

EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN MÉXICO: ALGUNAS EVIDENCIAS PARA LAS POLÍTICAS DEL SECTOR.

Armando Arredondo López*, Ana Lucía Recaman Mejía**.

*Arredondo A., Recaman A.L.
El financiamiento de la salud en México: algunas
evidencias para las políticas del sector. Hitos de
Ciencias Económico Administrativas 2003;23:9-16.*

RESUMEN

Objetivo: Identificar resultados de investigación sobre algunas de las principales variables e indicadores de cambios, tendencias y evidencias del financiamiento de la salud en México en los últimos años.

Material y Métodos: Revisión documental de resultados de investigación de tres estudios longitudinales bajo la línea de investigación de costos y financiamiento en salud.

Resultados: Se pudieron identificar tres categorías de análisis en materia de financiamiento en salud en México: 1) Aspectos relacionados con el comportamiento de los principales indicadores del financiamiento del sistema de salud entre los principales subsistemas de salud; 2) Aspectos relacionados con el comportamiento de los diferentes montos de financiamiento y la estructura de gasto en salud por tipo de fuente de financiamiento y 3) Aspectos relacionados con la protección financiera en salud, tanto desde la perspectiva del proveedor como desde la perspectiva de los usuarios.

Conclusiones: El financiamiento de la salud en México presenta evidencias y tendencias con diferencias significativas a nivel regional, estatal, o local dependiendo de la variable de análisis. Se observan diferentes patrones de financiamiento con diferentes niveles de participación financiera por parte de los principales aportadores al financiamiento de la salud en México: gobierno federal, gobierno estatal,

*Arredondo A., Recaman A.L.
Health financing in Mexico: evidences and trends for
health policy. Hitos de Ciencias Económico
Administrativas 2003;23:9-16.*

ABSTRACT

Objective: To identify research findings in relation to the main variables and indicators regarding changes, trends, and evidences on health financing in Mexico in the last years.

Material and methods: Bibliography revision of research results from three longitudinal studies included in a research program on health financing and costs.

Results: Regarding health financing indicators in Mexico, three categories of results were identified: 1) Aspects related to the trends of the main financing indicators of Mexican Health System detailing the analysis between the three main health providers; 2) Aspects related to the trends of different financing amounts and the structure of the health expenditure according to the financing source; and 3) Aspects related to financial protection in health, from providers and users perspective's.

Conclusions: Evidences and trends on health financing in Mexico presents significant differences at national, regional, state and municipal levels. In fact we identified different financing patterns with different levels of participation according with the main financial contributions from governments and householders.

* Investigador Titular del Instituto Nacional de Salud Pública. Médico Cirujano, Maestro en Ciencias en Sistemas de Salud, Doctorado en Ciencias en Salud Pública y Post-Doctorado en Economía y Políticas de Salud.

** Profesora de la Universidad la Salle. Lic. en Administración de Empresas. Maestra en Mercadotecnia.

Fecha de recibido: 22 de noviembre de 2002. Fecha de aceptación: 14 de enero de 2003.

gobierno municipal y hogares.

Palabras Claves: Indicadores, Financiamiento.

Key words: Indicators, Financing.

DIRECCION PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA: Av. Universidad No. 655, Col. Sta. María. C.P. 62508 Cuernavaca, Morelos. México.
Tel. 01 (777) 3293062. E-mail: aarredond@insp.mx

El financiamiento de la atención a la salud en México, en el actual contexto de reformas del sistema de salud, plantea la necesidad de generar y promover resultados de investigación que permitan avanzar en la generación de una masa crítica que dirija y sustente los cambios que en materia de producción y de financiamiento se están llevando a cabo en los diferentes subsistemas de salud en México.

En tal contexto, la utilización de aspectos teóricos, metodológicos y hallazgos empíricos en la toma de decisiones para planear, diseñar, supervisar y evaluar los programas y políticas de financiamiento en salud es uno de los aspectos en los que la economía de la salud ha tenido mayor impacto, integrando un campo de aplicación exclusivo para esta tarea. Este campo permite la utilización de los conocimientos y hallazgos de los estudios relacionados al financiamiento con la demanda, la oferta y los determinantes de la salud. Dicha aplicación se lleva a cabo en un proceso integral de planeación, que se dirige tanto a los servicios de salud como a los determinantes, donde el objetivo central es el análisis de mecanismos, alternativas y fuentes de financiamiento.

Ciertamente, el objetivo de este artículo es integrar y promover resultados de investigación sobre algunos indicadores de financiamiento y gasto en salud con el objeto de promover información que en diferentes grados de decisión apoye o guíe su proceso de planeación.

Material y métodos.

Los resultados de investigación que aquí se presentan son parte de la implementación de tres proyectos de investigación en el área de financiamiento y costos en salud, llevados a cabo en el Instituto Nacional de Salud Pública. Se trató de dos diseños longitudinales y un diseño transversal. Para mayor detalle respecto a procedimientos metodológicos de cada estudio se recomienda recurrir a las referencias de cada estudio.

Resultados.

En relación a la primera categoría de análisis, el punto de partida es el análisis de la tendencia del gasto en salud como proporción del PIB para los últimos 50 años. El gasto en salud como porcentaje del PIB de alguna manera mide la importancia o prioridad del mismo. En este sentido, aunque el gasto en salud en México está por debajo de la media para América Latina, los datos indican que existe una importancia creciente, particularmente en las últimas décadas, donde los incrementos han sido prácticamente del 50% al 70%. (1950, 1.2 ; 1960, 1.6; 1970, 2.3; 1980, 3.0; 1990, 3.3 y 2000, 5.6).

La división entre gasto público y privado también presenta la misma tendencia, con la diferencia de que el gasto privado tiene mayor peso relativo, aunque esta diferencia ha estado disminuyendo en los últimos años. En lo referente al gasto público en salud como proporción del gasto público, las tendencias han sido muy irregulares, dependiendo del estado del país que se trate; en efecto hay estados que asignan el 8% del gasto público en salud pero también hay estados que asignan el 36%. Estas tendencias del gasto en salud también han presentado cambios y diferencias importantes en el comportamiento de los principales indicadores de financiamiento entre las diferentes instituciones del sistema de salud.

Dividiendo el sistema de salud en asistencia pública para no asegurados, seguridad social e instituciones privadas, se observan fuentes de financiamiento unipartita, bipartita y tripartita que provienen de los gobiernos federal, estatal y municipal; de los empleadores y de los hogares. En cuanto a la distribución del gasto en salud llama la atención que del total de este el 15% se asigna para las necesidades de salud del 40% de la población (social y económicamente marginada); el 37% para el 50% de la población (pertenecen a la economía formal) y el restante 48% del gasto para el 10% de la población (con poder de compra).

Sobre el destino final de los recursos en los distintos

programas de salud, se observan también diferencias importantes en cada subsistema. En efecto, en la asistencia pública se asignan más recursos para programas de promoción, prevención y menos para curación y rehabilitación. En la seguridad social, la mayor parte del gasto se concentra en los programas de curación y rehabilitación con menos recursos para promoción y prevención; finalmente en las instituciones privadas los mayores recursos se asignan a programas de curación y en menor medida para rehabilitación y muy escasamente para promoción, prevención. En relación a los recursos asignados a investigación, es en la asistencia pública donde se asignan más recursos, siguiéndole la seguridad social y en último plano las instituciones privadas, donde ciertamente los recursos para investigación son muy escasos en relación a las otras instituciones (Tabla I).

Hasta aquí podemos decir que las tendencias del gasto en salud como proporción del PIB, la asignación de los recursos financieros y el comportamiento de los flujos de financiamiento del actual sistema de salud no corresponden, con lo que desde sus inicios hasta el actual programa nacional de salud 2001-2006, se han propuesto en las políticas y estrategias del sistema de salud mexicano.

En relación a la segunda categoría de análisis, podemos decir que el sistema de salud en México es financiado en un 49% por los hogares, un 28% por los empleadores, un 20% por el gobierno federal, y un 3% por el gobierno estatal y municipal. Por otra parte los cambios en la producción y financiamiento de la salud en los últimos 10 años, (particularmente la estrategia de descentralización), han tenido efectos importantes en el comportamiento de las diferentes fuentes de financiamiento, de manera que

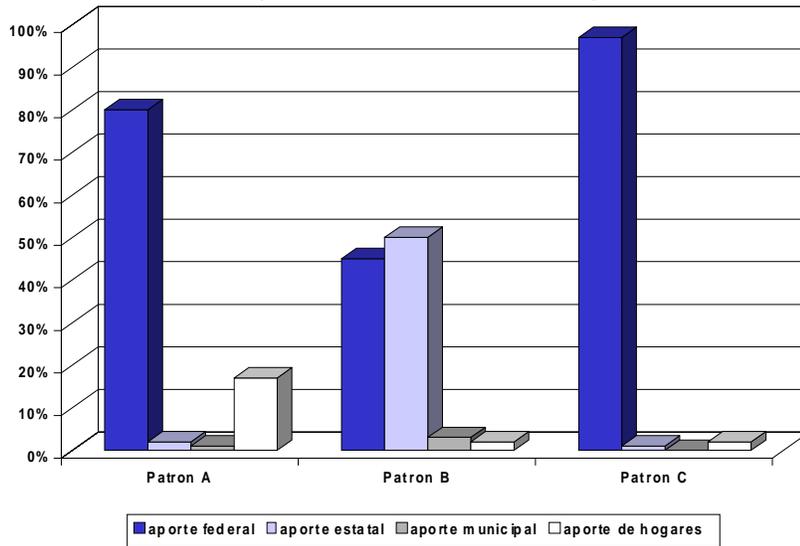
TABLA I
ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS SOBRE EL FINANCIAMIENTO
DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO.

VARIABLES	INSTITUCIONES DE ASISTENCIA PÚBLICA	INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	INSTITUCIONES PRIVADAS
Tipo de Financiamiento	Unipartita	Tri-bipartita	Unipartita
Fuente de Financiamiento	Go b. Federal Gov. Estatal.	Gob. Federal. Empleadores- Hogares	Hogares
% del gasto total en salud	15%	37%	48%
Cobertura de población	40%	50%	10%
Principio Básico	Ciudadanía Pobreza	Corporativo	Poder de Compra
Inversión de \$ en promoción	Alta	Media	Muy baja
Inversión de \$ en prevención	Alta	Media	Baja
Inversión de \$ en curación	Media	Alta	Media
Inversión de \$ en rehabilitación	Baja	Media	Muy Baja
Inversión de \$ en Investigación	Media	Baja	Muy Baja

Fuente: Arredondo A. y Cols. El Financiamiento a partir de la descentralización del Sistema de Salud en México. Cambios, Tendencias y Evidencias: 1990-2000. INSP, primera edición. 2002.

FIGURA 1

ESTRUCTURA DEL GASTO EN TRES MODALIDADES DE FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN MEXICO. (Cifras en miles de US dólares)



analizando las tendencias 1990-2000 en la estructura de gasto para los estados del país, se pueden identificar tres patrones de comportamiento financiero (ver figura 1 y 2).

Patrón A: Estados con cambios regulares en la estructura del gasto en salud. El gobierno federal es el principal financiador (aporta el 90% del gasto estatal en salud) pero con una participación cada vez más importante de las aportaciones provenientes de los hogares, del gobierno estatal y del gobierno municipal, en este orden de importancia.

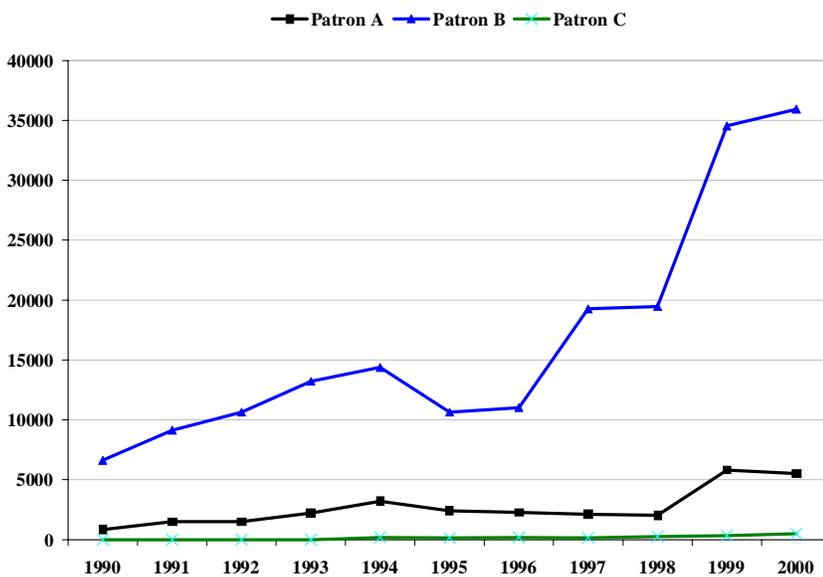
Patrón B: Estados del país donde la participación del gasto en salud ha tenido cambios importantes sobre las fuentes de financiamiento del gobierno federal vs. Gobierno estatal. Estos cambios han permitido una inversión en el comportamiento del gasto de manera que para el año 2000 el aporte del gobierno del Estado está por llegar al 50% del gasto estatal en salud. Por otra parte la participación financiera de los gobiernos municipales y los hogares se mantienen casi constantes y por abajo del 5% del gasto total en las aportaciones de los hogares y por abajo del 1% en las aportaciones de los municipios.

Patrón C: Estados con muy pocos cambios en la estructura del gasto en salud. En estos estados el gobierno federal prácticamente financia el 100% del gasto en salud con muy escasa participación de aportaciones financieras de los gobiernos estatal y municipal. Llama la atención que en estos estados la aportación financiera de los hogares al total del gasto estatal

en salud es mayor que los aportes de los gobiernos estatal y municipal.

FIGURA 2

TENDENCIAS DEL APORTE ESTATAL EN DIFERENTES MODALIDADES DEL FINANCIAMIENTO EN SALUD EN MEXICO. PERIODO DE 1990-2000 (Cifras en miles de US de dólares)



En primer término hay que resaltar que la efectividad de los cambios en las políticas de financiamiento, como parte de la reforma del estado y particularmente

de la reforma del sector salud, resulta en una efectividad muy variable, dependiendo del Estado en cuestión. En efecto hay estados donde los incrementos en los montos financieros son mas importantes que en otros y esto no guarda relación estrecha ni con el gasto per-cápita en salud ni mucho menos con las necesidades de salud de la población. Por ejemplo, el estado de B, es uno de los estados con mayor índice de marginación del país, sin embargo es el estado que menos se ve favorecido en cuanto a incremento del gasto en salud.

También hay que resaltar que en los estados de mayor marginación social y económica existe una participación relativamente mayor de los usuarios en el financiamiento de los servicios de salud. Esto último resulta contradictorio, porque justamente en los dos estados mas pobres y de mayor marginación social es donde existe una participación mas

importante de los hogares para el gasto público en salud.

Lo anterior da la pauta para introducir la ultima categoría de análisis referida a la problemática de protección financiera que actualmente priva en el sistema de salud en México.

En México, los gastos catastróficos en servicios de salud afectan en mayor medida a la población que no cuenta con seguros de salud, que no pertenece a la economía formal y que las mas de las veces recibe un ingreso familiar anual muy bajo (aproximadamente 40 millones de habitantes). En efecto desde el inicio de esta sección se resaltaba que el 15% del gasto en salud es el que se asigna para el 40% de la población (usuarios fuera de la economía formal). Esto genera en gran medida el gasto catastrófico que los usuarios deben realizar

TABLA II
COSTOS DE CONSULTA SEGUN TIPO DE INSTITUCION,
CONDICION DE ASEGURAMIENTO Y NIVEL DE INGRESO ANUAL DEL HOGAR
(en dólares de EUA)

PERCENTIL DE INGRESOS	SEGURIDAD SOCIAL	SSA	PRIVADOS	OTROS
ne=372,924	ne=1,950,083	ne=883,890	ne=1,518,402	
No asegurados				
0-2258 \$ (23.6%)	2.74	4.20	17.20	1.68
> 2258-4457 \$ (19.6%)	1.54	4.45	15.91	7.31
> 4457-8914 \$ (14.8%)	0.71	4.77	18.37	5.77
> 8914 \$ (11.2%)	6.48	6.58	27.65	3.37
Asegurados				
0-2258 \$ (3.7%)	NA	1.02	17.05	0.0
> 2258 -4457 \$ (8.0%)	NA	2.14	18.25	1.37
>4457-8914 \$ (7.5%)	NA	2.77	19.74	3.37
> 8914 \$ (11.6%)	NA	2.17	26.05	4.28

IC=Intervalo de confianza al 95%
Prueba de Duncan (< .05)
Tasa de cambio 9.5 pesos por 1.00 dólar de EUA, junio 2002.
ne= Población estimada.
Fuente: SSA, Encuesta Nacional de Salud. México.
NA= no aplica

en el transporte, consulta, estudios de diagnóstico y medicamentos que ninguna institución o seguro de salud les puede cubrir.

Mas aún, en un análisis de los resultados de la encuesta nacional de salud sobre costos al bolsillo del usuario en el consumo de servicios de salud en México, los resultados dejan ver que son las familias que no cuentan con seguros de salud y que se encuentran en el percentil de menor ingreso familiar anual las que gastan más durante el proceso de búsqueda y obtención de la atención médica (Tabla II).

En efecto, a partir de los hallazgos del análisis realizado en el total de la población que demanda servicios de salud en el sector público, se determinó una relación directa e inversa entre poder de compra y gasto en salud. Es decir a menor ingreso mayor es el gasto en salud y a mayor ingreso el gasto en salud es menor. También se pudo identificar que los usuarios gastan anualmente entre 250.00 y 350.00 por daños a la salud.

Discusión y conclusiones.

En relación a los aspectos relacionados con el comportamiento de los principales indicadores del financiamiento del sistema de salud entre los principales subsistemas, así como con los aspectos relacionados con el comportamiento de los diferentes montos de financiamiento y la estructura de gasto en salud por tipo de fuente de financiamiento, podemos plantear los siguientes puntos:

- Las tendencias y evidencias sobre el peso relativo del gasto en salud en relación al PIB dista mucho de ser el recomendado por instancias internacionales o por la experiencia de países con los mejores sistemas de salud en el mundo, tales como Canadá y Cuba. En los últimos años se ha discutido mucho al respecto, sin embargo aún se observa una proporción muy baja en relación al gasto público y como proporción del PIB.
- La efectividad de los cambios en las políticas de financiamiento, como parte de la reforma del Estado y particularmente de la reforma del sector salud, resulta en una efectividad muy variable, dependiendo del estado en cuestión. En efecto hay estados donde los incrementos en los montos financieros son más importantes que en otros y esto no guarda relación estrecha ni con el gasto per-capita en salud ni mucho menos con las necesidades de salud de la población. Por

ejemplo, Oaxaca es uno de los estados con mayor índice de marginación del país, sin embargo es el estado que menos se ve favorecido en cuanto a incremento del gasto en salud.

- Al analizar las tendencias del gasto en salud y la distribución porcentual de las diferentes fuentes de financiamiento, se observa una situación más irregular que la mencionada anteriormente. En efecto los cambios en el marco legal para adecuar más el sistema de salud a las necesidades locales a tenido diferentes niveles de efectividad en cada estado del país. Por ejemplo si contrastamos el estado de Tabasco con el estado de Yucatán, llama la atención la participación tan importante del gobierno estatal en el financiamiento en salud para el estado de Tabasco, mientras que en Yucatán, a pesar de que el nivel estatal debería, en teoría, tener una participación de por lo menos el 30% del gasto estatal en salud, en este estado casi el 100% del gasto depende del gobierno federal. Lo mismo se observa en los estados de Oaxaca e Hidalgo, donde la mayor parte del gasto en salud sigue dependiendo del gobierno federal.
- También hay que resaltar que en algunos estados existe una participación relativamente importante de los usuarios en el financiamiento de los servicios de salud. Esto último es muy contradictorio, porque justamente en los dos estados más pobres y de mayor marginación social existe una participación más importante del gasto en salud, en relación a los otros dos estados de menor marginación social y de un ingreso percapita mayor.

En relación a la tercera categoría de análisis utilizada en este ensayo, donde se mencionaron aspectos relacionados con la protección financiera en salud, tanto desde la perspectiva del proveedor como desde la perspectiva de los usuarios, concluimos lo siguiente:

- Los hallazgos presentados, muestran evidencias contundentes de que en México son las familias de menor ingreso las que terminan pagando más por su salud. Es decir que el gasto en salud que desembolsan las familias de menor ingreso a veces constituye de 1-3 salarios mínimos, cuando llegan a ganar, en el mejor de los casos de 1-2 salarios mínimos.
- Desde la perspectiva de los usuarios, los mecanismos de protección financiera han quedado en entredicho, toda vez que los costos que deben

desembolsar continúan al incremento y las nuevas propuestas para hacer llegar los servicios de salud con mayor equidad y accesibilidad no parece que tendrán un efecto protector en relación al gasto catastrófico en salud que tienen que realizar cada vez que se enferma alguien de la familia.

- ⊙ Desde la perspectiva del proveedor, la protección financiera también debería considerar proteger y garantizar financieramente que el sistema de salud cuente con los recursos económicos necesarios para la compra de insumos que permitan ofertar los servicios con estándares mínimos de calidad.

REFERENCIAS

Arhin-Tenkorang D. *Mobilizing resources for health: the case for user fees revisited*. Harvard University-Harvard School of Public Health. Working Paper. (2003): 3-18.

Armando Arredondo, Irene Parada and Carlos Carrillo. *Financial consequences from changes of health care demands related to tobacco consumption in Mexico: information to policy makers*. Health Policy 63, (2002) pp: 45-53.

Arredondo A., Parada I., Orozco E., García E., Atrixco R., Allende T., Cicero M. y Flores G. *El financiamiento a partir de la descentralización del sistema de salud en México, 1990-2000: Cambios, tendencias y Evidencias*. INSP-IDRC. 1ra. Ed. ISBN: 968-6502-62-9. 2002: 1-147.

Arredondo A. and Parada I. *Financing indicators of health care decentralization in Latin American countries: information for health planning and financing*. International Journal of Health Planning and Management. Vol 26, 3. : 259-276 , 2001.

Arredondo A. *Federalismo y Salud: estudio de caso del sistema de salud en Mexico*. En el libro: Federalismo y Políticas de salud, descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva internacional. Forum of Federations-Instituto Nacional sobre el Federalismo. Quebec, Canada. ISBN. 0-9730767-5-5, primera edición, 2003: 111-24.

Correa E. y Noé M. Capítulo 6. *Costos y lineamientos estratégicos para el sector salud: Desafíos del crecimiento con equidad*. En: La hora de los usuarios-Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud, H. Sánchez y G. Zuleta Eds. BID-Banco Interamericano de Desarrollo (2002): 53-68.

Dunlop D, Zubkoff L. *Inflación y comportamiento del consumidor*. En análisis de costos, demanda y planificación de servicios de salud. OPS-OMS, ISBN 92 75 32040 3, Washington D.C. (1990), pp: 221-261.

Kawabata K, Xu K, Carrin G. *Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure*. Bull World Health Organ 80, (2002), pp: 612-16.

Ke Xu, Evans D, Kawabata K, et al. *Household catastrophic health expenditure: a multicountry análisis*. The LANCET, 362(2003), pp: 111-117.

Merlis M. *Family out-of-pocket spending for health services: a continuing source of financial insecurity*. Working Paper. The Commonwealth Fund (2003): 23-46.

Nájera. *Bases conceptuales y metodológicas de la Encuesta Nacional de Salud en México*. 1998. Sal Pub de Mex. 40(2000), pp: 76-85.

Parada I. *Propuesta metodológica para el análisis de costos de servicios de salud*. Rev. de Economía y salud. Universidad Mayor de San Marcos, Lima Perú. 7 (2002): 77-81.

Pradhan M, Prescott N. *Social risk management options for medical care in Indonesia*. Health Econ 11 (2002) pp: 431-46.

Pannarunothai S, Mills A. *The poor pay more: health-related inequality in Thailand*. Soc Sci Med 44 (1997)pp: 1781-90.

SSA. *Recursos para la salud en unidades de la Secretaría de Salud*. Sistema Nacional de Salud. Salud Pública de México 42 (2000), pp:252-259.

Wagstaff A. *Poverty and health sector inequalities*.
Bull World Health Organ 80 (2002), pp: 97-105.

World Health Organization. *World Health Report*

2000, *Health Systems: Improving Performance*.
Chapter 4: What resources are needed. World
Health Organization. Geneva : (2000), pp : 73-77.



III CONGRESO DEL COLEGIO DE POSGRADUADOS EN ADMINISTRACIÓN DE LA REPÚBLICA MEXICANA, A.C.

Colegio de Posgraduados en
Administración de la República Mexicana,

LA EMPRESA ANTE LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

13, 14 Y 15 DE NOVIEMBRE DEL 2003

Conferencias Magistrales:

- Dr. Pedro Constantino Solís Pérez
- Dr. Luis Montaña Hiroshi

Mesas de Trabajo:

- *Estado del Arte de la Gestión del Conocimiento*
- *Tecnología de la Gestión del Conocimiento*
- *Desarrollo organizacional con la Gestión del Conocimiento*
- *Implantación de la Gestión del Conocimiento*
- *Calidad y Gestión del Conocimiento.*
- *Trabajos libres*

Talleres:

- Reingeniería del capital intelectual
Dr. José Vili Martínez González
- Diseño y elaboración de proyectos
Dr. Pablo César Rodríguez Mendoza
 - Mercadotecnia de servicios
M. en A. Miguel Sánchez Boy
 - Gestión y calidad en finanzas
Dr. Juan Danilo Díaz Ruíz

Costos de participación:

Colegiados	\$1300 (incluye anualidad + congreso)
Asistentes	\$650 (público en general)
Estudiantes	\$300 (con credencial vigente)
Talleres	\$200



Informes e Inscripciones:

Lic. Verónica Castro González
Tel: (01-993) 3 121227, 3 120355 Ext. 113
Fax: 12 03 55 Ext. 103.
gaceta@dacea.ujat.mx