

Cobertura y financiamiento

Servicios Estatales de Salud (SESA)



Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C.

Judith Senyacen Méndez Méndez | judithmendez@ciep.mx

19 de julio de 2022

Resumen

De 2015 a 2019, el presupuesto total para los Servicios Estatales de Salud (SESA) se contrajo en 5.5 %. Esta caída se dio como resultado de un aumento de 19.1 % en las fuentes estatales y una caída de 10.1 % de los recursos federales. El presupuesto refleja la falta de inversión del sector salud a nivel federal, y las necesidades crecientes que los estados podrían estar identificando. Sin embargo, el aumento en la inversión estatal no es generalizada, **23 entidades federativas destinan, en términos per cápita, menos de lo que reciben por el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)**. Para avanzar en términos de **cobertura universal**, los SESA requieren, al menos, lo equivalente a 1.1 % de PIB nacional lo que conlleva a una discusión del esquema de co-financiamiento: federal, estatal e individual. **Las cifras de capacidad física, humana, y las desigualdades de recursos disponibles** para la atención de la población sin afiliación a instituciones de seguridad social **hacen urgente el aumento de recursos destinados a este grupo de la población.**

1

Introducción

El sistema público de salud en México está fragmentado.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cubren a jubilados, trabajadores y sus familiares con financiamiento a través de las Cuotas a la Seguridad Social (CSS) (CIEP, 2021).

De 2004 a 2019, el **Seguro Popular (SP)** dio atención a una parte de la población sin afiliación a las Instituciones de Seguridad Social (ISS). Desde 2020, el **Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI)** busca cubrir al total de esta población. A partir de abril de 2022, este objetivo se traslada al programa **IMSS-Bienestar** (IMSS, 2022b).

México, al ser un país federalizado y con Servicios Estatales de Salud (SESA), requiere conocer **el papel que juegan los gobiernos subnacionales** en el Sistema Nacional de Salud (SNS). El objetivo de este documento es analizar la cobertura de salud y el financiamiento de los SESA.

2

Servicios Estatales de Salud

El primero de abril de 2022, inicia el nuevo modelo de salud para la población que no cuenta con alguna afiliación a instituciones de seguridad social o de servicios médicos, **mismo objetivo que tenía el INSABI ahora por medio del programa IMSS-Bienestar.**

Se anunciaron tres principales necesidades, de acuerdo con el diagnóstico elaborado: **equipos** en primer nivel de atención, **infraestructura y personal médico** (IMSS, 2022a).

Hasta el mes de mayo de 2022, la **cobertura del programa IMSS-Bienestar incluía 15 estados** de la república: Baja California Sur, Campeche, Colima, CDMX, Durango, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, San Luis Potosí, Sonora, Sinaloa, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas (Segob, 2022).

El proceso de incorporación del IMSS-Bienestar en cada una de las entidades tiene **tres momentos de desarrollo: diagnóstico, mesas de trabajo y firma de convenios**, de manera específica en cada entidad (IMSS, 2022c).

2.1 Cobertura Universal

La **Cobertura Universal en Salud (CUS)** significa *asegurar servicios de salud de calidad para todas las personas que lo necesiten, sin poner en riesgo su situación económica* (OMS, 2018).

Para alcanzar este objetivo es necesario incluir tres dimensiones: **afiliación, servicios y gasto**. México no cuenta con CUS en ninguna de las tres dimensiones¹ (CIEP, 2018).

Las cifras indican que los SESA son los que cuentan con los menores recursos económicos, físicos y humanos para la atención a la salud respecto a las ISS como IMSS e ISSSTE.

Afiliación

Un estado con una mayor proporción de su población sin afiliación a este tipo de instituciones tendrá una mayor población potencial y, por ende, una mayor demanda de servicios de salud.

A nivel nacional, en 2020, **30.6 % de la población, 38.8 millones de personas, no se autorreportaron afiliadas a ningún subsistema de salud**, esto representa un aumento de 16.4 millones de personas respecto a 2018. La población afiliada al INSABI disminuyó en 18.7 millones de personas durante el mismo periodo (INEGI, 2021).

Las entidades federativas presentan un rango que va **desde 20.1 % hasta 40.8 % de su población sin afiliación a ISS**. De manera complementaria, la población afiliada al programa INSABI², cuya población objetivo son las personas sin afiliación a ISS, van **desde 8.5 % hasta 46.4 % de la población estatal** (CIEP, 2022).

Capacidad física y humana

Existe **heterogeneidad en los paquetes de servicios entre instituciones**. Mientras que las instituciones de seguridad social, IMSS e ISSSTE, cubren 8 mil intervenciones de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE), el INSABI cubría mil 807 intervenciones definidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), 22.5 % del total (CIEP, 2018).

Considerando solo los SESA, en teoría, los estados cubren las mismas intervenciones definidas por el CAUSES y el tra-

tamiento de las especialidades definidas en el Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI). Sin embargo, los recursos físicos y humanos con los que pueden brindar estos servicios presentan alta heterogeneidad entre ellos.

Camas México cuenta con **1.1 camas por cada mil habitantes contra 4.8 camas del promedio de la OCDE**. Sin embargo, al analizar únicamente el número de camas disponibles de los SESA, ninguna entidad alcanza el promedio nacional. El rango va desde 0.2 camas hasta 0.9 camas por cada mil habitantes (CIEP, 2022).

Médicos El número de médicos **promedio de la OCDE es 3.3, en México se cuenta con 2.0 médicos** por cada mil habitantes. Nuevamente, ninguna entidad alcanza el promedio nacional, lo que sugiere la mayor participación de personal médico en las ISS respecto a los SESA. El rango va de 0.47 a 1.49 médicos por cada mil habitantes (CIEP, 2022).

Personal de enfermería En México, el número de **enfermeras y enfermeros por cada mil habitantes es 2.4, mientras el promedio de la OCDE es 9.1**. El valor mínimo se presenta con 0.6 personas en enfermería por cada mil habitantes, mientras que el valor máximo es de 1.9 (CIEP, 2022).

Gasto per cápita

El gasto per cápita en salud en las entidades oscila entre \$3,832 pesos y \$7,310 pesos³. El gasto de bolsillo, para esta población sin afiliación a ISS se ubica **entre 4.9 % y 40.6 % del gasto total en salud** (CIEP, 2022).

En promedio, en 2022, el gasto per cápita para una persona con afiliación a las ISS es 1.5 veces el gasto per cápita para una persona sin afiliación a las ISS (CIEP, 2022).

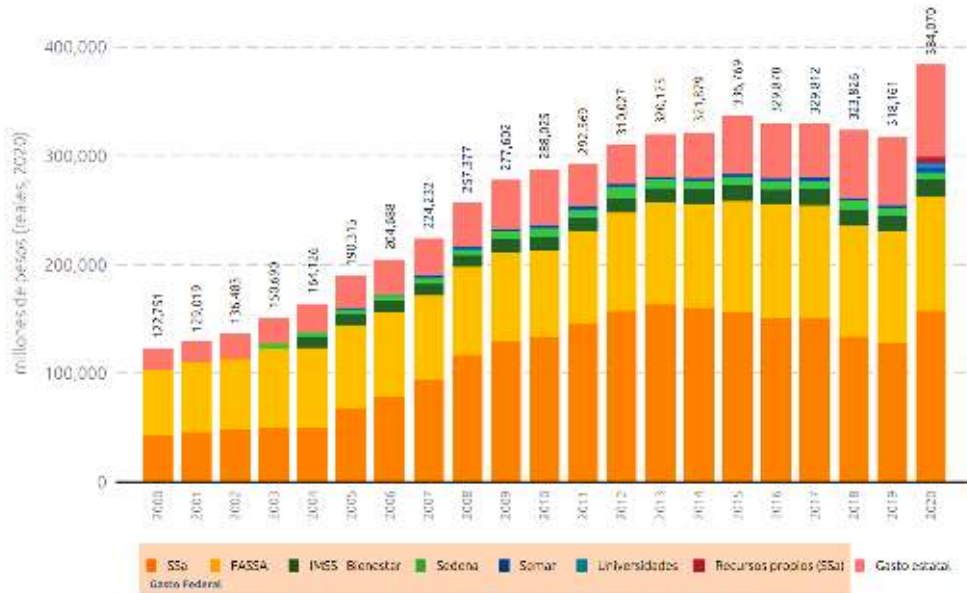
El gasto per cápita, promedio, entre estos dos grupos de la población es de \$7,277 pesos y \$4,979 pesos respectivamente. Entre entidades, el rango va desde una **diferencia de 1.8 % hasta 189.6 % entre el gasto per cápita para la población con afiliación a las ISS respecto a la población sin afiliación a ellas y refleja la desigualdad de recursos para atención a la salud** (CIEP, 2022).

¹ La CUS hace referencia a una cobertura teórica. Para hablar de una cobertura efectiva tendrían que incluirse variables de atención y de calidad.

² Hasta 2019, Seguro Popular.

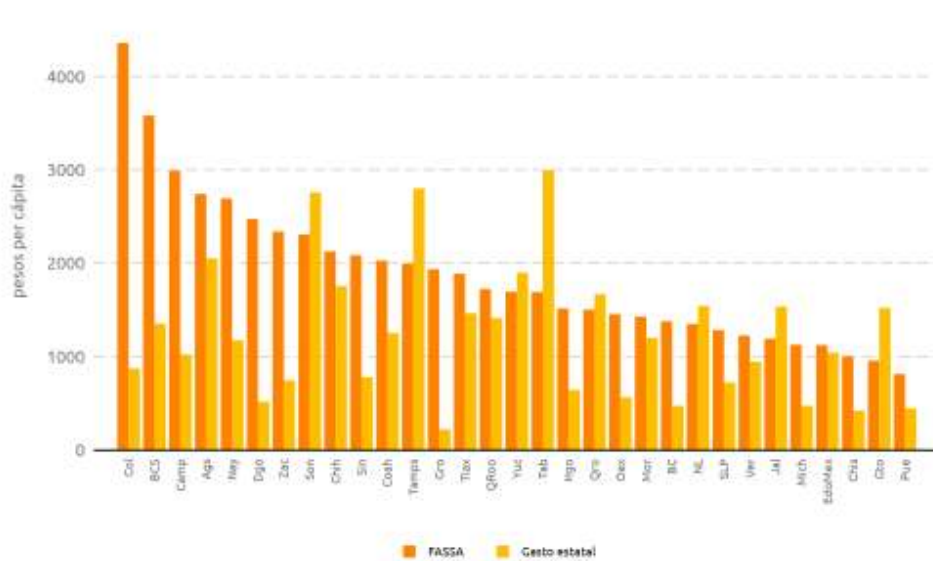
³ Sin considerar el valor de la CDMX debido a que incluye la centralización de servicios e Institutos de especialidades que brindan atención a población que proviene de diferentes estados del país.

Figura 1: Financiamiento de los SESA



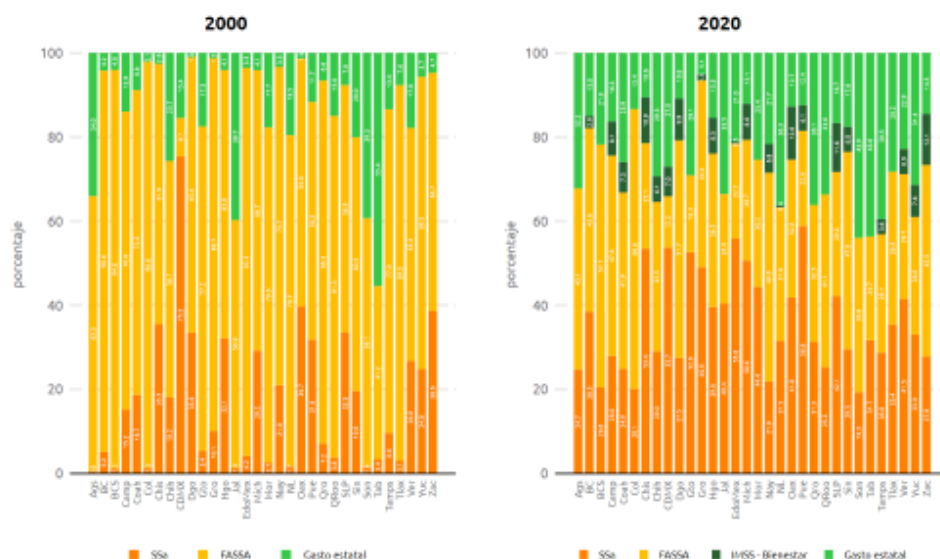
Fuente: Elaboración por el CIEP, con información de: DGIS (2020).

Figura 2: FASSA vs Gasto estatal 2020



Fuente: Elaboración por el CIEP, con información de: DGIS (2020).

Figura 3: Composición del gasto para población SSS: 2000 vs 2020



Fuente: Elaboración por el CIEP, con información de: DGIS (2020).

2.2 Financiamiento

De acuerdo con el análisis previo se identificaron diferencias en la capacidad física, humana y económica entre las ISS y los SESA. Una diferencia adicional es la fuente de financiamiento.

Mientras las ISS obtiene sus recursos de las CSS, los recursos que las entidades federativas destinan a sus sistemas estatales de salud se componen de recursos propios y recursos que la federación transfiere a los estados. Se identifican las siguientes fuentes de financiamiento⁴:

- SSa** Presupuesto de la SSa (Ramo 12) distribuido por entidad federativa.
- FASSA** Ramo 33, aportaciones etiquetadas para conceptos de salud por entidad federativa.
- IMSS-Bienestar** Programa presupuestario dentro de Aportaciones a seguridad social (Ramo 19).
- Recursos propios (estatales)** Incluye la Aportación solidaria estatal (ASE) y recursos propios que la entidad que se destinen al sector salud.

El gasto público para salud en los SESA alcanzó su máximo nivel en 2015 con 336 mil 769 mdp, en términos reales.

De 2013 a 2019, los **recursos propios estatales crecieron 62.6%, sin embargo, este aumento no fue suficiente para compensar la reducción de 9.6% del presupuesto que proviene de fuentes federales** (Figura 1).

Durante 2020, año de inicio de la pandemia por Covid-19 los recursos federales incrementaron 16.7% respecto a 2019, mientras que en los estatales el aumento fue de 34.6%.

De 2013 a 2020, la participación del presupuesto estatal dentro del presupuesto total para salud en los estados se incrementó de 12.6% a 22.9%. Paralelamente, el **presupuesto que provino de fuentes federales bajó su participación de 87.4% a 77.0%** (Figura 1).

De manera específica, si se compara el presupuesto de los SESA que proviene las aportaciones federales contra la inversión estatal de recursos propios se encuentra que **ocho entidades federativas invierten, en términos per cápita, mayor presupuesto de los que reciben de aportaciones federales** etiquetadas para el sector salud (Figura 2).

En la Figura 3 se observa el cambio en la composición del gasto para salud en la población sin afiliación a ISS. Mientras que, en 2020 la mayor parte del financiamiento provenía de

⁴ La información proviene de los datos que publica la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud (SSa). Las cifras más recientes llegan hasta 2020. A diferencia de las bases del presupuesto federal, esta fuente permite identificar y cuantificar los recursos propios estatales.

las transferencias de la SSA y del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), aunque para el año 2020 estas siguen siendo las principales fuentes de financiamiento, los recursos propios estatales se expanden en todas las entidades.

2.3 Brecha presupuestaria

Una de las razones del análisis del financiamiento de los SESA se vincula a la brecha presupuestaria para avanzar hacia la cobertura universal. La brecha de recursos es la diferencia entre las necesidades presupuestarias para hacer frente a la demanda de servicios de salud y el gasto que actualmente se destina para dicho concepto.

A nivel nacional y para todos los subsistemas de salud, la brecha presupuestaria alcanza los tres puntos del PIB (CIEP, 2018), de los cuales, los SESA requieren, al menos **aumentar sus recursos en 1.1 % del PIB**. A nivel subnacional la brecha presupuestaria va **desde 0.4 % hasta 7.2 % del PIB estatal**. Como porcentaje del presupuesto que los estados destinan a salud el rango oscila entre 29.7 % hasta 153.4 %.

3

Implicaciones de política pública

Un sistema de salud para toda la población sin afiliación a las ISS requiere un esquema de financiamiento acorde a las características demográficas de este grupo de la población, empezando por la población potencial de atención.

Los resultados de la investigación indican que, desde 2015, el presupuesto de los SESA se había contraído. Esta caída tiene dos particularidades: las fuentes estatales aumentaron y las federales cayeron.

Lo anterior podría reflejar, por un lado, la **falta de inversión y de priorización del sector salud a nivel federal, por otro lado, el papel de los gobiernos subnacional al identificar las necesidades crecientes en materia de salud**. Sin embargo, esta inversión no es generalizada.

Al analizar los recursos que obtienen los estados por aportaciones federales contra los recursos que invierten de fuentes propias del estado se encuentra que, **ocho entidades: Guanajuato, Jalisco, Nuevo León, Querétaro, Sonora, Tabasco, Tamaulipas y Yucatán cuentan con un gasto per cápita mayor proveniente de recursos propios que los que reciben por FASSA**.

El Sistema de Salud requiere una discusión de **co-financiamiento: federal, estatal e individual**, que empieza por reconocer las **responsabilidades recaudatorias** que surgen de la brecha de recursos para la CUS. Las necesidades que surgen de la transición demográfica no se han resuelto con el esquema de financiamiento actual del Sistema de Salud; cada vez se vuelve más necesaria la **discusión de un nuevo contrato social en salud** para México (Shafik, 2021).

Acróminos

- ASE** Aportación solidaria estatal
- CAUSES** Catálogo Universal de Servicios de Salud
- CIE** Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud
- CIEP** Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C.
- CSS** Cuotas a la Seguridad Social
- CUS** Cobertura Universal en Salud
- DGIS** Dirección General de Información en Salud
- FASSA** Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
- FONSABI** Fondo de Salud para el Bienestar
- IMSS** Instituto Mexicano del Seguro Social
- INEGI** Instituto Nacional de Estadística y Geografía
- INSABI** Instituto Nacional de Salud para el Bienestar
- ISS** Instituciones de Seguridad Social
- ISSSTE** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- mdp** millones de pesos

OCDE Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

OMS Organización Mundial de la Salud

PIB Producto Interno Bruto

Segob Secretaría de Gobernación

SESA Servicios Estatales de Salud

SNS Sistema Nacional de Salud

SP Seguro Popular

SSa Secretaría de Salud

- CIEP. (2021). **Ingresos públicos en México: hacia un nuevo sistema fiscal.** (Disponible en <https://ingresosenmexico.ciep.mx/>.)
- CIEP. (2022). **Finanzas Públicas Locales: hacia una nueva coordinación fiscal.** (Disponible en <https://finanzaslocales.ciep.mx/>.)
- DGIS. (2020). **Sicuentas.** http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_sicuentas_gobmx.html.
- IMSS. (2022a). **Avanza gobierno federal en proceso para garantizar derecho a la salud con programa IMSS-BIENESTAR.** (Disponible en <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202205/215>.)
- IMSS. (2022b). **IMSS-Bienestar. Historia.** (Disponible en <http://www.imss.gob.mx/imss-bienestar>.)
- IMSS. (2022c). **Trabaja gobierno federal en modelo integral de salud con enfoque preventivo para personas sin seguridad social.** (Disponible en <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202203/127>.)
- INEGI. (2021). **Encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares.** <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2020/>.
- OMS. (2018). **Cobertura sanitaria universal.** Disponible en http://www.who.int/universal_health_coverage/es/.
- Segob. (2022). **Conferencia de prensa del presidente Andrés Manuel López Obrador del 10 de mayo de 2022.** (Disponible en <https://www.gob.mx/insabi/articulos/conferencia-de-prensa-del-presidente-andres-manuel-lopez-obrador-del-10-de-mayo-de-2022-301381>.)
- Shafik, M. (2021). **What We Owe Each Other** (Primera ed.). Vintage Digital.

Bibliografía

- CIEP. (2018). **Sistema Universal de Salud: retos de cobertura y financiamiento.** (Disponible en <https://ciep.mx/hvmq>.)



Somos un **centro de investigación** de la sociedad civil, sin fines de lucro y apartidista, **que contribuye a la comprensión de la economía y finanzas públicas** en México, mediante herramientas y análisis accesibles y técnicamente sólidos, **para lograr una sociedad más informada y participativa**, mejorar las políticas públicas y construir un sistema fiscal **en beneficio de las generaciones presentes y futuras**.

Gracias a todos ustedes, **celebramos 10 años** cumpliendo nuestra misión. 10 mil gracias.

