento de población, los *compradores* o incluso los *prestadores de servicios* podrán determinar la mejor combinación que atienda a las necesidades de los usuarios.
- Flexibilidad. La demanda de servicios de atención no es estática en el tiempo. Las variaciones obedecen a causas no siempre bajo el control de las autoridades sanitarias, de modo que una cobertura universal permite adaptar la oferta de servicios a las necesidades que en cada momento puedan plantearse.
- Costo. Al determinar un techo presupuestal para la atención médica, se estaría logrando un mayor control de los costos de atención.

- Eficiencia. El mismo techo presupuestal obligará a los compradores y a los proveedores a mejorar su nivel de eficiencia.

Paquete definido

- Equidad. Suponiendo que la canasta mínima se define por el costo-beneficio social de los servicios cubiertos (y por los esquemas de atención), se lograría que toda la población tuviese las mismas oportunidades en materia de salud. En relación con los patrones actuales, se lograría una distribución progresiva.
- Costo. Al limitar el tipo y número de servicios cubiertos, es posible generar economías de escala y, consecuentemente, reducir el costo total de la atención.
- Facilidad para determinar el papel de los servicios públicos o privados de aseguramiento.
- Simplificación de procesos, tales como planeación, monitoreo y supervisión.
- Certeza sobre los derechos de los afiliados.
- Perfeccionamiento del campo de las responsabilidades públicas.

El establecimiento del paquete no se aplica para disminuir intervenciones sino para incluir personas y no debe pensarse que las intervenciones no incluidas serán eliminadas. Al tener un paquete de las intervenciones de mejor costo-efectividad se hace un intento por garantizar que tales intervenciones sean accesibles a toda la población. El paquete así construido permite operar el principio de universalidad y cumplir con los objetivos de equidad, calidad y eficiencia.

La definición de un paquete de servicios no es una tarea de una sola vez, debido a que los avances científicos y tecnológicos, la actualización de profesionales, la disponibilidad de recursos para

invertir en salud, las condiciones económicas de la población, los cambios en el perfil epidemiológico y el cambio de las preferencias sociales son algunas de las variables que obligan a que la revisión del paquete sea un proceso dinámico.

La determinación del paquete de intervenciones requiere de conocer las prioridades en el ámbito de la salud, las cuales no son las mismas que se tenían en el pasado; aun cuando las decisiones del pasado respecto a la determinación de prioridades fueron correctas. Periódicamente se da lugar a un nuevo perfil epidemiológico que hace necesario realizar una evaluación con el propósito de crear una nueva selección de prioridades.

La reevaluación de prioridades también obedece a la insatisfacción con la forma de trabajar del sistema sanitario, es decir, una distribución desigual de recursos, escasez de algunos servicios y derroche de otros. Los países que sufren crisis

económicas generalmente destinan menos recursos a la producción de bienes y servicios, entre los que está la salud.

Los argumentos a favor de la determinación de prioridades en materia de salud están influidos por los problemas de salud que enfrenta la población, los cuales son cada día más complejos y provocan que aumenten con gran velocidad la morbilidad y la demanda de atención a la salud.

El ejercicio dinámico de evaluar periódicamente las prioridades de atención a la salud justifica ampliamente el acceso de toda la población a servicios de salud que atiendan sus necesidades más importantes y dado que el presupuesto asignado a este sector no crece constantemente surge la necesidad de seleccionar servicios, programas o actividades de salud para formar un paquete básico que se proporcione, en primera instancia, con el objetivo de mejorar los beneficios y la distribución de los recursos en la materia.

II. FINANCIAMIENTO AL SECTOR DE LA SALUD EN EL CASO DE MEXICO

En la sección anterior se analizaron las tres etapas que componen el proceso de financiamiento desde la óptica de la eficiencia y la equidad. A partir de este análisis es posible conceptualizar un esquema de financiamiento óptimo para los servicios de salud. No obstante, es necesario contrastar dicho análisis con las condiciones concretas que prevalecen en el sector de la salud en México, lo cual constituye el foco de esta sección.

RECAUDACIÓN

Origen de los recursos y equidad

La equidad en el financiamiento de los sistemas de salud está vinculada con el origen de los recursos. En México, el porcentaje de gasto privado en salud es alto y una proporción significativa de éste es pago de bolsillo.

En lo que se refiere a la seguridad social, que es otorgada por diversas instituciones, el porcentaje de participación es de 31.84 puntos. El 14.56 por ciento es realizado como gasto asistencial público, incluyendo el ramo 12, el programa conjunto de IMSS y Oportunidades, las aportaciones federales para entidades federativas y municipios y las aportaciones de los estados (tabla 5). Como sociedad, el principal desafío es evitar que el sistema de salud genere efectos adversos como el de la perpetuidad del círculo de la pobreza y la enfermedad. Concretamente, las metas son: incrementar la cobertura, disminuir el gasto de bolsillo e incrementar el pago anticipado, asignar el monto de recursos necesario para cumplir con los com-

promisos del sistema y equilibrar las aportaciones de los gobiernos estatales, entre otras.

Además de definir la forma de financiamiento del gasto en salud, también hay que decidir sobre el monto. En el caso de los hogares, el nivel de gasto cambia significativamente de un decil de ingreso a otro. Como se observa en la gráfica 1, los hogares que tienen un ingreso menor gastan menos en salud, lo cual se debe, al menos, a dos razones: el ingreso que perciben sólo les permite cubrir las necesidades básicas o están protegidos por algún esquema de aseguramiento. Si consideramos que hay un amplio sector de la población que no está afiliado a la seguridad social, el reto es garantizar que quienes se encuentran en ese segmento tienen acceso a alternativas para proteger su salud.

El nivel de gasto en salud de los hogares está relacionado con su vulnerabilidad financiera. Los más pobres tienen mayor probabilidad de incurrir en gasto catastrófico en caso de enfermedad.

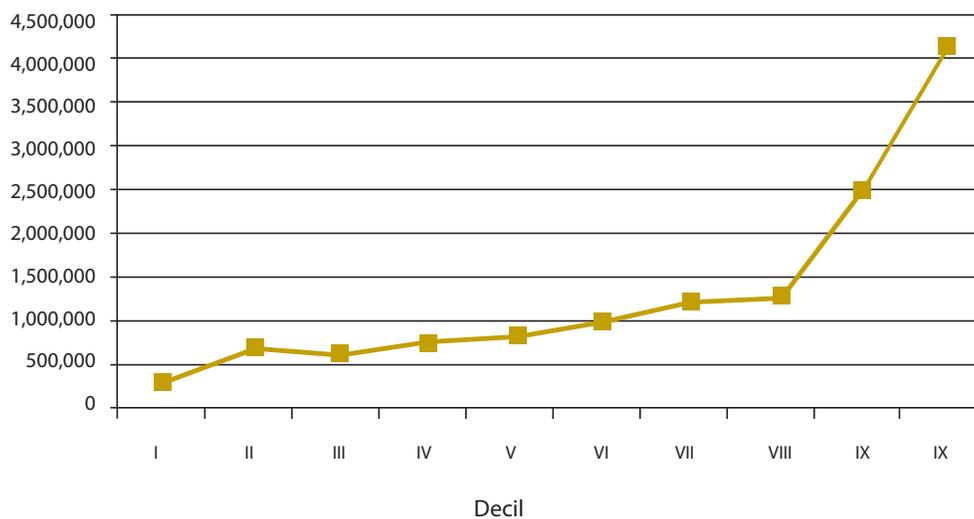
Estudios (Knaul, Méndez, Murray, Arreola, Ortiz, Torres, Frenk, 2001) sugieren que entre dos y tres millones de hogares mexicanos al año sufren de gastos catastróficos que absorben 30 por ciento o más de su capacidad de pago para la salud. A la vez, más del 50 por ciento del financiamiento de la salud en México es privado y proviene de gastos de bolsillo, especialmente por parte de la población no derechohabiente y pobre. Es por ello que dichos estudios muestran que los gastos catastróficos son más comunes entre los hogares no derechohabientes y deciles de ingreso más bajos, por lo que nominalmente tienden a ser gastos bajos. La presencia de gastos catastróficos en salud (utilizando como definición aquellos que utilizan más de la tercera parte de su ingreso disponible para financiar la atención a su salud) es más común entre los hogares de los primeros tres deciles de ingreso. En México, la mayoría de los hogares con gastos ca-

Tabla 5. Composición del gasto en salud (estimaciones para 2003)

Gasto privado estimado	53,60
Gasto de bolsillo*	51,60
Prepago	2,00
Gasto de la seguridad social	31,84
IMSS	25,75
ISSSTE	4,08
PEMEX, SEDENA, SEMART y otros	2,01
Gasto asistencial público	14,56
SSA (Ramo 12, incluye IMSS-Oportunidades)	4,66
Aportaciones para entidades federales y municipios (Ramo 33)	7,58
Aportaciones estatales	2,32

*Como prepago se considera el 2% del gasto total en salud (destinado en seguros privados), estimación del PNS 2001 - 2006, SSA
 Fuente: Informe sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2002 - 2003, IMSS

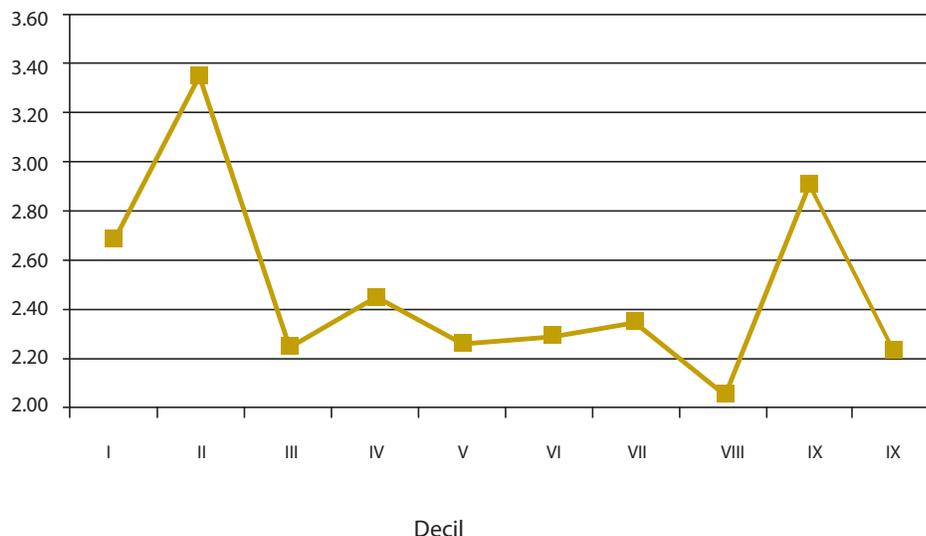
Gráfica 1. Gasto en salud de los hogares por decil de ingreso, 2002



Fuente: ENIGH 2002, INEGI

Hogares a nivel nacional con gasto total corriente trimestral en cuidados médicos y conservación de la salud, según deciles de hogares, de acuerdo a su ingreso total trimestral (miles de pesos).

Gráfica 2. Gasto en salud como porcentaje en gasto total de los hogares según el decil de ingreso, 2002



Fuente: ENIGH 2002, INEGI

Distribución del gasto corriente monetario trimestral de los hogares a nivel nacional en cuidados médicos y conservación de la salud, según deciles de hogares, de acuerdo a su ingreso corriente total trimestral.

tastróficos en salud tienen un ingreso menor de dos salarios mínimos. Después de cubrir sus necesidades básicas, en especial la compra de alimento, el ingreso disponible es casi nulo².

La distribución del gasto en salud, como porcentaje del gasto total de los hogares, cambia significativamente de un decil de ingreso a otro (gráfica 2). En términos de equidad, es necesario equilibrar esta proporción. Una alternativa para alcanzar este propósito es la de sustituir gasto privado por gasto público, de manera que esta relación pudiera aproximarse a una recta con una ligera pendiente negativa. Para ello, sería necesario incrementar el nivel de gasto público.

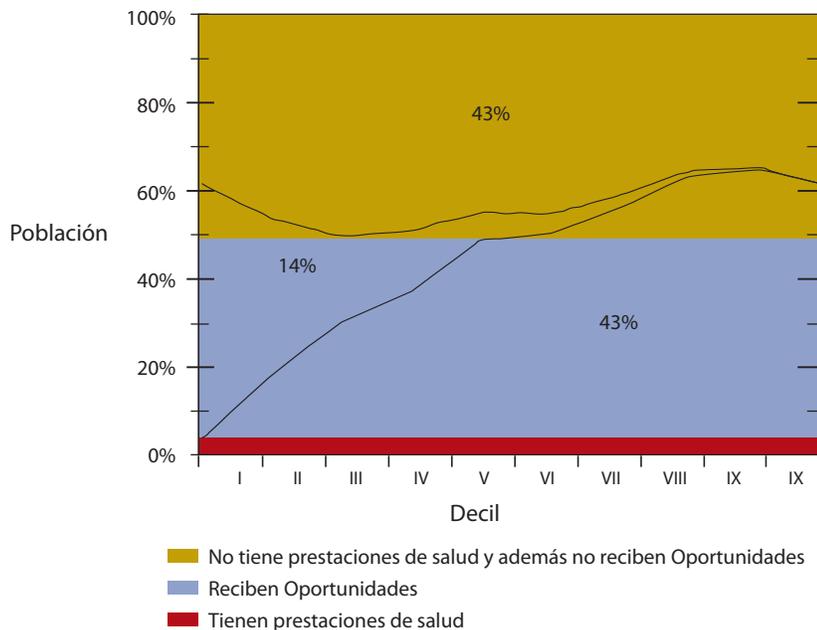
La seguridad social deja desprotegida al 43 por ciento de la población. Si no existiera el programa

Oportunidades, más del 90 por ciento de quienes forman parte del primer decil de ingreso estarían sin protección (figura 2).

Los argumentos que sostienen la necesidad de incrementar la cobertura se fortalecen con los datos mostrados en la gráfica 2, ya que se observa que quienes forman parte de los deciles inferiores tienen, además, menos acceso a la seguridad social.

² *Análisis del gasto de bolsillo en salud en México*. Tesis que presentó Ana Cristina Torres García para obtener el título de Licenciada en Economía del Instituto Tecnológico Autónomo de México, 2002.

Figura 2. Gasto en salud como porcentaje en gasto total de los hogares según el decil de ingreso, 2002



Fuente: Cálculos propios ENIGH 2002

*Se considera a una persona asegurada si algún miembro del hogar tiene servicios médicos del IMSS, ISSSTE, PEMEX, SECMAR Y SEDENA

*Se dice que una persona recibe Oportunidades si por lo menos algún miembro del hogar recibe Oportunidades y además no tiene prestaciones de salud

*Los deciles de población se construyen al ordenar el ingreso corriente total per cápita

Participación del gobierno federal y participación de los gobiernos estatales

En México se ha dado un proceso muy amplio de desconcentración de la atención a la salud para la población abierta, de modo que los gobiernos estatales y los gobiernos municipales han asumido un papel relevante en la provisión de servicios médicos. Si bien las autoridades federales mantienen un control significativo sobre el modelo de atención a través de sus facultades de regulación y supervisión, los gobiernos estatales o municipales le han impreso características distintas a dichos modelos.

El financiamiento de los servicios es preponderantemente del orden federal, cubierto a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud del ramo 33 Presupuestal y a través de él se ha intentado homologar las condiciones de salud en todo el territorio nacional. La fórmula de distribución, sin embargo, no refleja claramente los rezagos existentes ni tampoco ofrece estímulos eficaces para que las autoridades locales participen en el financiamiento.

A pesar de lo anterior se observa que las autoridades locales generalmente complementan el financiamiento federal con recursos propios,

si bien lo hacen en montos absolutos y relativos muy diferentes. Esto genera enormes desigualdades en términos de oportunidad de atención a la salud entre las entidades federativas.

Esta realidad hace necesario identificar y definir en dónde y hasta dónde es conveniente la participación de cada orden de gobierno.

Una vez identificada claramente la responsabilidad de los gobiernos estatales surge la necesidad de crear un marco regulatorio que iguale los esfuerzos de cada entidad y los ubique en el contexto de un verdadero sistema nacional de salud y no de 32 sistemas de salud distintos.

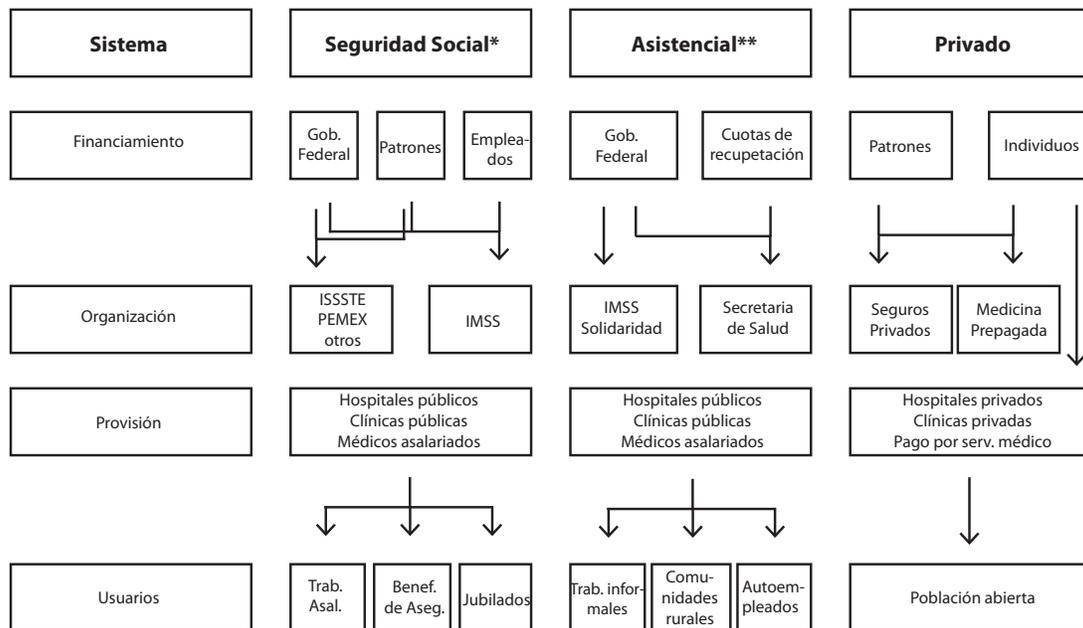
MANCOMUNACIÓN

Sistema Único

El sistema de servicios de salud está segmentado en tres grandes grupos, de acuerdo con la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas, y al interior de éstos el acceso a la atención se encuentra fragmentado en varias instituciones, (figura 3).

- Los trabajadores de la economía formal deben afiliarse por ley a alguna institución de seguridad

Figura 3. Sistema de Servicios de Salud



*Incluye IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, MS

**INCLUYE SSA, IMSS-Solidaridad

Fuente: Programa Nacional de Salud 2006

social. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), las Fuerzas Armadas (ISSFAM), Marina y diversos seguros para trabajadores de los gobiernos estatales.

- El sistema para población abierta o no asegurada, que opera en áreas urbanas y rurales de todo el país incluye los servicios de la Secretaría de Salud (SSA) y el programa IMSS-Oportunidades. Para proteger a este grupo se creó, de acuerdo con la reforma a la Ley General de Salud de 2003, el Seguro Popular de Salud.
- Sector privado, el cual opera en un contexto poco supervisado, brinda una atención de calidad desigual, con precios variables y está bastante fragmentado.

La regulación sanitaria de productos, bienes y servicios se ejerce en un marco compartido de responsabilidades entre la federación y las secretarías estatales de salud (SESA). Existen dos importantes instancias de regulación y coordinación sectorial: el Consejo de Salubridad General, órgano dependiente de la Presidencia de la República, encargado de la coordinación intersectorial en salud; y el Consejo Nacional de Salud, órgano de carácter federal para la coordinación territorial de las políticas de salud, integrado por el secre-

tario de salud y los 32 secretarios estatales del ramo. La supervisión y control del gasto público lo hace la Oficialía Mayor de cada institución, bajo directrices y en estrecha coordinación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la cual transfiere los recursos financieros, y la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo, que supervisa el gasto. Cada prestador público realiza la conducción, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud a su población objetivo, contando para ello con su propia red de unidades de atención.

Participación del sector público y participación del sector privado

Gran parte de la población utiliza servicios de salud en el sector privado, los cuales pueden variar significativamente tanto en el precio como en la calidad; el aseguramiento privado en esta materia se basa principalmente en gastos médicos mayores, por lo que el resto de la población que acude a este sector se ve orillada a pagar por cada visita al médico. Los incentivos del pago por evento radican en que este pago tiende a mejorar la calidad de los servicios pero también propicia aumentos desmedidos de los costos, especialmente cuando no se cuenta con un claro sistema de acceso a los servicios más caros, (tabla 6).

Tabla 6. Gasto en salud como porcentaje del gasto total en salud

Público	42,0
Privado	58,0
Medicamentos	22,0
Servicios ambulatorios	25,1
Hospitalización	10,9

Fuente: Salud, México 2002, Secretaría de Salud 2003

Tabla 7. Distribución de población según tipo de aseguramiento

Población	Total	Asegurada
Asegurados	60,5%	100,0%
IMSS (Trabajadores formales del sector privado)	47,5%	78,6%
ISSSTE (Trabajadores formales del estado)	10,3%	17,0%
Otros (Trabajadores de pemex, ejército, etc.)	2,6%	4,4%
No asegurados	39,5%	

Fuente: Programación de Acción; Programa Nacional de Información en Salud 2001 - 2006. SSA 2002

Tabla 8. Población total y por sector de atención en el año 2003

Total	104,213,503
IMSS	41,620,038
ISSSTE	10,236,523
Otros asegurados por instancias públicas	2,631,545
Población no derechohabiente	49,725,397

Fuente: Información sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2002 - 2003, IMSS

CONTRATACIÓN

Cobertura

No existe un verdadero sistema nacional de información, sino un conjunto (cada institución pública tiene el propio) de subsistemas estructural y funcionalmente desconectados entre sí, que generan información sobre población y cobertura, recursos, servicios prestados y daños a la salud. Se ha calculado que entre 60 y 65 por ciento de la población está afiliada a la seguridad social; no se ha podido establecer la cifra exacta directamente de los registros de las instituciones por la superposición de cobertura entre ellas, por lo que se ha recurrido a otras fuentes, como la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) que realiza

el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), o los censos de población y vivienda. La Secretaría de Salud (SSA) informó para 1999 que 78.3 por ciento de los derechohabientes de la seguridad social corresponden al IMSS, poco más del 17.2 por ciento al ISSSTE y el resto se distribuyen entre las demás instituciones, (tablas 7 y 8).

Aseguramiento mínimo

En las instituciones que protegen a la población formal, el aseguramiento es integral, basado en un modelo de atención por niveles que se conectan a través de un sistema de referencia y contra-referencia:

- Primer nivel: proporciona servicios de prevención a la salud y atención ambulatoria;

Tabla 9. Servicios de salud en las principales instituciones prestadoras

Institución	Servicios Médico
IMSS	Asistencia médica quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria desde el comienzo de la enfermedad y hasta 52 semanas para el mismo tipo de padecimiento.
ISSSTE	Atención médica de diagnóstico, odontológica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria y de rehabilitación que sea necesaria desde el comienzo de la enfermedad y hasta 52 semanas para el mismo tipo de padecimiento.
ISSFAM	Atención médica y quirúrgica que incluye asistencia hospitalaria y farmacéutica necesaria, y en su caso, obstétrica, prótesis y ortopedia y rehabilitación de los incapacitados, así como medicina preventiva y social, y la educación higiénica.
Seguro Popular	Incluye 78 beneficios médicos y 191 medicamentos y vacunas asociados a ser prestados en establecimientos de primer y segundo nivel de la propia SSA.
Seguro de Salud para la familia	Los beneficios son casi iguales a los del régimen ordinario del IMSS, pero no aceptan a quienes tienen enfermedades preexistentes y limita ciertas intervenciones quirúrgicas y tratamientos costosos de los primeros años.

Fuente: Ley del IMSS, Ley del ISSSTE, Ley del ISSFAM

- Segundo nivel: la atención se otorga en hospitales, con servicios ambulatorios y de internamiento; y
- Tercer nivel: se brinda atención especializada de alta complejidad.

Por su parte, la SSA otorga el Seguro Popular de Salud a la población abierta, el cual cuenta con una canasta de servicios y medicamentos definidos.

Sin embargo, los institutos coordinados de la SSA prestan atención médica de alta calidad, pero el beneficio social de sus acciones se ve limitado por la práctica de permitir a los pacientes el acceso directo, sin pasar por un sistema de referencia y contrarreferencia.

En este contexto, el IMSS proporciona el Seguro de Salud para la Familia, pero con menos beneficios que los que se otorgan a la población derechohabiente, (tabla 9).

III. RECOMENDACIONES PARA EL DISEÑO DE UN SISTEMA DE FINANCIAMIENTO A LA SALUD EN MÉXICO

RECAUDACIÓN

Origen de los recursos y equidad

Para la construcción, de facto, de un sistema nacional de salud se debe romper con la actual segmentación del sistema, causada principalmente por afiliación condicionada al esquema laboral, y formar una mancomunación única de riesgos para dar acceso a toda la población.

En la transición a dicho sistema será necesario ir homologando paulatinamente todas las contribuciones, tanto la que aporte el gobierno federal a todos los institutos como la que otorga a los servicios para la población abierta, para cerrar la brecha, que existe. Asimismo, se debe buscar que la contribución de las personas sea obligatoria para todas, sujeta a un esquema progresivo, impulsando así el crecimiento de los pagos anticipados y disminución del pago de bolsillo.

Es deseable que el Estado garantice un nivel básico de atención médica a toda la población y que el financiamiento de estos servicios provinieran de impuestos generales, alcanzando así la mayor equidad posible.

Participación del gobierno federal y participación de los gobiernos estatales

Se recomienda establecer claramente las responsabilidades de los gobiernos estatales y municipales dentro de la operación del sistema nacional de salud. Este tema puede enfocarse desde dos ópticas distintas.

- Eficiencia. Con base en criterios de eficiencia, deberá considerarse el grado ópti-

mo de desconcentración para cada una de las actividades que integran el SNS: financiamiento, mancomunación, compra, provisión y regulación.

- Estratégica. A partir de las consideraciones del punto anterior, será posible definir qué actividades deban atribuírseles como facultad a cada uno de los órdenes de gobierno.

Aun cuando desde un punto de vista teórico se lograría más equidad con un mayor financiamiento federal, pues el gobierno federal tiene mayor capacidad en el manejo de recursos que los gobiernos estatales, la participación de los estados en el financiamiento se justifica principalmente por dos razones:

- Necesidad de servicios médicos; y,
- Están más cerca de la población que gobiernan.

En el caso que los gobiernos estatales decidieran ofrecer servicios adicionales a los que ofreciera el sistema nacional, éstos deberían ser financiados exclusivamente por los gobiernos estatales.

El propósito de este apartado es buscar un marco funcional e institucional que asegure la eficiencia en la operación del sistema y, a partir de ésta, elaborar un marco legal que le dé certidumbre.

A partir de la definición institucional y legal del sistema, podrá ahondarse en los mecanismos de financiamiento. Es decir, una vez que se establezca el papel de cada uno de los órdenes de gobierno también será posible analizar las fuentes óptimas de financiamiento así como la proporción del financiamiento que corresponda a cada orden de gobierno. Este punto no es sólo de interés político, también es importante que los

distintos órdenes de gobierno se constituyan en interlocutores válidos del interés de los usuarios así como de la capacidad de extraer recursos de los ciudadanos. En la medida en que se puedan alinear los intereses de los distintos órdenes de gobierno, de los operadores del sistema y de los usuarios del sistema, se definirá un sistema más eficiente.

MANCOMUNACIÓN

Sistema único

El sistema que se desea lograr se refiere a la existencia de un marco legal y regulatorio único que contemple de manera integral los aspectos de recaudación, mancomunación, pago y provisión de servicios de salud. En este sentido se recomienda que la Ley General de Salud sea de facto coordinadora de todo el sistema y no sólo de una parte como sucede en la actualidad.

Este sistema no implica necesariamente que las funciones arriba mencionadas las realice una sola entidad. Por el contrario, el concepto de sistema único se vuelve particularmente relevante cuando existen múltiples participantes, ya que el marco único es el que le da coherencia y coordinación a todos los involucrados. Lo anterior permitiría:

- Mancomunación de riesgos.
- Eliminar duplicaciones de registros e información de derechohabientes.
- Homologación de aportaciones.
- Homologación de paquete básico.

- Homologar la calidad, los esquemas de atención.
- Asegurar la cobertura universal.

Para alcanzar la eficiencia de un sistema único, se debe aplicar mecanismos que den cierta libertad a los usuarios, como lo puede ser, en un principio, la elección del médico por el paciente e ir avanzando gradualmente en este tema hasta presentarse incluso un esquema de reversión de cuotas.

Participación del sector público y participación del sector privado

Dado que existen intervenciones consideradas socialmente valiosas, tanto por preservar la salud individual como social, el Estado no puede delegar la responsabilidad de su aseguramiento. En este caso, para aquellas intervenciones socialmente prioritarias, el esquema de aseguramiento deberá ser público. Sin embargo, otras intervenciones cuya prioridad social sea menor podrán ser aseguradas por parte del sector privado.

En la transición al sistema único, la participación del sector privado en el aseguramiento estaría enfocada a servicios complementarios no incluidos en el paquete mínimo.

Tabla 10. Participación de sectores en la provisión de servicios por nivel de atención

	Paquete básico	Paquete complementario
Primer nivel	Público	→
Segundo nivel	↓	Privado
Tercer nivel		

En consecuencia, una posible recomendación sobre la participación de los sectores público y privado en la provisión de servicios sería como se muestra en la tabla 10.

CONTRATACIÓN

Cobertura

Se sugiere impulsar la ampliación gradual de cobertura hasta alcanzar cubrir a toda la población, lo cual se lograría a través de mecanismos de afi-

liación obligatoria y con un esquema como el del Seguro Popular de Salud.

Aseguramiento mínimo

Avanzar gradualmente hacia la definición de un paquete de servicios esenciales adecuados a las características de la población y a sus condiciones ambientales, con base en el criterio de costo-efectividad. Donde la efectividad se debe aplicar desde una perspectiva de bienestar social, no económica.

IV. GASTO

GASTO EN SALUD EN MÉXICO

El gasto total en salud para el año 2003, se estimó en 6.23 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB), de acuerdo con las cifras del IMSS. Como proporción del PIB, el gasto privado es de 3.34 por ciento, mientras que el gasto público es de 2.89 por ciento. En la tabla 11 se muestra el gasto estimado para salud en 2003.

A partir del análisis de la tabla 11 y de los datos presentados podemos decir que el 53.6 por ciento del gasto en salud es ejercido por los ho-

gares, 31.84 por ciento por la seguridad social y 14.56 por ciento es gasto asistencial público.

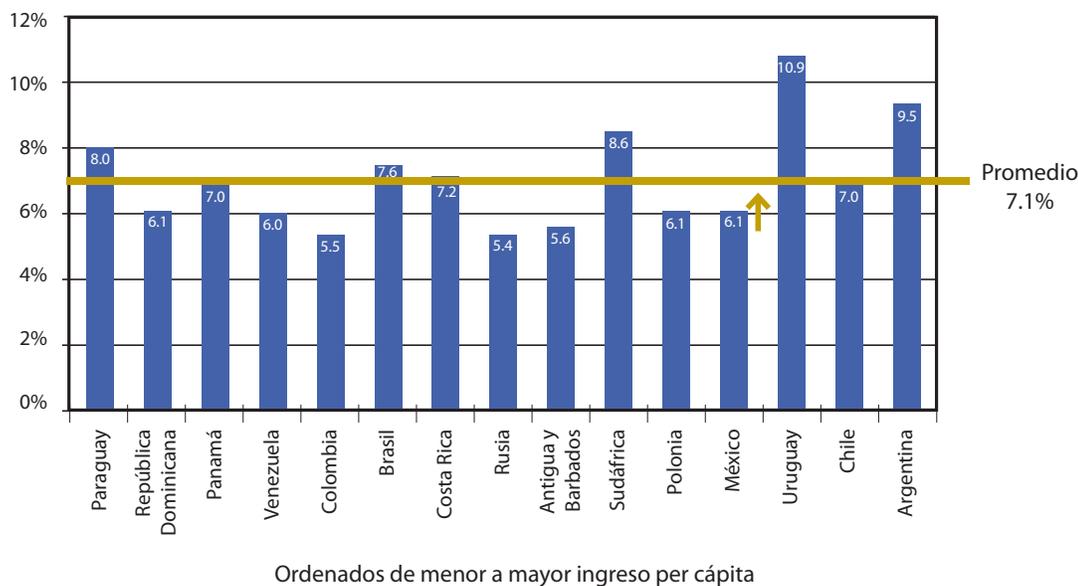
La mayor parte del gasto en seguridad social es ejercido por el IMSS. Las entidades federativas y los gobiernos municipales son quienes más aportan al gasto asistencial, vía el ramo 33. El gasto privado es casi en su totalidad pago de bolsillo y se distribuye en forma creciente a lo largo de los 10 deciles de ingreso, es decir, en todos los deciles hay gasto de bolsillo en salud, aunque la proporción con respecto al gasto de los hogares varía considerablemente de un decil a otro y de un año a otro.

IMSS	105,859,633,368
ISSSTE	16,756,676,128
PEMEX, SEDENA, SEMAR Y OTROS	8,260,466,707
-PEMEX	5,590,506,705
-SEDENA	1,991,155,901
-SEMAR	678,804,101
-Otros	-----
Gasto del sector asegurado	130,876,776,203
No derechohabientes	59,875,265,341
- SSA (Ramo 12, incluye IMSS-Oportunidades)	19,156,064,341
- Aportaciones federales para entidades federativas y municipios (Ramo 33)	31,163,370,000
- Aportaciones estatales	9,555,831,000
Gasto del sector público	59,875,265,341
Gasto del sector asegurado y público	190,752,041,544
Gasto privado estimado*	220,351,496,266
Gasto Nacional Proyectado	411,103,537,810
PIB de México en 2003 estimado	6,595,600,000,000
Gasto público en salud como proporción del PIB	2.89
Gasto privado estimado* como proporción del PIB	3.34
Gasto total estimado en salud como proporción del PIB	6.23

*El gasto privado se estima como el 53.6% del gasto total en salud.

Fuente: Informe sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2002-2003, IMSS

Figura 4. Gasto total en salud como porcentaje del PIB para países con PIB per cápita similar



Fuente: La información relacionada con estadísticas de niveles de salud y gasto relacionado con la salud proviene de la información en línea de la Organización Mundial de la Salud, quien asegura que las cifras son comparables; aunque no necesariamente coincidan con las estadísticas oficiales de los países, que pueden usar métodos alternativos. El PIB per cápita se obtuvo de datos presentados en línea: Dowling, Mike., *Interactive Table of World Nations*, disponible en <http://www.mrdowling.com/800nations.html>; Internet, Julio 12, 2002.

COMPARACIÓN INTERNACIONAL DEL GASTO EN SALUD

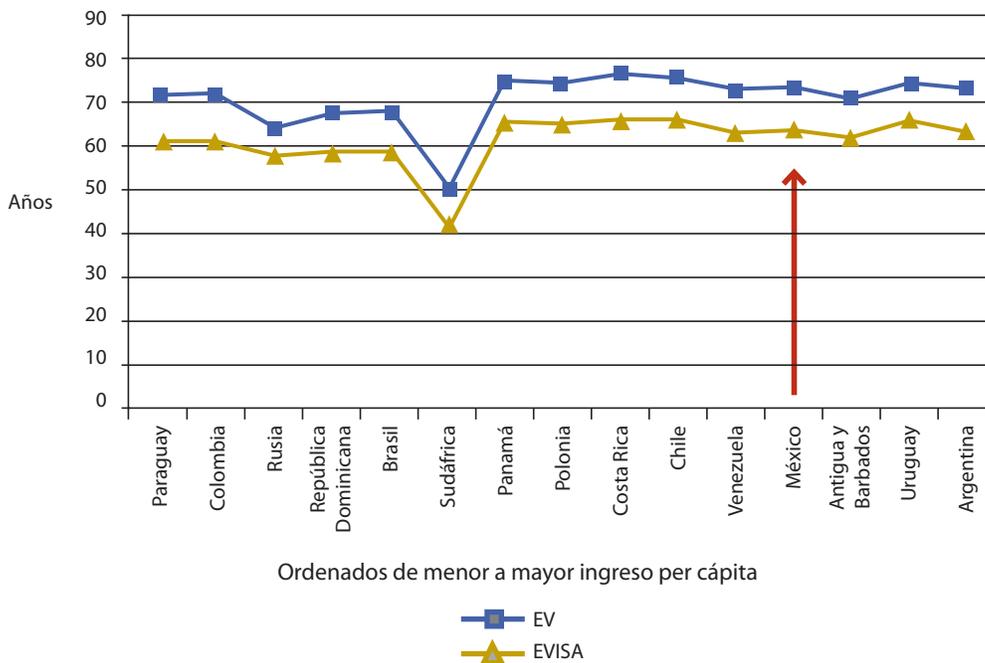
Además de analizar la composición del gasto en salud en México, de acuerdo con sus fuentes, es útil comparar el monto con el que se asigna en otros países de ingreso per cápita similar.

Como se observa en la figura 4, México gasta el 6.10 por ciento de su PIB en salud. Esta cifra es inferior a la que gastan países con un PIB per cápita menor, como Paraguay, Panamá, Brasil y Costa Rica, de acuerdo con cifras de la OMS. Las cifras de países con un ingreso per cápita más

bajo, evidencian que sin importar lo pobre que sea un país, la cantidad que destina de su producto interno bruto al gasto en salud puede ser mayor. Adicionalmente, la gráfica muestra cómo países con un PIB per cápita cercano al de México, pero mayor, también gastan en salud, como porcentaje del PIB, más que México. Aunque intervienen innumerables factores en la determinación del monto que se destina a salud, en cada país, se puede concluir que México está gastando poco.

Si comparamos el desempeño de los sistemas de salud, a partir de los índices de Esperanza de Vida Saludable (EVISA) y la Esperanza de Vida, podemos observar que aunque México

Figura 5. Esperanza de vida y EVISA para países con PIB per cápita similar



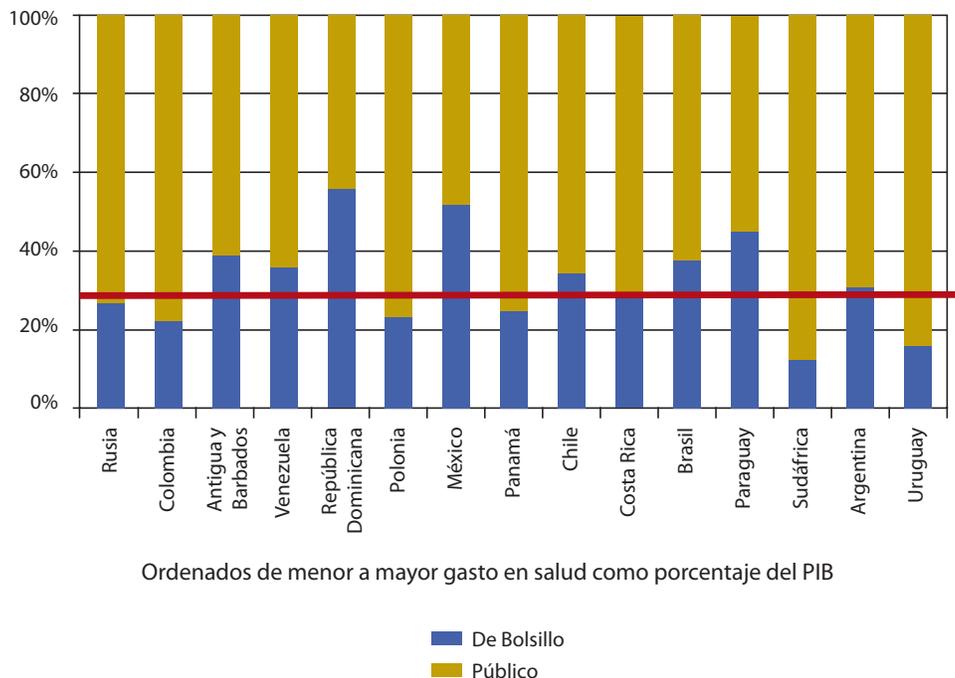
Fuente: La información relacionada con estadísticas de niveles de salud y gasto relacionado con la salud proviene de la información en línea de la Organización Mundial de la Salud, quien asegura que las cifras son comparables; aunque no necesariamente coincidan con las estadísticas oficiales de los países, que pueden usar métodos alternativos. El PIB per cápita se obtuvo de datos presentados en línea: Dowling, Mike., *Interactive Table of World Nations*, disponible en <http://www.mrdowling.com/800nations.html>; Internet, Julio 12, 2002.

está ubicado en una buena posición entre los países de ingreso per cápita similar, hay países con un gasto en salud per cápita menor que tienen mayor Esperanza de Vida y mayor EVISA, como Panamá, Costa Rica y Chile, (figura 5). La EVISA en México es de 65.5 años, que es un mejor resultado que los que obtienen Colombia, Brasil y Paraguay. En cuanto a la Esperanza de Vida, en México sobrepasa los 70 años, con 74.4 años, lo cual representa un mejor desempeño que la República Dominicana y Brasil. Sin embargo, Costa Rica y Chile, que tienen un menor

gasto en salud per cápita, tienen una Esperanza de Vida mayor.

El desempeño de México, de acuerdo con estos indicadores, puede considerarse como bueno. Los promedios (sin incluir Sudáfrica) del grupo son una Esperanza de Vida de 72.74 años y una EVISA de 63.67 años; México se encuentra por arriba del promedio en ambos casos. Sin embargo, si consideramos que hay países con menor gasto en salud per cápita y mejores resultados en estos indicadores, es probable que el gasto en salud de México sea ineficiente, en comparación con el de estos países.

Figura 6. Gasto de bolsillo y gasto público en salud para países con PIB per cápita similar



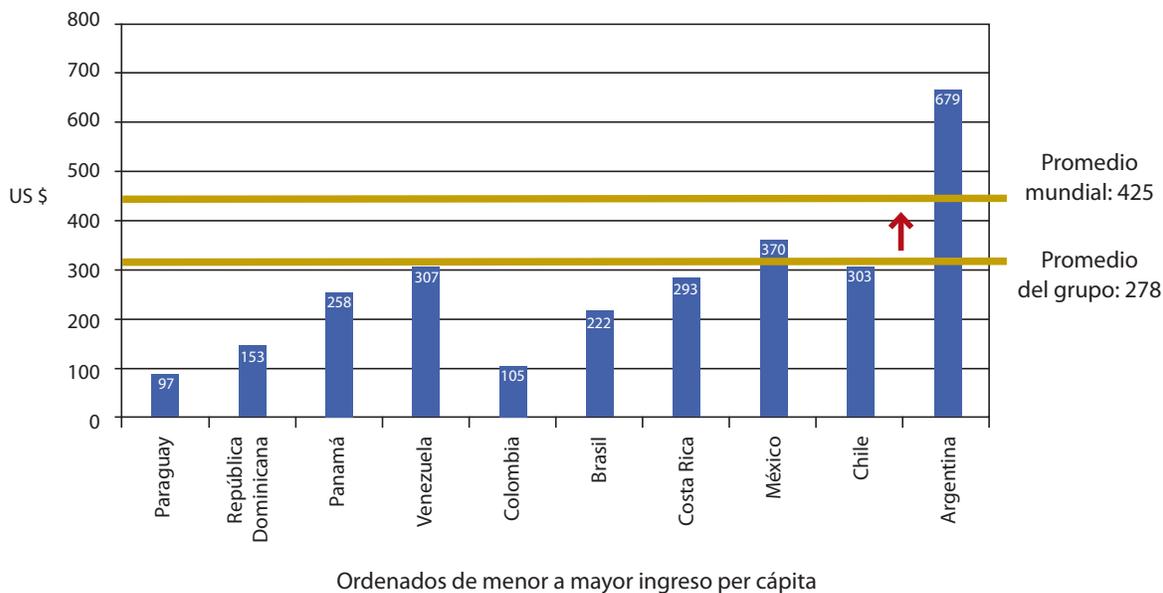
Fuente: La información relacionada con estadísticas de niveles de salud y gasto relacionado con la salud proviene de la información en línea de la Organización Mundial de la Salud, quien asegura que las cifras son comparables; aunque no necesariamente coinciden con las estadísticas oficiales de los países, que pueden usar métodos alternativos. El PIB per cápita se obtuvo de datos presentados en línea: Dowling, Mike., *Interactive Table of World Nations*, disponible en <http://www.mrdowling.com/800nations.html>; Internet, Julio 12, 2002.

En lo que se refiere al gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total, México se ubica muy por encima del promedio de los países con PIB per cápita similar. La figura 5 muestra cómo países con menor y con mayor gasto en salud como porcentaje del PIB tienen un gasto de bolsillo muy por debajo del de México. El gasto de bolsillo, como se ha explicado a lo largo de este documento, es profundamente inequitativo, por lo que debe continuar el esfuerzo por disminuir ese tipo de gasto e incrementar el pago anticipado.

La sustitución del gasto de bolsillo de las familias por pago anticipado podría disminuir el gasto total en salud. Al estar protegidos, los hogares no tendrían que incurrir en gastos por evento que son generalmente altos y que incrementan su riesgo de tener gasto catastrófico o empobrecerse.

Si se incrementa el gasto público, que es bajo, como se ilustra en la figura 6, la incidencia en los niveles de salud y en la cobertura sería favorable. En particular, si consideramos la influencia específica que esto tendría en la existencia de gasto catastrófico entre los hogares más pobres.

Figura 7. Gasto total en salud per cápita para países con PIB per cápita similar



Fuente: La información relacionada con estadísticas de niveles de salud y gasto relacionado con la salud proviene de la información en línea de la Organización Mundial de la Salud, quien asegura que las cifras son comparables; aunque no necesariamente coincidan con las estadísticas oficiales de los países, que pueden usar métodos alternativos. El PIB per cápita se obtuvo de datos presentados en línea: Dowling, Mike., *Interactive Table of World Nations*, disponible en <http://www.mrdowling.com/800nations.html>; Internet, Julio 12, 2002. Se usa el gasto total en salud per cápita en dolar internacional (\$)

Por último, en la figura 7 se muestra que aunque el gasto total en salud en México es mayor que el de muchos de los países con ingreso per cápita similar, es aún inferior al promedio mundial.

En conclusión, la estadística descriptiva avala la necesidad de profundizar en el análisis de las siguientes hipótesis relacionadas con el monto, la eficiencia y la equidad en el gasto en salud en México.

- México gasta poco: según los datos presentados, México es un país que debería gastar más en salud como porcentaje del PIB, para el nivel de ingreso per cápita que reporta;
- México gasta ineficientemente: según se observa en las figuras, México debería tener mejores indicadores de desempeño del sistema, como la EVISA y la Esperanza de Vida, para el nivel de gasto en salud per cápita que ejerce;
- México gasta inequitativamente: a partir del análisis comparativo se ve que México debería tener un menor gasto de bolsillo en salud, tanto para el nivel de ingreso per cápita como para la proporción de gasto en salud que ejerce.

Aunque estas hipótesis requieren de un estudio en el que se considere la interrelación de múltiples factores que aquí no se han abordado, la información mostrada es relevante en tanto representa el punto de partida para el análisis.

En la siguiente sección se presenta un análisis sobre el nivel de gasto en salud en México y las ventajas que se derivarían del incremento del mismo.

¿CUÁNTO DEBE GASTAR MÉXICO EN SALUD?

El criterio que aquí se utiliza para determinar el monto que debe asignarse al gasto en salud en México se basa en la búsqueda del punto de equilibrio entre el costo marginal social y el beneficio marginal social. Para lograr ese propósito, se mostró la importancia de disminuir la brecha entre las necesidades de salud y los servicios de salud. Sin embargo, en esta sección no se hará el análisis de la rentabilidad social del gasto en salud.

Existen diversos factores que influyen en la decisión de cuánto gastar en salud. Entre otros, debe considerarse la relación entre el sector salud y otros sectores que participan en la política social y cuyos objetivos están relacionados, como el sector educativo, el de combate directo a la pobreza, el que dirige el desarrollo de vivienda y el que se encarga de la provisión de servicios públicos básicos.

En esta sección se presentan algunos aspectos relacionados con la brecha que existe entre las necesidades de atención a la salud y la demanda de servicios de salud en México. Además,

se muestra un análisis estadístico para concluir si el nivel de gasto actual es el adecuado, de acuerdo con un criterio específico: la relación entre el gasto en salud y algunos indicadores de desempeño del sistema.

La falta de acceso a servicios de salud está relacionada con múltiples factores, que no necesariamente están vinculados con la pobreza. La exclusión a menudo está asociada con la falta de capacidad de las personas para identificar sus necesidades de salud o establecer prioridades. Esto ocasiona que las necesidades de salud no sean reflejadas en la demanda de servicios de salud.

En ocasiones, aunque desempeñan alguna actividad económica, las personas no perciben un ingreso monetario, sino que obtienen pagos en especies o realizan intercambios con otras personas que se encuentran en una situación similar.

Otro factor que incide en la falta de acceso a servicios de salud está vinculado con la rigidez de los esquemas de aseguramiento. Muchos de ellos obligan al afiliado a realizar un pago fijo mensual, y esto inhibe a la gente a participar. Las personas pueden ser adversas a contraer compromisos de ese tipo, sobre todo debido a que su ingreso es, en muchos casos, irregular.

Un tercer factor es que quienes están en la economía informal tiene pocos incentivos para asegurarse en salud. Además de que rehuyen a los compromisos estables, con frecuencia no son conscientes de la importancia de proteger su salud.

Los factores mencionados explican, en buena medida, por qué las necesidades de salud no siempre se expresan como demanda de servicios de salud. También describen por qué el vínculo entre los servicios de salud y el aseguramiento en salud no se explica *a priori*, ya que la demanda se materializa como transacciones por evento entre

el paciente y el doctor, mientras que el aseguramiento en salud se realiza mediante un intermediario financiero.

La demanda por servicios de salud (que es distinta de la demanda por aseguramiento de la salud) no refleja por sí misma un orden estricto de prioridades. El sector formal y el sector informal comparten el hecho de que la demanda y las necesidades no son idénticas en salud. Entonces, una descripción más precisa de la situación que se halla implícita en la falta de un mercado requeriría del examen de la interacción de tres parámetros: necesidad, demanda y oferta, (figura 8)

Según David M. Dror y Alexander S. Preker, se puede distinguir siete zonas diferentes, donde cada una representa un equilibrio en interacciones de mercado. Estas zonas son particularmente válidas cuando los servicios de salud son parciales y severamente racionados.

Zona 1. Necesidades no detectadas y no atendidas. Esto puede incluir bienes públicos con amplias externalidades que la población no demandaría.

Zona 2. Necesidades en demanda pero con mercado inadecuado para ofrecer los servicios. Esto podría ocurrir, por ejemplo, en áreas de bajo ingreso y de baja densidad demográfica, donde el costo de transacción de los servicios puede ser mucho mayor que las ganancias potenciales, lo cual traslada algunos de los costos operativos a los proveedores.

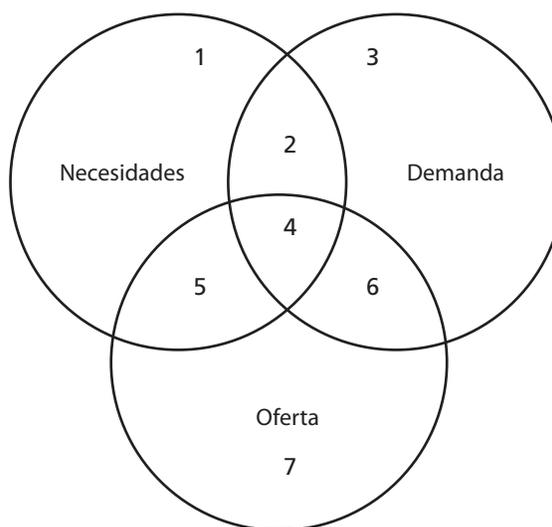
Zona 3. Demanda por servicios no disponibles que corresponde a preferencias de los consumidores, no a necesidades médicas urgentes. Tales servicios podrían incluir, por ejemplo, cirugía estética y médicamente innecesarias, servicios de diagnóstico excesivos.

Zona 4. Oferta adecuada y necesidades prioritarias para las cuales la población está dispuesta a pagar. Esta zona representa el área de actividad de esquemas de salud comunitarios. El balance ideal sería maximizar esta zona.

Zona 5. Necesidades, pero no demanda real. Esta situación a menudo ocurre en casos de enfermedades transmisibles, que tienen amplias externalidades pero poca demanda por prevención aún cuando el financiamiento público y la producción de servicios son adecuados.

Zona 6. Demanda inducida por la oferta, no relacionada a necesidades médicas reales o médicamente innecesaria o médicamente dañina. La promoción excesiva de servicios de diagnóstico estaría en esta situación.

Figura 8. Descripción esquemática: Interacción de las necesidades, la demanda y la oferta.



Zona 7. Oferta en exceso, pero sin necesidades ni demanda. Esto sucede con frecuencia en clínicas públicas de baja calidad, pobremente equipadas, en zonas rurales.

En conclusión, las deficiencias del mercado, la falta de mercado y el comportamiento de las personas ocasionan una brecha importante entre las necesidades y la demanda. El incremento en el nivel del gasto en salud debe estar coordinado con mecanismos que permitan identificar los servicios que la población requiere y buscar la intersección entre la oferta, la demanda y las necesidades (la zona 4).

A pesar de la dificultad para lograr la condición descrita, es recomendable incrementar el gasto.

La figura 9 ilustra la relación entre el gasto en salud y dos de los principales indicadores de desempeño de los sistemas de salud para varios países, incluyendo a México. El propósito es el de identificar si es conveniente para nuestro país el incrementar el gasto en salud, con base en estos criterios de desempeño.

De acuerdo con el análisis estadístico, existe una relación creciente, con tasa decreciente, entre el gasto en salud y la esperanza de vida y entre el gasto en salud y la esperanza de vida saludable. A partir de las representaciones gráficas y de las mismas relaciones en la experiencia internacional se desprende que México tendría resultados favorables en los indicadores de desempeño mencionados si se incrementará el gasto en salud.

Adicionalmente, si consideramos que el capital humano es uno de los factores más importantes para el crecimiento económico de cualquier país, podemos concluir que el gasto en salud no sólo incide en el bienestar de la población, sino en el crecimiento de la economía.

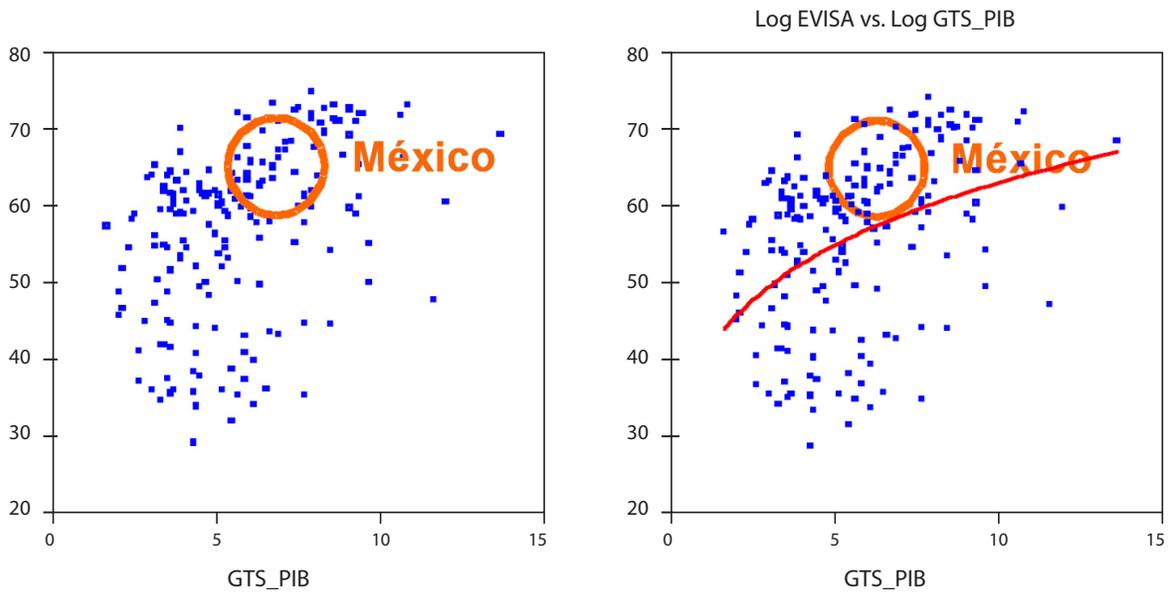
Para el análisis del crecimiento de la economía, puede considerarse al gasto en salud como inversión, debido a las implicaciones que éste tiene en la materia.

En las Cuentas Nacionales se considera el monto asignado a salud como gasto y no como inversión. Sin embargo, si hiciéramos un ejercicio en el que se considerara al gasto en salud y al gasto en educación como inversión en capital humano, obtendríamos que: la acumulación del capital humano en la economía es semejante a la acumulación en capital físico: Durante 1980-93 la inversión neta en capital físico registró un nivel promedio equivalente al 11.3 por ciento del PIB y la inversión en capital humano uno de 11.1 por ciento.⁴ La relación entre el gasto en salud y el crecimiento de la economía es clara: si se incrementa el gasto en salud (que toma mayor relevancia si lo analizamos con esta perspectiva de inversión), bajo un esquema que permita cerrar la brecha entre las necesidades y la demanda, habría un impacto positivo en la salud de las personas y en sus capacidades productivas. Como consecuencia, la economía crecería más y el impacto debería ser considerado, al menos, tan importante como el que se deriva de la inversión en capital físico para efectos de un análisis de crecimiento económico. Si incrementamos la inversión en capital humano (si invertimos más en salud), la tasa de crecimiento de la economía podría afectarse positivamente. En otras palabras, tardaríamos menos en alcanzar los objetivos de crecimiento.

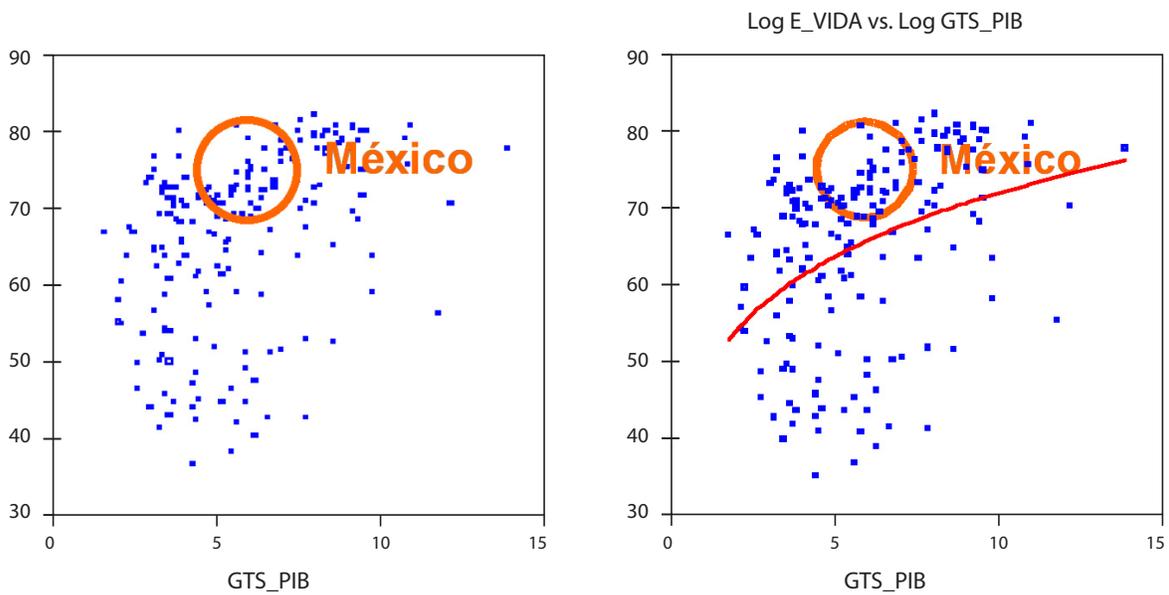
⁴ Inversión en capital humano y crecimiento. Tesis que presentó Héctor Robles para obtener el título de Licenciado en Economía del Instituto Tecnológico Autónomo de México, ITAM, en 1998

Figura 9. Relación entre el gasto en salud y la esperanza de vida y relación entre el gasto en salud y la esperanza de vida saludable

Gasto total en salud como porcentaje del PIB versus esperanza de vida saludable

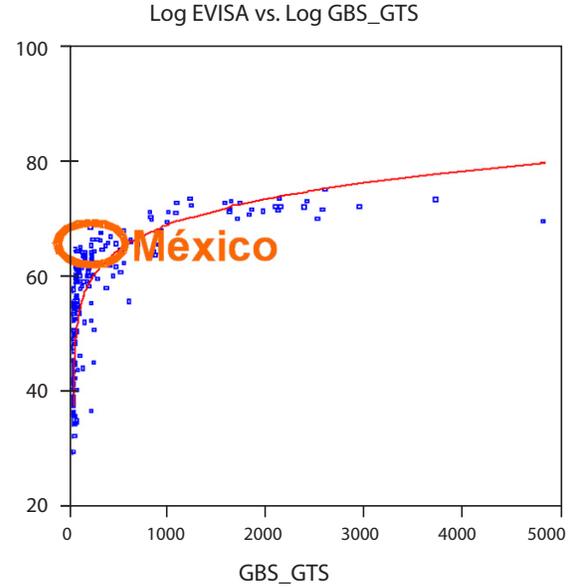
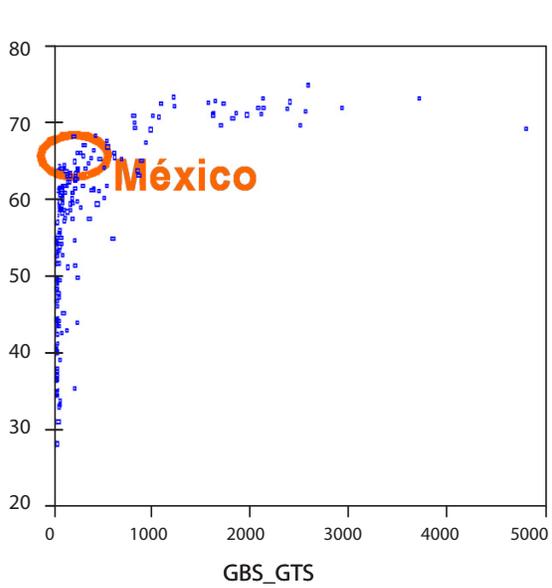


Gasto total en salud como porcentaje del PIB versus esperanza de vida

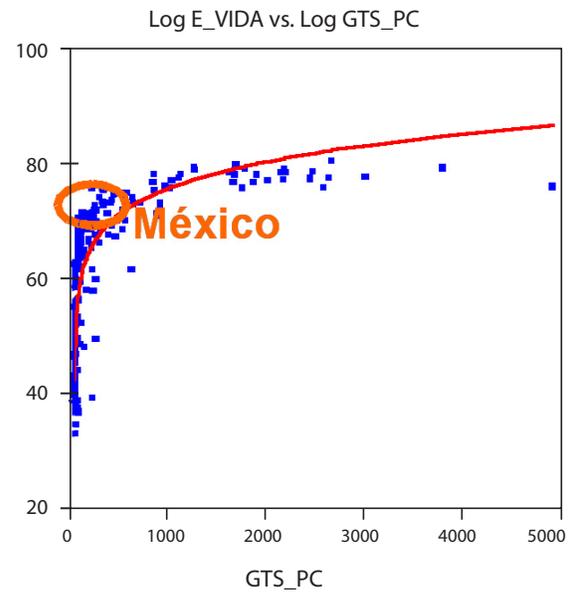
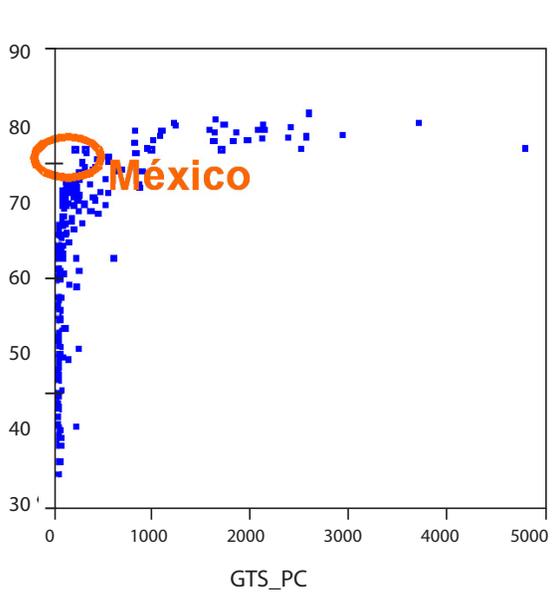


Continúa en la sig. página

Gasto total en salud per cápita versus esperanza de vida saludable



Gasto total en salud per cápita versus esperanza de vida



V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL DISEÑO DEL SISTEMA DE FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN MÉXICO

En este trabajo se han analizado los aspectos más relevantes del proceso de financiamiento a la salud desde una óptica conceptual así como a partir de la realidad concreta de nuestro país. El propósito central fue contar con elementos que permitan sustentar el diseño de un esquema óptimo de financiamiento para México y, a partir de él, formular una estrategia que oriente las acciones de corto y mediano plazo.

La meta general es la de establecer un auténtico sistema nacional de salud que atienda a toda la población asegurando su viabilidad financiera en el mediano plazo.

En este contexto es importante reconocer que el proceso de financiamiento, cualquiera que sean sus características, tiene repercusiones en materia de equidad y de eficiencia. Por ello, a partir de estos dos criterios se buscó establecer el papel que debe desempeñar el gobierno federal y, frente a él, los gobiernos locales. Del mismo modo se analizó el papel que le corresponde al sector público y frente a él al sector privado. Por último, cabe señalar que el proceso de financiamiento se estudió atendiendo a las tres etapas en las que puede descomponerse: la recaudación, la mancomunación de riesgos (creación de un *pool* de riesgos) y la contratación.

Una de las premisas fundamentales para el presente estudio es que el gasto en salud constituye una inversión en capital humano y por ello, además de beneficiar directamente a las personas en su estado de salud, se convierte en un factor para la promoción del crecimiento económico y el desarrollo social. Desde esta óptica, resulta importante estudiar tanto la estructura y proceso de financiamiento como el monto del financiamiento, es decir, el monto de recursos que una economía debe canalizar al sector de la salud.

En este caso, tanto el análisis conceptual como la evidencia internacional apuntan a la necesidad de aumentar el volumen total de recursos con relación al esfuerzo que actualmente despliega el país sin establecer una cifra numérica exacta.

MODELO GENERAL

Por la naturaleza de este proyecto, el análisis arrojó conclusiones sobre diversos aspectos concretos de los elementos que integran un esquema de financiamiento. Con estos elementos sería posible diseñar distintos modelos de financiamiento que contribuyeran a mejorar las condiciones de equidad y eficiencia que imperan actualmente en nuestro país. A continuación se describe el modelo que se considera más conveniente. Es evidente que este modelo no puede instrumentarse de manera inmediata y que, por lo tanto, su descripción sirve más para orientar las acciones que deban tomar las autoridades en el corto y mediano plazo.

La esencia de este modelo es la de integrar un sistema único nacional, es decir, un sistema que cubra a toda la población, que sea financiado con las aportaciones de toda la población y que ofrezca los servicios médicos más costo-efectivos desde la perspectiva de toda la población.

En materia de recaudación, el modelo implica además de que todos los individuos (o las familias) estarían contribuyendo al financiamiento, que el monto de las aportaciones estuviese determinada en función de las características individuales: nivel de ingreso, edad y sexo así como de algunos otros factores que pudieran

incidir en el nivel de salud. Esta condición de universalidad puede cumplirse de dos maneras distintas: que toda la población contribuya con una cuota a un sistema nacional de salud o, alternativamente, que contribuya a la recaudación tributaria nacional y el sistema nacional de salud se financie con recursos públicos. Aun cuando no existen argumentos que señalen cuál de los dos mecanismos resultaría más eficiente, se recomienda un modelo con financiamiento público. La forma para llegar a él sería, en el corto plazo, ampliar la cobertura a la población que no se encuentra afiliada a alguno de los sistemas institucionales (por ejemplo a través del Seguro Popular de Salud o del Seguro de Salud para la Familia) y redefinir la cuota de aportación para homologar en todos los sistemas atendiendo a las características ya mencionadas.

En materia de mancomunación, un *pool* único de riesgo a nivel nacional supone la atracción de todos los recursos a un fondo único. De este fondo saldrían los recursos para cubrir los costos de atención de toda la población. En este caso, solamente podrían concebirse fondos independientes si por el número de afiliados a cada fondo, se pudiese estabilizar la varianza al mismo nivel para todos los fondos. La segmentación podría hacerse de dos formas: atender a poblaciones distintas o cubrir servicios distintos (por ejemplo, el primer nivel de atención médica). Si bien, por la magnitud de la población nacional es posible suponer que se lograría la estabilización de la varianza con poblaciones menores, se generan otros problemas más difíciles de resolver (regionalismo, canalización de recursos, equidad, etc.) y por lo tanto no se sugiere avanzar por esta ruta.

Como en el caso anterior, en el corto y mediano plazo, se propone un proceso de homolo-

gación de las primas y de los servicios entre los sistemas institucionales existentes con el objeto de lograr la eventual fusión de los fondos.

Por último, en materia de contratación, el establecimiento de un sistema único nacional también supone que la gama de servicios que se ofrezcan sean los mismos para toda la población.

Consecuencias generales:

- Se pierde el criterio laboral para la cobertura.
- El gobierno aporta igual para todos.
- Se realiza un esfuerzo concertado para afiliar a la población abierta.
- Se homologan aportaciones y beneficios.

Consecuencias específicas:

- Se desdibuja el papel del patrón en el financiamiento (mayor competitividad, menor evasión, mayor equidad, se fomenta el sector formal de la economía).
- Los gobiernos estatales aportan.
- Otras.

ANEXOS

RIESGO MORAL

El efecto del riesgo moral se puede ilustrar utilizando una versión simplificada del análisis de Pauly (1968). Consideremos la figura A1, en la que puede haber sólo dos estados de salud, uno bueno y uno malo. En el bueno, no se requieren gastos en salud. En el malo, habrá una demanda por atención médica, mostrada por la curva etiquetada con la letra D. La implicación es que conforme se provee más atención médica, más va a mejorar la persona enferma; pero, como en el caso de otros bienes, el beneficio marginal va a disminuir conforme incrementa la cantidad. Por simplicidad, se asume que la atención médica puede ser proveída a un costo marginal constante, denotado como C_{mg} . Si no hay aseguramiento, en caso de enfermedad la persona adquiriría E_0 unidades de atención médica a un costo total de $MC \cdot E_0$, ya que, para esa cantidad, el ingreso marginal sería igual al costo marginal.

El costo en eficiencia asociado al riesgo moral se muestra en la misma figura A1. Dado que el costo marginal de la atención médica es

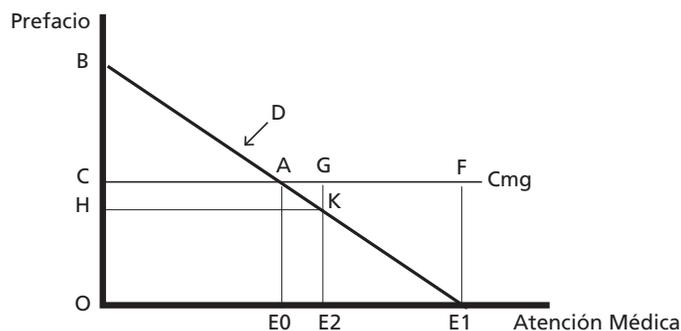
representado por la línea C_{mg} , y el beneficio marginal es ilustrado con la línea D, cada unidad de atención médica mayor que E_0 conduce a un estado en el que el costo es mayor que el beneficio en una magnitud igual a la diferencia vertical entre las dos líneas. Si cuantificamos esa magnitud para cada unidad entre E_0 y E_1 , el exceso total del costo sobre los beneficios en caso de enfermedad es igual al área AFE_1 . Esta área será mayor, y el costo asociado será mayor, conforme incrementa la elasticidad de la demanda por atención médica.

METODOLOGÍA PARA LA DEFINICIÓN DEL PAQUETE ASEGURADO

La agrupación de intervenciones mejora el balance costo-efectividad de los servicios a través de mecanismos como los siguientes:

- Sinergias entre tratamientos o actividades de prevención; y,

Figura A1. Riesgo moral



- mejor uso de recursos especializados, por medio de la discriminación de pacientes en el primer nivel de atención, asegurando que sólo una pequeña parte de los casos puedan ser referidos a un nivel mayor donde los costos son más altos.

La selección de intervenciones que se requiere para formar un paquete básico, puede realizarse en tres etapas:

- La primera es un análisis cuantitativo de la carga de la morbilidad, de preferencia a través de un indicador único. Normalmente las pérdidas ocasionadas por la discapacidad o la mortalidad prematura se estimarían mediante un desglose de las causas inmediatas (enfermedades), el sexo y edad;
- la segunda es el análisis costo-beneficio de las intervenciones para luchar contra las enfermedades que provocan las mayores pérdidas en materia de salud; y
- la tercera es la selección de la lista de intervenciones que pueden practicarse sin exceder el presupuesto.

El paquete mejor diseñado es el resultado de la estimación de la carga de la enfermedad y del nivel de análisis del costo y beneficio de las intervenciones. La estimación de la carga total de enfermedad puede tomar un período largo aún contando con los datos de morbilidad y mortalidad. Si éstos faltan, podría estimarse mediante un método indirecto, usando aproximaciones de cargas de enfermedad regionales. Las estimaciones locales del costo de las intervenciones deben ser desarrolladas por lo menos para las interven-

ciones más importantes, lo cual puede llevarse a cabo en meses o años dependiendo de los datos de costos disponibles.

No todas las intervenciones así definidas pueden cumplirse en un plazo corto, sino que deben cumplir otros requisitos para su viabilidad, entre los que destacan:

- El sistema actual de salud debe practicar intervenciones prioritarias con un grado razonable de calidad;
- deben estar al alcance de toda o casi toda la población dentro del presupuesto proyectado; y
- las intervenciones seleccionadas deben tener aceptación política.

La decisión de diseñar el paquete de servicios deberá evaluarse periódicamente a la luz de la restricción presupuestal y de la evolución epidemiológica y demográfica del país, pues la demanda de servicios de salud crece constantemente debido a factores como:

- envejecimiento de la población, y generalmente se observa que las personas mayores se enferman más que los jóvenes;
- el estilo de vida moderno donde se da el consumo excesivo del tabaco, alcohol y grasa animal, aunado al sedentarismo y a la falta de ejercicio físico, desencadena enfermedades crónicas, principalmente cardiovasculares; y,
- las condiciones ambientales económicas de gran parte de la población no permite que ésta tenga acceso a otros bienes que repercuten en el estado de la salud.

APORTACIÓN DE LOS ESTADOS PARA EL FINANCIAMIENTO A SALUD

Tabla A1. Aportaciones para el financiamiento de la salud (miles de pesos 2001)

Entidad	Estatad	Federal
Estados Unidos Mexicanos	12,079,230.1	43,450,217.5
Aguascalientes	146,533.6	455,238.1
Baja California	0.0	724,675.3
Baja California Sur	12,863.0	306,434.0
Campeche	80,422.7	543,234.7
Coahuila	123,703.0	719,015.2
Colima	13,985.7	336,053.6
Chiapas	18,508.6	2,543,430.3
Chihuahua	12,000.0	1,110,958.5
Distrito Federal	2,730,043.2	4,337,133.1
Durango	6,754.1	843,632.3
Guanajuato	336,047.7	1,478,639.9
Guerrero	20,366.6	1,934,853.0
Hidalgo	37,134.0	1,471,102.1
Jalisco	1,150,426.1	2,171,404.9
México	3,611,686.0	5,662,752.9
Michoacán	51,462.5	1,516,484.9
Morelos	101,319.0	685,364.7
Nayarit	18,274.0	546,887.6
Nuevo León	214,010.8	911,785.3
Oaxaca	36,700.0	2,137,085.7
Puebla	221,656.8	1,981,591.6
Querétaro	35,000.0	638,030.0
Quintana Roo	98,110.5	498,948.8
San Luis Potosí	73,679.4	1,093,981.4
Sinaloa	227,758.1	950,347.6
Sonora	505,556.0	893,679.1
Tabasco	1,049,120.3	896,127.5
Tamaulipas	155,869.2	1,200,044.7
Tlaxcala	32,000.0	472,543.3
Veracruz	883,910.0	2,714,023.9
Yucatán	28,233.3	909,822.3
Zacatecas	46,095.9	764,911.2

Fuente: Salud: México 2001. Secretaría de Salud 2002.

Tabla A2. Aportaciones para el financiamiento de la salud

Entidad	Estatad	Federal
Estados Unidos Méxicanos	21.8%	78.2%
Aguascalientes	24.4%	75.6%
Baja California	0.0%	100.0%
Baja California Sur	4.0%	96.0%
Campeche	12.9%	87.1%
Coahuila	14.7%	85.3%
Colima	4.0%	96.0%
Chiapas	0.7%	99.3%
Chihuahua	1.1%	98.9%
Distrito Federal	38.6%	61.4%
Durango	0.8%	99.2%
Guanajuato	18.5%	81.5%
Guerrero	1.0%	99.0%
Hidalgo	2.5%	97.5%
Jalisco	34.6%	65.4%
México	38.9%	61.1%
Michoacán	3.3%	96.7%
Morelos	12.9%	87.1%
Nayarit	3.2%	96.8%
Nuevo León	19.0%	81.0%
Oaxaca	1.7%	98.3%
Puebla	10.1%	89.9%
Querétaro	5.2%	94.8%
Quintana Roo	16.4%	83.6%
San Luis Potosí	6.3%	93.7%
Sinaloa	19.3%	80.7%
Sonora	36.1%	63.9%
Tabasco	53.9%	46.1%
Tamaulipas	11.5%	88.5%
Tlaxcala	6.3%	93.7%
Veracruz	24.6%	75.4%
Yucatán	3.0%	97.0%
Zacatecas	5.7%	94.3%

Fuente: Salud: México 2001. Secretaría de Salud 2002.

ANÁLISIS COMPARATIVO INTERNACIONAL

Recaudación

El financiamiento equitativo es uno de los objetivos de los sistemas de salud, principalmente si éste se

basa en la contribución de los derechohabientes.

En la tabla A3 se observa que en los países con ingresos más altos, con excepción de Estados Unidos, el financiamiento del sistema no está ligado con las características socioeconómicas de las personas, lo que implica mayor equidad.

En la mayoría de los países, prevalecen diferencias en el acceso, calidad de los servicios, fórmulas

Tabla A3. Origen de los recursos

Canadá	Los fondos para el sistema se obtienen de los impuestos provinciales y federales.
Colombia	El financiamiento se basa en una contribución específica por cada trabajador asalariado que se recolecta en ocasión del pago del salario por organismos descentralizados, 2/3 partes de la contribución es abonada por el empleador y 1/3 parte es abonada por el trabajador. La contribución de cada afiliado es girada a una Entidad Promotora de Salud (EPS) para administrarlas y contratar a una Institución Prestadora de Salud (IPS). Además el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) administra los fondos que el Estado aporta para cubrir la atención de la población desempleada y sin aportes. Estos últimos fondos son administrados a través de Aseguradoras del Régimen Subsidiado (ARS) que contratan a las IPS para la prestación del servicio asistencial requerido.
Costa Rica	El financiamiento del seguro de enfermedades y maternidad es tripartito, con aportes sobre el salario por parte de los empleadores (9.25%), el Estado (0.25%) y los trabajadores (5.5%). En el caso de los asegurados voluntarios el trabajador aporta 13.25% y el Estado 0.25%.
Chile	El financiamiento público se distribuye entre el aporte fiscal para salud, las cotizaciones y copagos de las personas inscritas en el sistema público y los ingresos de operación. En 1999, esta distribución era de 54%, 39% y 7% respectivamente. A esto hay que agregarle los aportes directos de los municipios. El aseguramiento privado se efectúa mediante las cotizaciones de las personas inscritas en las Instituciones de salud previsual (ISAPRES). La nueva Ley que rige el funcionamiento del Fondo Nacional de Salud (FONASA) desde Diciembre de 1999, definió, que a partir de julio de 2004, ningún afiliado de ISAPRE tendrá acceso al llamado subsidio del 2%, el cual había sido establecido en la década de los años 80 como un subsidio para incentivar el traspaso de afiliados de FONASA hacia las ISAPRE. La cooperación financiera externa en salud que recibe Chile es marginal.
España	El sistema público de salud está financiado en un 80% por impuestos generales y el resto (20%) de contribuciones específicas a la seguridad social.
Estados Unidos	Medicare y medicaid se financian principalmente con impuestos generales mientras que los seguros del sector privado se financian con impuestos a la nómina, primas de los usuarios y pago por evento.
Holanda	El sistema está financiado principalmente con impuestos generales y en menor proporción con contribuciones de los asegurados.
Israel	El sistema se financia mediante primas obligatorias y progresivas, fondos del Instituto de Nacional del Seguro (impuestos de empleadores y trabajadores independientes), fondos del Ministerio de Salud y pagos de participación de consumidores. Los servicios de la canasta básica son financiados por un sólo impuesto, (<i>national health tax</i>) recaudado por el estado a través del Instituto Nacional del Seguro. Este impuesto es aportado como un porcentaje del ingreso mensual de todos los trabajadores. Por los desocupados el Estado aporta un porcentaje igual al de los trabajadores.

Canadá	Lugar 17-19; Índice: 0.974. No hay primas, los individuos no pagan y todos tienen acceso a los servicios establecidos. No hay deducibles, ni copagos, ni “montos tope” para la cobertura. Todos los habitantes tienen acceso (aunque enfrentan algunos problemas geográficos).
Colombia	Lugar 1; Índice: 0.992. Importantes problemas de accesibilidad para pobres y habitantes de zonas rurales. Las fallas en equidad se atribuyen a la localización geográfica y el nivel sociocultural de la población. La Ley 100 regula el prepago por ciertos servicios. Hay cierta institucionalización de la desigualdad con la co-existencia de dos sistemas paralelos que no ofrecen la misma atención.
Costa Rica	Lugar 64-65; Índice: 0.948. La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) debe proporcionar servicios a toda la población, pero cobra por los servicios a quienes no están asegurados.
Chile	Lugar 168; Índice: 0.864. En FONASA se realizan copagos en función del ingreso entre el 10 y 20% del valor de la prestación con facilidades de préstamos con bajo interés. Las ISAPREs incorporaron un Sistema de Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas con aportaciones adicionales de los cotizantes. Se fomentan los pagos por evento.
España	Lugar 26-29; Índice: 0.971. Se observan inequidades relacionadas con el doble aseguramiento (público-privado).
Estados Unidos	Lugar 54-55; Índice: 0.954. Las personas sin capacidad de pago tienen acceso limitado a los servicios o incluso no está disponible. También existen marcadas diferencias de cobertura de servicios médicos por grupo racial.
Holanda	Lugar 20-22; Índice: 0.973. Todos los residentes del país están cubiertos por un seguro nacional obligatorio, aunque con todos los esquemas existen pagos, copagos, pagos de bolsillo y deducibles.
Israel	Lugar 38-40; Índice: 0.964. Las fallas en la equidad se atribuyen a problemas raciales y religiosos.

para la contribución y otras reglas o condiciones que enfrentan los usuarios de distintos grupos o con diferentes características.

La tabla A4 muestra para cada país un índice que mide la equidad de la contribución financiera con base en la relación de la contribución financiera de un hogar con la contribución financiera promedio de los hogares. Un índice igual a 1 implica perfecta igualdad y cuando es igual a cero significa perfecta desigualdad. El lugar se refiere a la posición en que se encuentra cada país por orden descendente del índice. Colombia tiene el índice más alto, lo cual se debe a que el nivel general de ingresos de la parte de la población que contribuye a la salud es muy bajo.

El primer responsable de la salud de un país es el gobierno, quien generalmente es el rector del sistema sanitario. En general se observa una tendencia a que los gobiernos federales deleguen funciones a otros niveles de gobierno con el propósito de hacer más eficiente el sistema (tabla A5).

Tabla A5. Participación de los gobiernos federales y los gobiernos estatales

Canadá	Las autoridades federales, provinciales y territoriales comparten la responsabilidad de la atención sanitaria, se ha establecido una estructura que permite las consultas y la cooperación entre ellas. Esta estructura comprende la Conferencia de Ministros de Salud, la Conferencia de Viceministros de Salud, diversos comités de asesoramiento federales, provinciales y territoriales, y numerosos subcomités y grupos de trabajo establecidos para encargarse de temas que exijan un estudio más detallado. En la mayor parte de las provincias y territorios, la administración y el pago de los servicios médicos están a cargo del Ministerio de Salud o de algún otro organismo estrechamente vinculado con él. El Ministro de Salud de cada provincia o territorio es el responsable político del funcionamiento del sistema de atención de salud en su esfera de competencia.
Colombia	El sistema mantiene funciones separadas: Dirección (Consejo Nacional de Seguridad Social, Ministerio de Salud, Direcciones departamentales y municipales), Financiamiento a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), con cuatro subcuentas: de compensación interna del régimen contributivo, de solidaridad del régimen de subsidios en salud, de promoción de la salud, de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, Administración (EPS, ARS); Prestación de Servicios (IPS, ESE), y Vigilancia y Control (Superintendencia de Salud). De conformidad con las leyes 10 y 715 corresponde a los departamentos, distritos y municipios, las funciones de dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud por instituciones públicas, por contratación de servicios o por el otorgamiento de subsidios a la demanda. Los entes territoriales organizan el sistema de subsidios a la población más pobre y vulnerable, realizando contratos para la atención a los afiliados con las empresas promotoras de salud (EPS) de su territorio.
Costa Rica	El sistema de salud está compuesto de la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS), el Instituto Nacional del Seguro (INS), el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA) y el Ministerio de Salud (MS), quien asume la rectoría general del sistema de salud. El MS es parte del poder ejecutivo mientras que los otros participantes son entidades autónomas desconcentradas con recursos y estatutos propios. La CCSS, el INS y AyA recaudan fondos, la CCSS es la única prestadora de de servicios para atender enfermedades generales y maternidad.
Chile	El ministerio de salud (MINSAL) desarrolló una estrategia de descentralización (1980) que abarcó la descentralización del Servicio Nacional de Salud en 26 Servicios de Salud (hoy 28) y un Servicio de Salud del Ambiente en la Región Metropolitana, con personalidad jurídica y patrimonio propio, y la transferencia de los establecimientos de atención primaria a la administración municipal. A partir de 1990, se delegaron atribuciones a nivel de Secretarías Regionales Ministeriales, para ciertos contratos de personal (campañas sanitarias y otros) y para los procedimientos de Inversión Sectorial de Asignación Regional (ISAR). A finales de la década de los 90, se había logrado que un 40% de los fondos correspondieran a decisiones de inversión tomadas en el nivel regional. Aunque los límites de los Servicios de Salud no tienen una relación estricta con los niveles provinciales, sí los tienen en cuanto a los límites regionales. Se han transferido funciones, competencias y recursos para la planificación, la gestión y la toma de decisiones desde el nivel central al local y desde las direcciones de los Servicios de Salud hacia los hospitales. FONASA ha abierto oficinas regionales.
España	El instituto nacional de salud (INSALUD) es una organización gubernamental responsable de la administración de casi todas las instituciones públicas de salud en 10 de las 17 regiones. En las 7 regiones restantes el cuidado de la salud ha sido ampliamente descentralizado y los gobiernos regionales han creado sus propios sistemas de salud.
Estados Unidos	El manejo del sector salud es ampliamente descentralizado, involucrando muchos niveles de gobierno: federal, estatal, condado y ciudad. El papel del gobierno federal en la planeación ha sido mínimo. El Estado tiene control sobre el establecimiento de muchos programas de salud. El programa de medicaid varía considerablemente de un estado a otro y también dentro del mismo estado a través del tiempo.
Holanda	Los gobiernos de los estados o provincias están a cargo del funcionamiento de los hospitales y de la verificación del cumplimiento de las normas federales.
Israel	La Federación supervisa la calidad de los servicios de salud. La planificación es centralizada y se producen largas listas de espera. El Ministerio de Salud maneja la mayoría de los hospitales. La federación se ocupa de las políticas públicas, planeación, estándares y controles de calidad y el acervo de información.

Tabla A6. Clasificación de los sistemas de salud

Mancomunación	Cobertura Universal	Cobertura Parcial
Única	Reino Unido	Corea
Múltiple	Suiza	México

Mancomunación

En la mayoría de los países, el marco legal y regulatorio relacionado con el ámbito de la salud, sugiere la existencia de un sistema único. Sin embargo, en la práctica es común observar que los servicios de atención a la salud son accesibles sólo para algunos segmentos de la población y éstos dependen del lugar de residencia, condición laboral o nivel económico de modo que no se cumple con una cobertura universal efectiva, y por otra parte, es frecuente que los servicios de atención y aseguramiento los realicen diversas instituciones sin que exista un vínculo real de coordinación entre ellas.

Es por ello que los sistemas de salud resultan ser incompletos y segmentados. En términos de mancomunación por riesgo, los sistemas de salud pueden clasificarse como se muestra en la tabla A6.

Cabe señalar que la diversidad organizativa y administrativa antes mencionada, impidió establecer una clasificación robusta entre regímenes únicos y múltiples (tabla A7).

A nivel mundial se observa siempre la participación del sector privados en las funciones tanto de aseguramiento como prestación de servicios médicos, sin embargo ésta no es siempre coordinada por un rector (tabla A8).

Canadá	La Ley de Salud de Canadá de 1984 consolidó la legislación sobre seguro hospitalario y médico, y aclaró las normas nacionales generales a que deben ceñirse los planes provinciales para que puedan recibir fondos federales.
Colombia	Se cuenta con dos sistemas paralelos: Contributivo (para quienes tienen capacidad de pago o son asalariados) y Subsidiado (para quienes son pobres o desempleados y requieren aportaciones públicas).
Costa Rica	Aunque la Ley General de Salud establece que la salud es un bien público, es responsabilidad del Estado y toda la población tiene derecho a servicios de salud, la Caja Costarricense cubre a 80% de la población.
Chile	La Constitución del país otorga a los trabajadores la libertad de elegir entre dos modalidades del sistema de salud, la primera, de naturaleza pública la gestiona el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la segunda privada, está constituida por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).
España	Bajo la Ley General de Salud diversas instituciones públicas están integradas en el sistema nacional de salud, cuyas características básicas son: cobertura universal, portabilidad entre regiones, financiamiento público y organiza los servicios por niveles de atención.
Estados Unidos	No existe un sistema nacional de salud; Medicare y Medicaid pertenecen al sector público y los empleadores otorgan seguros colectivos de salud a sus empleados e través del sector privado. También a este sector compran seguros individuales.
Holanda	El sistema está perfectamente integrado. El sistema está formado por una serie de seguros regulados por la ley: los empleados y grupos con ingresos bajos cuentan con un seguro social público obligatorio (Health Insurance Act: presta atención hospitalaria indispensable, asistencia médica de familia y asistencia paramédica); existe un sistema de aseguramiento nacional obligatorio contra riesgos de salud crónicos y gastos catastróficos; hay seguros privados con diferentes modalidades.
Israel	Existe un sistema único de salud. Hay cuatro cajas de seguro médico comprehensivo, entre las cuales la población elige una obligatoriamente para recibir atención y puede cambiarla, si lo desea, cada 6 meses.

Canadá	Aunque las provincias y territorios proporcionan efectivamente algunas prestaciones adicionales, los servicios médicos suplementarios se prestan en gran parte gracias al financiamiento privado. El pago de los gastos de menor cuantía puede depender de los ingresos o de la capacidad de pago de cada persona. Los individuos y las familias pueden adquirir un seguro privado o aprovechar un plan de seguro colectivo para empleados a fin de cubrir una parte de los gastos derivados de los servicios médicos suplementarios. Con arreglo a casi todas las leyes provinciales, los aseguradores privados no pueden ofrecer una cobertura que duplique la que proporcionan los programas oficiales, pero pueden competir en el mercado de las prestaciones suplementarias.
Colombia	Existen 27 Entidades Promotoras de Salud (EPS) públicas y privadas que recaudan y administran los fondos públicos bajo la supervisión del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) que cuenta con un fondo de compensación para las EPS.
Costa Rica	Predomina el sector público. El sector privado es pequeño, un componente más del sistema y presta atención ambulatoria y comercializa productos farmacéuticos.
Chile	Es un sistema mixto con fondos y prestaciones públicos y privados. Se financia mediante impuestos, aportaciones obligatorias como porcentaje del salario, provisiones públicas y copagos. Las instituciones de salud previsional (ISAPRE) se encargan del aseguramiento privado, cuentan con prestadores privados, aunque en ocasiones contratan a los públicos, administran una cotización obligatoria y mediante primas complementarias mejoran los planes que ofrecen. El FONASA se encarga del aseguramiento público y actúa como reaseguro de las ISAPREs porque está obligado a recibir y no puede rechazar a quienes son excluidos de las ISAPRE.
España	El sector privado atiende a grupos de ingresos más altos. se estima que 80% del total de la atención a la salud es otorgada por los servicios públicos y el 20% por el sector privado.
Estados Unidos	Los servicios de salud están divididos entre los sectores público y privado. El proveedor más grande de servicios de salud es el sector privado compuesto de hospitales, doctores, dentistas, enfermeras, compañías aseguradoras y farmacéuticas.
Holanda	El sistema de salud está basado en un esquema de aseguramiento público y privado, ambos sectores están altamente integrados.
Israel	Hay una extensa cobertura médica, pública, a través de una red de hospitales, clínicas y centros materno-infantiles con muy alta calidad de cuidados. Hay algunos hospitales privados lucrativos y otros no lucrativos. La proporción del gasto en salud que es financiada privadamente es mayor que la de cualquier país europeo y el rol del financiamiento privado en Israel continúa creciendo.

Contratación

En los últimos años se ha marcado el interés por lo que la OMS ha denominado *Nuevo universalismo* que implica hacer llegar a todos una atención esencial de alta calidad, definida principalmente por criterios de eficacia, costos y aceptación social. lo cual lleva a seleccionar intervenciones de acuerdo a las prioridades particulares de cada país.

En diversos países se ha intentado hacer reformas con el objeto de unificar, ampliar o fusionar coberturas de seguros para lograr una mayor participación de riesgo, pero en la práctica ésto se ha conseguido en pocos países (tabla A9).

El establecimiento de prioridades, que requiere de conocer el perfil epidemiológico de la población, junto con el monto de recursos financieros disponibles, permiten a las autoridades sanitarias definir al aseguramiento de intervenciones básicas, esenciales o prioritarias que se han elaborado en varios países.

La experiencia de los países ha demostrado que la distribución de la atención primaria es casi siempre más beneficiosa para los pobres que la atención hospitalaria, lo que justifica la importancia que se asigna a aquélla como una forma de llegar a los menos favorecidos (tabla A10).

Tabla A9. Cobertura

Canadá	El seguro médico de Canadá, cubre los servicios hospitalarios y médicos necesarios, tanto de hospitalización como ambulatorios y clínicos, de todos los residentes. Ningún residente puede ser discriminado en función de factores tales como su ingreso, edad, lugar de residencia o estado de salud.
Colombia	Se da el problema de doble afiliación y aunque se busca que toda la población esté cubierta, en el 2002 el sistema de aseguramiento cubría el 63% de la población total.
Costa Rica	Por mandato constitucional la Caja Costarricense del Seguro Social debe cubrir a toda la población, sin embargo sólo cubre al 80% de la población. 10% está asegurado a través de subsidios estatales por ser población que está por debajo de la línea de pobreza y 10% de la población que en caso de necesitar atención médica pago directamente por ella.
Chile	El tipo de afiliación depende, principalmente, del esquema laboral. Las personas pueden elegir entre el FONASA y las ISAPREs. La cobertura global del FONASA en el año 1999 fue de 62% de la población chilena, mientras que la de las ISAPRE fue de 22%. El 16% restante corresponde a grupos con sistemas particulares (como las Fuerzas Armadas) o no pertenecen a ningún sistema.
España	Se ha estimado que las comunidades autónomas cubren al 62% de la población, mientras que las comunidades bajo control federal cubren 38% de la población.
Estados Unidos	Aproximadamente 70% de población está cubierto por un seguro de salud privado. El gobierno federal el principal prestador de servicios médicos a militares (a través del departamento de defensa), veteranos, nativos, presos y mayores de 65 años discapacitados. Aproximadamente 14% de la población, en 2000, no estaba cubierta por ningún seguro de salud.
Holanda	Toda la población está cubierta por un seguro nacional obligatorio para enfermedades crónicas y gastos catastróficos. Parte de la población tiene seguro de gastos médicos normales y sólo la población con nivel de ingresos altos puede adquirir un seguro de gastos médico suplementarios.
Israel	Todos los residentes deben estar asegurados por una de las cuatro cajas de seguro social autorizadas.

Canadá	Hay un seguro hospitalario y de atención médica pública completa (atención preventiva, clínica, ambulatoria y hospitalaria). Se excluyen los servicios de odontología, podología, quiroprácticos, optometristas, psicólogos, asistencia a enfermos en el hogar, cuidados a adultos mayores, artículos personales y medicamentos fuera del hospital.
Colombia	Bajo el esquema contributivo, están cubiertas casi todas las enfermedades, incluyendo las ruinosas y catastróficas, y se puede hacer uso de cualquier Institución Prestadora de Servicios (IPS), pública o privada. Bajo el esquema subsidiado, no están cubiertas gran número de patologías, prácticamente sólo cubre el primer nivel de atención y sólo pueden utilizarse IPS públicas.
Costa Rica	Los servicios del seguro de enfermedades y maternidad incluye programas de atención enfocada a niños, adolescentes, mujeres, adultos y ancianos, a través de cuidados hospitalarios, servicios de soporte para diagnóstico y terapia, medicinas y atención dental.
Chile	La atención básica de salud cubre al 100% de la población. La oferta para prestaciones complejas y de algunas especialidades es aún insuficiente para cubrir la emergente demanda por lo cual existen problemas en la oportunidad del acceso y de listas de espera.
España	En general, ofrece un paquete bastante completo. Hay una canasta básica que excluye atención odontológica y parte de las medicinas.
Estados Unidos	Cada tipo de seguro tiene sus propios planes de salud, los cuales varían de acuerdo a su costo.
Holanda	Los servicios de atención primaria son accesibles para todos los residentes.
Israel	Cuentan con una canasta básica de servicios definidos que incluye prescripción y servicios dentales preventivos, la cual es uniforme para toda la población y sólo puede ser modificada por el parlamento. Las cajas de seguro de salud pueden ofrecer seguros complementarios para cubrir los servicios de salud no incluidos en la canasta básica.

Editores

Felicia Marie Knaul

Stefano M. Bertozzi

Héctor Arreola-Ornelas

En 2004, como contribución a las reformas en salud que se llevan a cabo actualmente en México, América Latina y en todo el mundo, la Secretaría de Salud, el Ministerio de Protección Social de Colombia y la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) organizaron la conferencia internacional Innovaciones en el Financiamiento de la Salud con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la fundación México en Harvard, con el fin de ofrecer un foro para el intercambio de experiencias entre diferentes países en la implementación de estrategias alternativas para conseguir un financiamiento justo, equitativo y sustentable de la salud. La conferencia se dedicó a la memoria del Doctor Juan Luis Londoño de la Cuesta, figura central a nivel mundial en el debate sobre la reforma de los sistemas de salud, quien tuviera a su cargo el Ministerio de Protección Social de Colombia hasta su prematura muerte en febrero de 2003.

En seguimiento al seminario y con el apoyo financiero de la Organización Mundial de la Salud nace esta serie de divulgación académica por parte de FUNSALUD y el INSP, con el afán de difundir los resultados de la conferencia y contribuir a estimular el debate sobre el tema del financiamiento de la salud. Se espera que la serie sirva para dar a conocer nuevas propuestas de investigación encaminadas a la reforma del sistema de salud.

**Innovations in
Health Financing**

**Innovaciones en el
Financiamiento de la Salud**

Working Paper Series

Serie de Documentos de Trabajo



ISBN: 968-5661-40-5