

Con opacidad y financiamiento insuficiente, la salud se desvanece

por **Pamela Flores, Sofía Charvel y Fernanda Cobo**

Los recursos del sector salud han tenido una caída alarmante en los últimos años. Más que nunca se necesitan políticas sostenibles y estrategias de financiamiento para no dejar a la deriva a cincuenta millones de mexicanos sin acceso a los servicios sanitarios.



Cuántos recursos se requieren para cubrir las necesidades de salud de toda la población en México? La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sugerido que cada país debería invertir alrededor del 6% de su producto interno bruto (PIB) en salud. Entre 2010 y 2022, México solo ha destinado, de gasto público, entre el 2.5% y el 2.9% de su PIB anual, esto es menos de la mitad de la recomendación internacional.¹ Bajo estos parámetros, nuestro país se encuentra muy lejos de tener un nivel de inversión óptimo que garantice servicios de salud para todas las personas en territorio nacional. La actual administración en su Proyecto de Nación 2018-2024 mencionó que incrementaría en, por lo menos, el 1% la inversión en el rubro de salud.² Sin embargo, a pesar de los aumentos en el gasto, el financiamiento se ha visto cada vez más limitado por la ineficiencia de su gestión y las necesidades de la población continúan desatendidas. Actualmente existe un especial rezago en el financiamiento de la atención a enfermedades de especialidad (tercer nivel) como el cáncer. En este artículo exploramos los retos que enfrenta el sistema de salud en materia de financiamiento y la viabilidad del financiamiento actual a largo plazo.

¿A qué nos referimos con financiamiento en salud?

El financiamiento es una de las funciones esenciales de los sistemas de salud. Cuando su estructura y la distribución de los recursos es adecuada puede aumentar la cobertura y la protección financiera, es decir, lograr que todas las personas accedan a los servicios sin experimentar dificultades económicas. Una correcta distribución de los recursos determina los paquetes de beneficios: qué padecimientos y porcentaje de los costos están cubiertos, así como cuánta población puede acceder a los servicios y qué calidad tendrán estos. En consecuencia, cualquier reforma que pretenda lograr la cobertura universal en salud debe estar acompañada de

una revisión de los mecanismos de financiamiento, gasto y rendición de cuentas.

De acuerdo con la OMS, el financiamiento en salud se refiere a las políticas enfocadas en: 1) las fuentes de obtención de fondos, 2) la vinculación de ingresos, 3) la compra de servicios, 4) el diseño de los paquetes de beneficios, y 5) la rectoría de los cuatro elementos anteriores.³ La misma OMS recomienda emprender acciones concretas encaminadas al fortalecimiento de cada uno de estos componentes.⁴ Los países se enfrentan a desafíos como el bajo gasto gubernamental, la alta dependencia del gasto de bolsillo (pagos directos de los pacientes), el gasto ineficiente e inequitativo, y los inadecuados mecanismos de rendición de cuentas y transparencia en el uso de los recursos. En un sistema fragmentado como el mexicano los retos se acrecientan.

Retos en el financiamiento del sistema de salud mexicano

La estructura fragmentada del sistema genera que, además de acceder a instituciones con coberturas diferenciadas (por ejemplo, mientras que el ISSSTE cubre prótesis y órtesis, el IMSS no), cada subsistema tenga una estrategia de financiamiento distinta. Por lo que, para comprender los flujos de recursos es necesario analizar esquemas dispersos en la normatividad de cada instituto. La seguridad social se nutre del gasto público y de esquemas de prepago (cuotas obrero-patronales), pero el sistema diseñado para la población sin seguridad social depende completamente de las aportaciones de la Federación y de las entidades federativas, puesto que se eliminaron las cuotas familiares contempladas por el Seguro Popular que se tasaban con base en la capacidad de pago de cada

1 CIEP, “Gasto en salud y Objetivos de Desarrollo Sostenible”, Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, 2022 (www.ciep.mx/gasto-en-salud-y-objetivos-de-desarrollo-sostenible/).

2 Andrés Manuel López Obrador, *Proyecto de Nación 2018-2024*, 2018, p. 418.

3 Joseph Kutzin, Sophie Witter, Matthew Jowett y Dorjsuren Bayarsaikhan, *Developing a national health financing strategy: a reference guide*, OMS, 2017, p. 5.

4 Por ejemplo, mejorar la estabilidad y la predictibilidad de los flujos de financiamiento; consolidar las capacidades redistributivas de los recursos disponibles; reducir la fragmentación; simplificar los flujos financieros; aumentar el grado en que la asignación de recursos a los proveedores está vinculada a las necesidades de salud de la población y esclarecer los derechos y obligaciones de la población, así como alinear los beneficios que recibe la población con los mecanismos de financiamiento.

persona. La gratuidad de los servicios para ese sector de la población es deseable, pero —si no se acompaña de un incremento en la inversión y un uso eficiente de los recursos— los resultados pueden ser adversos y propiciar aún más desigualdad.

Tal como se adelantó, uno de los principales retos de México es el reducido gasto público en salud. La inversión, principalmente para atender a la población sin seguridad social, no permite alcanzar los objetivos de gratuidad, igualdad y universalidad. De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), México gasta alrededor del 6.2% del PIB en salud; en 2018, este indicador era equivalente al 5.5%. Aun con el incremento, México está entre los países de la OCDE con el menor gasto como porcentaje del PIB, incluso menor al promedio de gasto entre países de América Latina.⁵ Además, este indicador contempla no solo el gasto público, sino también el gasto privado, incluyendo el gasto de bolsillo y el trabajo en salud no remunerado. Tan solo este último valor representa el 1.6% del PIB.⁶ Aunado a ello, el gasto de bolsillo promedio por persona aumentó un 40%, al pasar de \$2,358 pesos en 2018 a \$3,299 pesos en 2020.⁷ Este efecto puede relacionarse, principalmente, con el incremento en el uso de consultorios adyacentes a farmacias, los gastos de las familias por el covid-19 y el desabasto de insumos.

Es claro que, para fortalecer la sostenibilidad del sistema, se debe pensar en mejorar los esquemas de financiamiento. El problema es precisamente determinar cómo se alcanzan los niveles óptimos de salud frente a recursos limitados y las enfermedades de la población. El 71% de la población adulta vive con obesidad (39%) o sobrepeso (32.8%); el 45.5% con hipertensión arterial y 15.8% con diabetes.⁸ Es preocupante que estos indicadores han aumentado y cada vez más personas viven con enfermedades crónicas por el abandono que existió al componente preventivo durante años.

¿Es el mismo gasto para todos?

El nivel de recursos con los que cuente una institución determinará no solo la calidad de los servicios, sino también la posibilidad de cubrir un mayor número de enfermedades y personas.⁹ Mientras que el gasto per cápita de Pemex supera los \$30,000, este mismo rubro para la población sin seguridad social se encuentra en tan solo \$3,694, en \$5,529 para el IMSS

y en \$5,682 para el ISSSTE.¹⁰ Por la tendencia actual, se podría esperar que el gasto per cápita del IMSS Bienestar OPD continúe en los niveles previos para la población sin seguridad social.

En tanto no se establezcan esquemas que permitan disminuir las brechas entre instituciones, será imposible alcanzar los mismos niveles de cobertura e igualar las oportunidades de acceso. Principalmente, existe un rezago en la inversión para la población sin seguridad social. Esto constituye un problema porque más de cincuenta millones de personas se encuentran dentro de este sector y además suele ser la población más vulnerable.

Población sin seguridad social: financiamiento insuficiente y sin trazabilidad

Las recientes reformas al sistema de salud se enfocaron, prioritariamente, en la población sin seguridad social. En relación con el financiamiento, el principal cambio fue la eliminación de las fórmulas de cálculo —basadas en el número de afiliados por entidad— para la distribución de los recursos y de las cuotas de recuperación. Estas cuotas eran pagos directos que realizaban los pacientes de acuerdo con un estudio socioeconómico y tabuladores progresivos. Esto quiere decir que, ahora, toda la atención para esta población es financiada por la Federación y los estados, por lo que depende completamente de la inversión pública.

Con la eliminación del Insabi, en mayo de 2023, el IMSS Bienestar OPD se posicionó como la institución a través de la cual se realizará la centralización de los servicios de salud de la población sin seguridad social. Es importante recordar que este es un nuevo organismo, independiente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y diferente del Programa IMSS Bienestar. De acuerdo con el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP), el gasto (253,131 millones) para atender a la población sin seguridad social, a través del IMSS Bienestar, representa solo el 0.81 por ciento del PIB, cuando lo ideal es que alcance tres puntos del PIB.¹¹

Ahora bien, para entender mejor algunas de las deficiencias, es importante analizar cómo se estructura el financiamiento del IMSS Bienestar OPD. Este tiene tres fuentes principales de recursos: 1) los que transfieran las entidades federativas, de acuerdo con los convenios de coordinación; 2) los que correspondan del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, y 3) los que transfiera la Federación, por medio del presupuesto de egresos. Aunque en primera instancia no parece problemático este diseño, la normatividad no es clara en determinar cómo se calcula cuánto presupuesto se requiere ni cuáles son las necesidades de la población, pues no tiene un paquete de beneficios explícito. Contrario a

5 OECD/The World Bank, *Health at a glance: Latin America and the Caribbean 2023*, OECD Publishing, París, 2023 (www.doi.org/10.1787/532b0e2d-en, p. 148).

6 Inegi, Cuenta Satélite del Sector Salud de México, 2021 (www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/CSSS/CSSS2021.pdf).

7 Alejandra Llanos Guerrero y Judith Senyacen Méndez Méndez, “Interrupción de los servicios de salud por covid-19. Implicaciones en el gasto de bolsillo”, CIEP, 2021.

8 Ensanut 2022, SNSP, 2023.

9 Para conocer más sobre la cobertura en salud, véase el artículo sobre cobertura de la serie.

10 Diego Badillo, “Pese a la pandemia, gobierno mexicano decide reducir gasto en Salud”, *El Economista*, 26 de febrero de 2023.

11 Judith Senyacen Méndez Méndez, “IMSS Bienestar: Estimación del impacto presupuestario”, CIEP, 2023.

lo recomendado por la OMS, el financiamiento no se calcula en relación directa con el número de población afiliada, ni con los beneficios a los que pueden acceder. Se promete cobertura universal de todos los padecimientos sin que la promesa se convierta en realidad. Por el contrario, la disminución en tasas de cobertura es un claro ejemplo de ello. De 2020 a 2022, según estimaciones del Coneval, la población sin acceso a servicios de salud creció de 35.7 a 50.4 millones de personas.

Además de las fallas en los parámetros para calcular los recursos, su distribución es confusa. Con la reforma de mayo de 2023 a la Ley General de Salud, se dispuso que los recursos que transferían las entidades federativas al IMSS Bienestar OPD serán concentrados en el Fondo de Salud para el Bienestar (Fonsabi) (artículo 77 bis 29). Estos se destinarán siguiendo lo que establezcan los convenios de coordinación con las entidades federativas y los lineamientos sobre su uso deberán describirse en las reglas de operación del fondo. Sin embargo, mientras no sean públicos los convenios, no se puede tener certeza sobre cómo se distribuyen los recursos. A partir de la redacción del artículo mencionado, se identifican dos posibilidades. La primera es que todo aquello que transfieran las entidades al IMSS Bienestar sea depositado en una “bolsa común” para otorgar servicios a la población del instituto, con independencia de su estado de residencia. En este caso, es relevante definir mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas que permitan seguir los flujos de uso del dinero. La segunda posibilidad es que los recursos que transfiere cada entidad solo puedan ser utilizados para atender de forma específica a la población de esa entidad. Frente a este supuesto, permanece el riesgo en equidad por la brecha existente entre la economía de los estados y permanecen los riesgos de un sistema fragmentado, como lo son las distintas calidades en la provisión de los servicios.

En cualquiera de los dos escenarios, se dificulta la trazabilidad y la fiscalización de los recursos que transfieran las entidades federativas, y se genera opacidad, la cual fue duramente criticada por la actual administración en el Seguro Popular. El manejo de los recursos no es congruente con los objetivos en salud porque continúa con la falta de transparencia e indicadores de resultados. Si bien, a través del IMSS Bienestar OPD, se buscó fortalecer la centralización de la atención, iniciada con el Insabi, lo cierto es que continúa con deficiencias en la forma en que se financia y se gasta, así como en la falta de divulgación de los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas. No tiene recursos suficientes y su estrategia dificulta su sostenibilidad en el mediano y largo plazos.

Abandono del tercer nivel de atención

En relación con la población sin seguridad social, hay un problema más grave. El financiamiento del tercer nivel de atención parece estar en el olvido. Es imprescindible tener recursos para atenderla porque miles de mexicanas y mexicanos ya viven con enfermedades o patologías de alta complejidad, y muchos otros muy probablemente las desarrollarán

ante la ineffectividad de las políticas de prevención en la salud. Desde que el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos se modificó para convertirse en el Fonsabi, su objeto fue también modificado para contemplar –además de la atención de enfermedades de alto costo– apoyo a la infraestructura y a la compra de insumos, así como para considerar la inflación en las aportaciones al fondo. La diversificación del objeto del fondo genera una reducción para la atención de enfermedades de alto costo que, por su especialidad y tratamiento, son impagables para la mayor parte de la población y, en el intento, empobrecen a las familias. Entre estas se encuentran cánceres, trasplantes, cuidados intensivos neonatales y enfermedades cardiovasculares.

El Fonsabi tuvo una reducción real del 44% de sus recursos en el periodo de 2019 a 2021, al pasar de 113 mil millones de pesos en 2019 a 64 mil millones de pesos en el segundo trimestre de 2021.¹² Dichos recursos han seguido disminuyendo y, para el tercer trimestre de 2022, solo quedaban disponibles 45.9 mmdp, menos de la mitad de lo que había al cierre de 2021.¹³ En total, las transferencias al Fonsabi promedian los 12 mil 900 millones de pesos; sin embargo, las salidas ascienden a 17 mil millones de pesos. En los últimos dos años, el 5% de los recursos se ha destinado al objeto del fondo (enfermedades de alto costo, infraestructura y compra de medicamentos); el 95% restante se transfirió al Insabi para gasto corriente o a la Tesorería de la Federación (Tesofe), donde, una vez más, se pierde el rastro del dinero.¹⁴

El uso de los recursos del fondo en otros fines y de forma discrecional proviene de una reforma al artículo 77 bis 17 de la LGS que permite su reintegro a la Tesofe cuando se sobrepasa un límite (32 mmdp). De los datos se extrae un recorte en la atención del tercer nivel, además de opacidad en la trazabilidad del dinero. Asimismo, con la propuesta de eliminación de las Normas Oficiales Mexicanas se pueden perder parámetros claros de calidad y exigibilidad de acceso a los servicios de salud. Adicionalmente, no debemos olvidar que fue justamente el fondo el que facilitó los recursos para la pandemia de la covid-19 ya que, con la reforma mencionada, se permitió el uso del remanente en la compra de vacunas y otros insumos. Ahora con la franca disminución que ha tenido el fondo ¿qué pasaría ante una nueva epidemia o pandemia?, ¿de dónde se sacaría dinero para enfrentar una nueva emergencia en salud?

Alternativas ante la desprotección financiera

Es indudable que el sistema se enfrenta a una crisis y se requiere una mayor inversión para garantizar la prestación

12 Fundar, “Fonsabi debe fortalecerse y ampliar su cobertura con el uso adecuado de recursos”, 2021 (www.fundar.org.mx/fonsabi-debe-fortalecerse-y-ampliar-su-cobertura-con-el-uso-adecuado-de-recursos/).

13 Mariana Campos y Jorge Cano, “El ocaso del Fonsabi”, *México Evalúa*, 2023 (www.mexicoevalua.org/el-ocaso-del-fonsabi/).

14 *Ibid.*

TABLA 1

Mecanismo	¿Qué implica?	Casos de éxito
Riesgo compartido	Instrumentos que vinculan el precio o financiamiento a los resultados económicos y sanitarios de intervenciones y tratamientos.	En España, la implementación de financiamiento basado en resultados ha permitido mejorar la calidad y promover el uso de tecnologías con mejor relación de costo-beneficio. Un ejemplo de este tipo de intervenciones fue el convenio entre un hospital en Granada y una farmacéutica para el uso de un medicamento para tratar la hipertensión pulmonar.
Asociación público-privada	Acuerdos en que parte de los servicios o labores que son responsabilidad del sector público es suministrada por el sector privado.	México ha tenido esquemas exitosos en esta materia como el convenio entre el Seguro Popular y el Fucam para la atención del cáncer de mama. La asociación permitió la atención de calidad de miles de pacientes. No obstante, este tipo de esquemas puede resultar en costos más altos si no son gestionados de forma transparente.
Diversificación de fuentes de ingreso	Implementar nuevos métodos para la obtención de recursos. Por ejemplo, a través de impuestos al tabaco, alcohol y/o alimentos poco saludables que se encuentren etiquetados para la atención de las enfermedades que ocasionan.	La mayoría de los países cuenta con este tipo de impuestos, un ejemplo es Estados Unidos. Sin embargo, puede mejorar su gestión y garantizar su destino, al menos de una parte a financiar la salud. La implementación de impuestos al tabaco es una de las políticas más costo-efectivas para reducir el uso del tabaco, disminuir las enfermedades asociadas y aumentar los recursos disponibles.
Revisión de las fuentes de financiamiento actuales	Destinar un porcentaje de la recaudación de impuestos como el IVA o el ISR a la salud o aumentar el monto de estos impuestos para asegurar un mayor porcentaje en salud.	Ghana financia su Plan Nacional de Seguro Médico por medio de un gravamen del 2.5% en el IVA. Esto ha permitido la disminución de pagos directos. De igual forma, Chile destina el 1% de lo recaudado a través del IVA.

Fuente: Elaboración con datos de la OMS, *La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*, 2010; y Paula Rojas García y Fernando Antoñanzas Villar, "Los contratos de riesgo compartido en el sistema nacional de salud: percepciones de los profesionales sanitarios", Madrid, *Revista Española de Salud Pública*, vol. 92, 4 de julio de 2018.

de servicios gratuitos. Sin embargo, obtener ese incremento requiere modificaciones estructurales en el gasto público, eficiencia en su uso y una mayor vigilancia. Por ello, es importante pensar en esquemas que permitan hacer más eficiente el uso de los recursos. La tabla 1 resume algunas de estas alternativas.

Reflexiones finales

En materia de financiamiento, el sistema de salud mexicano se enfrenta a muchos problemas. El gasto aumentó un 5.7% en términos reales en 2023, en comparación con lo asignado en 2022; a la par, más personas perdieron cobertura, un mayor número de recetas dejó de ser surtido, y el desabasto ha sido continuo. Lo anterior indica dos cosas: primera, el aumento del gasto en salud no se está utilizando adecuadamente y las compras se realizan sin planeación; segunda, posiblemente, más allá de la ineficiencia en la utilización del gasto en salud, también podría deberse a una incapacidad para ejercer el gasto como lo requieren las necesidades en salud de la población.

Si bien ningún país puede cubrir todas las enfermedades a toda su población de forma gratuita, se pueden considerar

distintas estrategias para fortalecer su sistema y mejorar la sostenibilidad de su financiamiento. En el caso mexicano, las últimas reformas requieren de un aumento en la inversión para garantizar la atención a la población sin seguridad social y cumplir sus objetivos. Sin embargo, pese a los aumentos en el presupuesto asignado, ha ocurrido la tendencia contraria, lo cual indica una franca ineficiencia y un posible mal uso de recursos. La existencia de subejercicios impacta directamente en la salud de la población y las coberturas. Debemos evaluar toda la estrategia de financiamiento teniendo como objetivo la calidad y la equidad en el acceso, así como implementar mecanismos que promuevan la transparencia, la rendición de cuentas y nos encaminen como país a lograr la tan anhelada y lejana cobertura universal en salud. ~

SOFÍA CHARVEL es profesora investigadora de tiempo completo y directora del Programa de Derecho y Salud Pública del ITAM. Es doctora en derecho por la Universidad Panamericana.

FERNANDA COBO es profesora de la Universidad Iberoamericana. Es doctora en salud pública por el Instituto Nacional de Salud Pública.

PAMELA FLORES es coordinadora del Programa de Derecho y Salud Pública del ITAM.