

Equidad y financiamiento

Fernando Álvarez-del Río*

Unidad de Análisis Económico, Secretaría de Salud, México, D.F.

Resumen

La equidad en salud requiere que, conforme a la resolución acordada por los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los sistemas de financiamiento permitan que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud sin incurrir en riesgos financieros. Los avances recientes están permitiendo alcanzar el derecho efectivo a la salud al sentar las bases para transitar hacia un sistema de financiamiento viable y sustentable que garantice a todos los mexicanos, sin distinción de estatus laboral, un mismo esquema de derechos a un conjunto amplio de servicios de salud de promoción, preventivos, tratamiento y rehabilitación.

PALABRAS CLAVE: Equidad en salud. Financiamiento en salud. Reforma de salud.

Abstract

Equity in health requires, in accordance with the resolution agreed by member states of the World Health Organization, financing systems to enable all people to access health services without incurring financial risk. Recent advances are allowing to reach an enforceable right to health to lay the groundwork for the transition to a viable and sustainable funding to ensure that all Mexicans, regardless of employment status, the same scheme of rights to a wide range of services health promotion, prevention, treatment and rehabilitation.

KEY WORDS: Equity in health. Health financing. Health reform.

Introducción

La salud es un derecho fundamental, y como tal ha sido reconocido en numerosos instrumentos de derecho internacional. De manera exhaustiva se plasma en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y para facilitar su aplicación el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en las Naciones Unidas elaboró diversas precisiones en el año 2000¹ que incluyen el que un sistema de protección de la salud brinde el derecho a las personas a oportunidades iguales de disfrutar del más alto nivel posible de salud, considerando que no sólo abarque la atención oportuna y apropiada

sino también implique un enfoque integral e intersectorial para cubrir los diferentes factores socioeconómicos determinantes de la salud, y que se alcancen una serie de elementos esenciales e interrelacionados: la existencia de suficientes establecimientos y programas (disponibilidad); los establecimientos, bienes y servicios estén al alcance y sin discriminación alguna tanto física, económica e informativamente (accesibilidad); que sean respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados (aceptabilidad); y de buena calidad y apropiados desde el punto de vista científico y médico (calidad).

Al pasar al financiamiento, el antecedente más relevante es la Resolución 58.33² por parte de los estados miembros de la OMS en 2005, en la que se comprometieron a la «cobertura universal», entendiéndose como el desarrollar sus sistemas de financiamiento para lograr que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) y no sufran dificultades financieras

Correspondencia:

*Fernando Álvarez-del Río
Unidad de Análisis Económico
Secretaría de Salud
P.º de la Reforma, 450, PH
Col. Juárez, C.P. 06600, México, D.F.
E-mail: fernando.alvarez@salud.gob.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 04-10-2011

Fecha de aceptación: 11-10-2011

al pagar por ellos. Ciertos criterios básicos se identifican para evaluar el financiamiento. En primer lugar el de equidad, que corresponde al grado en que las personas aportan en función de su capacidad de pago y hacen uso de los servicios en función a sus necesidades de salud, que pueden ser resueltas a través de la utilización de servicios de salud. Un segundo criterio es el de eficiencia, tanto en recaudación, técnica para garantizar que las acciones e intervenciones se dan de la mejor manera posible, en la distribución incluyendo la que corresponde entre niveles de atención, y logrando acciones preventivas suficientes. Adicionalmente, se debe lograr la sustentabilidad, que permita un financiamiento seguro y estable a través del tiempo y sin presiones que lleven a fluctuaciones que afecten a la continuidad en los servicios prestados. Finalmente, debe considerarse la viabilidad, que permita que existan las condiciones y apoyo para instrumentar cambios en el esquema de financiamiento al avanzar hacia la cobertura universal.

La importancia del financiamiento en el ámbito mundial se refuerza al considerar que el último informe de la OMS sobre la salud en el mundo trata precisamente sobre este tema y sus retos para alcanzar la cobertura universal³. En dicho informe se identifican tres barreras que deben ser superadas para alcanzar la cobertura universal acordes a los criterios de evaluación de los sistemas de financiamiento: alcanzar un nivel de inversión en salud adecuado a nivel país, conseguir que los gastos directos de bolsillo representen un nivel tal que no impliquen gastos catastróficos para las familias, alcanzar un nivel adecuado de eficiencia en la utilización de los recursos para la salud y una distribución equitativa entre instituciones de salud, áreas geográficas y niveles de atención.

El informe, naturalmente, prevé que existirán diferencias entre los sistemas de salud en cada país para alcanzar la cobertura universal, no obstante señala dos indicadores generales. Por una parte, considera que es necesario que el gasto público, combinando el gasto de la administración pública y las contribuciones obligatorias al seguro médico, incluidas las cuotas de seguridad social, no deben ser inferiores al 5-6% del producto interno bruto (PIB)⁴; por otra parte, señala que la dependencia del pago directo de bolsillo se debe situar por debajo del 15-20% del gasto total con objeto de que la incidencia de gastos catastróficos en las familias descienda a niveles insignificantes⁵. Adicionalmente, se identifican una serie de fuentes principales que ocasionan la falta de eficiencia, siendo las primeras tres relacionadas al gasto en medicamentos⁶.

Avances y reformas recientes

En el caso del sistema de salud de México y en función de los criterios señalados anteriormente, se aprecia que en los años recientes se han dado avances significativos para alcanzar la cobertura universal. El monto de recursos destinados a la salud ha aumentado, y en 2010 alcanza el 6.9% del PIB, comparado con el 5% en el año 2000. Este incremento se ha dado en años recientes, particularmente, por un aumento en el gasto público, que ya alcanza el 3.4% del PIB. Ello debido al compromiso de aumentar los recursos para lograr la cobertura universal a través del sistema de protección social en salud (Seguro Popular), que ha presentado un incremento anual promedio desde 2006 superior al 25%. El incremento en los recursos de todo el sector, incluyendo el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), se ha traducido en un incremento sin precedentes en la infraestructura y equipamiento durante la presente administración, con la construcción en los últimos 4 años de 2,140 unidades médicas que ya se han concluido, correspondiendo 1,288 a centros de salud, 333 a hospitales, 4 a hospitales de alta especialidad y 515 a unidades de especialidades médicas (UNEMES).

Un aspecto central para lograr la equidad es constatar si se ha dado un proceso de convergencia en los recursos destinados por beneficiario tanto a nivel de los recursos per cápita entre entidades federativas como entre la población con seguridad social (IMSS e ISSSTE) y aquella no derechohabiente de la seguridad social (que mayoritariamente consiste en afiliados al Seguro Popular). En este sentido, dos aspectos resaltan en el periodo 2000-2010*: la mitad de los estados con menor gasto en salud per cápita en 2009 aumentaron en promedio tres veces durante el periodo, mientras que la otra mitad aumentó en dos veces, lo que ha generado que los per cápita se acerquen considerablemente y puedan equiparse en un futuro cercano; adicionalmente, el gasto en salud por condición de aseguramiento también ha tendido a converger, dado que en 2000 el gasto per cápita de la población con seguridad social era 2.2 veces la población sin dicha condición de aseguramiento (entonces denominada

*Las comparaciones fueron realizadas con pesos constantes a 2008 con la población contabilizada a mitad del año y con base en la información de la Secretaría de Salud de la Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y, para datos 2010, Presupuesto de egresos de la federación autorizado.

«abierta»), mientras que tal diferencia es de 1.4 veces en 2010.

La participación del gasto directo de bolsillo, no obstante ser todavía significativa, ha disminuido al pasar de más del 50% en el año 2000 a menos del 48% en el año 2009, principalmente ocasionada por el gasto en medicamentos de acuerdo con el análisis de la Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares (ENIGH). Con la liberación esperada de la última encuesta a mediados de 2011 se espera comprobar que dicha disminución ha continuado.

Finalmente, se ha observado un gran énfasis en promover medidas que fomenten la promoción y prevención de la salud, lo que ha implicado una mayor asignación de recursos en este rubro de manera sostenida, logrando constituir actualmente, en el caso de la Secretaría de Salud, casi el 8% del presupuesto total.

Los logros alcanzados son resultado de diversos esfuerzos sostenidos para alcanzar la cobertura universal y la asignación eficiente de los recursos destinados a la salud. Un aspecto central ha sido el lograr la viabilidad y sustentabilidad de recursos a través del Seguro Popular. Las contribuciones al Seguro Popular se contemplan de manera explícita en la Ley General de Salud⁷ y, en términos generales, una sexta parte corresponde a los estados, y el remanente corresponde al Gobierno Federal, ya sea como cuota social (dos sextas partes) o como aportación solidaria (el remanente). Con ello y el gran énfasis para incrementar la afiliación, se da certidumbre al financiamiento al Seguro Popular y a su incremento. Se espera alcanzar la cobertura universal una vez que se afilien 51.3 millones de mexicanos al cierre de 2011. Dado que a partir de 2010 las contribuciones son por persona afiliada (a diferencia de ser por familia), se logra una mayor equidad al corresponder una mayor contribución en función del tamaño de la familia y, por ende, a las necesidades esperadas en servicios de salud.

No sólo ha aumentado el número de beneficiarios al sistema de protección social en salud, también se han incrementado las intervenciones cubiertas. Así, el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) ha incorporado más servicios que corresponden a intervenciones proporcionadas por los servicios estatales de salud y cubiertas mediante los recursos equivalentes a un financiamiento por persona beneficiaria. Actualmente, se cubren 275 intervenciones que incluyen la totalidad del primer nivel de atención y el 95% de las atenciones hospitalarias, y representa un incremento con respecto a las 249 existentes en 2006. Un

incremento mayor se ha observado en las intervenciones de alto costo correspondientes al fondo de gastos catastróficos, que han pasado de 18 en 2006 a 57 en 2011, incluyéndose recientemente el infarto agudo de miocardio, el linfoma en adulto, cáncer de testículo, trasplante de córnea, hemofilia y enfermedades lisosomales. Con ello, paulatinamente, se ha incrementado la cobertura de servicios, garantizando su viabilidad y sustentabilidad, y homologándose las intervenciones cubiertas en todo el sistema de salud.

Dada la geografía y dispersión poblacional en México, es necesario abatir las restricciones geográficas a través de dar cobertura de servicios de salud mediante unidades móviles, mismas que han estado en funcionamiento por bastante tiempo y que será necesario mantener. En este sentido, el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) establecido en la década de 1990 hoy se ha fortalecido y expandido a través de las Caravanas de la Salud, y actualmente atiende a poco menos de 18,000 localidades, beneficiando a casi 3.5 millones de habitantes.

Ante la creciente presión de las enfermedades crónicas no transmisibles y la necesidad de enfrentarlas con un enfoque integral para prevenir sus principales factores de riesgo (dieta, inactividad física, tabaco, alcohol en exceso), se constituyó el Consejo Nacional de Enfermedades Crónicas en 2010, lo que ha facilitado un enfoque intersectorial que incluya a diferentes dependencias del sector público así como a los sectores social y privado. Dado el altísimo costo esperado en caso de no prevenir los factores de riesgo, atender y fomentar estilos de vida saludable será fundamental para lograr que el financiamiento en salud sea sustentable. Esta apreciación rebasa al caso mexicano de tal forma, que será revisada en septiembre de 2011 en una reunión de alto nivel en las Naciones Unidas, y que será la segunda movilización de este tipo que se hace en dicho organismo después de la relacionada con VIH-SIDA en 2011.

Finalmente, diversas acciones se han instrumentado con objeto de aumentar la eficiencia del sistema de salud, mismas que están en proceso de profundización y consolidación y que son acordes a recomendaciones recientes a nivel internacional como es el caso de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE)⁸:

- Política pública que permita obtener el máximo de beneficios de la inversión en medicamentos: se constituyó la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, y se han negociado durante

los últimos 3 años de manera coordinada entre la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE los medicamentos de patente, obteniéndose significativos descuentos que facilitan lograr la cobertura universal de medicamentos. Adicionalmente, se está concluyendo la renovación del registro de la totalidad de los medicamentos garantizando la calidad de los mismos, ya que sólo se contará con genéricos intercambiables que cuenten con las pruebas correspondientes de bioequivalencia y biodisponibilidad, y fortaleciendo su penetración. Finalmente, se impulsará el acceso de medicamentos como resultado de la eliminación del requisito de planta.

- Homologación de la práctica médica, evaluación de nuevas tecnologías y fomento de medicina basada en evidencias: al cierre de 2012 se contará con 450 guías de práctica clínica cuya difusión facilitará la práctica médica en todas las instituciones conforme a la mejor evidencia científica.
- Aumentar la coordinación entre los profesionales de la salud: establecer el expediente clínico electrónico dentro de cada institución, lo que facilitará la referencia y contrarreferencia de beneficiarios y, en su momento, el intercambio entre las diferentes instituciones. Asimismo, promover modelos de atención integral y multidisciplinarios, como es el caso de las unidades de medicina especializada para atender enfermedades crónicas.
- Introducir incentivos y uso óptimo de toda la infraestructura: generar esquema de intercambio de servicios entre las instituciones que permitan introducir incentivos y aprovechar el uso eficiente de los recursos para la salud. En este sentido, se han introducido esquemas y convenios de colaboración, como es el caso de la atención de la emergencia obstétrica o de servicios de alta especialidad.

Retos futuros

Desde el punto de vista del financiamiento, un aspecto central es el logro de la cobertura universal en el presente año, al hacer efectivo el derecho a la salud plasmado en la Constitución mexicana, ya que todas las familias, independientemente de su estatus laboral, cuentan con atención médica. Esto es, se avanza sustancialmente en que el derecho a la salud se constituya fundamentalmente en un derecho de ciudadanía, por el simple hecho de ser mexicano. Al mismo tiempo,

el avance actual sienta las bases para alcanzar una siguiente fase en lograr una cobertura universal sustentable y que implique, bajo la premisa de ciudadanía, el dar las mismas oportunidades de acceso y atención a un mismo conjunto amplio de servicios a todos los mexicanos. Ello debido a que la convergencia en los recursos destinados por beneficiarios y el gradual pero sostenido aumento y homologación de los servicios a los que se tiene derecho permiten buscar e instrumentar reformas en el financiamiento que partan de la premisa de otorgar un esquema único de financiamiento que permita y garantice el mismo derecho de cobertura y acceso a servicios de salud.

Se debe resaltar que existe bastante consenso en lograr un mecanismo o entidad única de financiamiento que a nivel macro agregue los recursos financieros públicos como el esquema que mejor facilite la equidad en la recaudación y prestación; las diferencias radican en cómo organizar la administración y prestación de los servicios. Así, se puede considerar un sistema universal con una entidad financiadora y múltiples prestadores, tanto públicos como privados⁹, el establecimiento de un fondo único de financiamiento a nivel nacional donde se defina de manera explícita las intervenciones que estarían cubiertas y se permitieran múltiples instituciones proveedoras de servicios¹⁰, promover la integración de las fuentes públicas de financiamiento a través de los esquemas de protección social existentes y desarrollando un ambiente más competitivo entre prestadores¹¹, establecer un sistema de salud que sea único aumentando sustancialmente el financiamiento público y descentralizado¹², o bien como parte de proporcionar los mismos derechos sociales fundamentales bajo una misma fuente de ingresos¹³.

Independientemente del esquema de administración y prestación que se defina, la garantía de equidad partirá de un esquema de financiamiento mayoritariamente público y que garantice un acceso uniforme a los servicios de salud. Es relevante insistir en este consenso dado que su instrumentación presenta grandes retos en cuanto a definir el tipo de financiamiento, ya sea mediante impuestos generales al consumo o a la renta, o bien si jurídicamente se definirán como impuestos sin que se especifique legalmente su fin o bien contribuciones donde se señalaría su fin específico.

Finalmente, un incremento en el financiamiento público facilitará disminuir la contribución directa del bolsillo, disminuyendo sostenidamente la incidencia de gastos catastróficos, y permitirá controlar el incremento

en los costos futuros para la atención médica. Si bien, comparativamente, estamos un par de puntos porcentuales por debajo del promedio destinado a la salud como porcentaje del PIB en los países de la OCDE (8.9%) como en el financiamiento público recomendado por la OMS (5-6% del PIB), la creación de un esquema único de financiamiento y la mayor participación del financiamiento público permitirán contar con los elementos de negociación necesarios para mitigar el escalamiento de costos asociados a los sistemas de salud, tal como se ha observado en otros sistemas¹⁴, y que inevitablemente formará parte del debate en un futuro en México.

Bibliografía

1. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Naciones Unidas. Observación General N.o 14. 2000.
2. Resolución Asamblea Mundial de la Salud 58.33. Financiamiento sustentable en salud, cobertura universal y seguridad social en salud. Organización Mundial de la Salud; 2005.
3. Organización Mundial de la Salud. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. 2010.
4. Organización Mundial de la Salud. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. 2010. p. 55, 98.
5. Organización Mundial de la Salud. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. 2010. p. 46.
6. Organización Mundial de la Salud. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. 2010. p. 68-72.
7. Ley General de Salud, 2011. Artículos 77 bis 12 y 77 bis 13.
8. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Value for money in health spending. 2010.
9. Chertorivski S. Palabras finales. En: Cuadernos de Derecho y Ciencia. De la ampliación de la cobertura a la tutela del derecho a la salud: las reformas de segunda generación al Seguro Popular. 2010;1(3):95-9.
10. Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud. Macroeconomía y Salud. Invertir en salud para el desarrollo económico. Recomendaciones. Secretaría de Salud; 2006. p. 202-6.
11. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, et. al. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. Salud Pública de México. 2007;49 Suppl 1.
12. Narro Robles, J. Equidad y justicia social en salud. En: 1.º Congreso Internacional. Hacia una cobertura en salud. Memoria. México: UNAM. 2009. p. 439-62.
13. Levy S. Buenas intenciones, malos resultados. Política social, informalidad y crecimiento económico en México. Editorial Océano. 2010. p. 293-344.
14. Evans RG. Universal health care insurance in Canada: achievements, limits, stresses, threats, and scope for improvements. En: 1.º Congreso Internacional. Hacia una cobertura en salud. Memoria. México: UNAM. 2009. p. 51-81.