
CENTRO DE INVESTIGACIÓN ECONÓMICA Y PRESUPUESTARIA, A.C.

CONSIDERACIONES DE IMPACTO PRESUPUESTARIO

DE LA INICIATIVA QUE REFORMA, ADICIONA Y DEROGA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD, DE LA LEY DE COORDINACIÓN FISCAL Y DE LA LEY DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

Resumen

El impacto presupuestario de la iniciativa actual pudiera superar el 3 % del PIB sin considerar los costos laborales y una inminente transición epidemiológica. El Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C. (CIEP) cuenta con las metodologías y modelos necesarios para hacer una evaluación de impacto presupuestario precisa. El presente documento es una aproximación a las estimaciones que se podrían afinar en el corto plazo.

3 de septiembre de 2019



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 MEJORAR LAS POLÍTICAS PÚBLICAS, lograr una sociedad MÁS INFORMADA Y PARTICIPATIVA y construir un sistema fiscal SOSTENIBLE E INCLUYENTE en beneficio de las GENERACIONES PRESENTES Y FUTURAS.

ÍNDICE GENERAL

1	INTRODUCCIÓN	1
2	ESTIMACIONES DE IMPACTO PRESUPUESTARIO	3
2.1	ESTIMACIÓN 1: GASTO PER CÁPITA POR AFILIACIÓN.	3
2.2	ESTIMACIÓN 2: GASTO PER CÁPITA POR USO	6
2.3	ESTIMACIÓN 3: COSTOS DE SALUD	7
2.4	IMPACTO PRESUPUESTARIO POR ESCENARIO	12
3	COSTO LABORAL	14
4	TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CAMBIO DEMOGRÁFICO	17
5	TRANSICIÓN ORDENADA	20
6	COMENTARIOS FINALES	23
	ACRÓNIMOS	24
	BIBLIOGRAFÍA	25

1 | INTRODUCCIÓN

REFORMA AL SISTEMA DE SALUD

Crear un sistema universal de salud mexicano es una de las **reformas sociales más trascendentes** para el país en el siglo XXI. En días recientes, se presentó en la Cámara de Diputados la Iniciativa que adiciona, reforma y deroga diversas disposiciones de la Ley General de Salud, la Ley de Coordinación Fiscal y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud (Parlamentaria, 2019).

INSABI: POBLACIÓN SIN SEGURIDAD SOCIAL PAQUETE ILIMITADO SIN CUOTAS COSTOS LABORALES

De manera general, la iniciativa tiene el objetivo de crear el **INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR (INSABI)**, el cual tendría la finalidad de atender a toda la población sin seguridad social, con un paquete ilimitado de servicios, sin pago por concepto de cuotas y contemplando un cambio en el esquema laboral de absorber al personal en plazas estatales del sector salud.

FINANCIAMIENTO MÁS ALLÁ DE AUSTERIDAD Y EFICIENCIA

Sin embargo, no se puede pensar en un sistema universal de salud sin **financiamiento suficiente**. Más allá de las medidas de austeridad y eficiencia, la transición demográfica, con su respectiva transición epidemiológica, presenta retos significativos, donde las enfermedades crónico degenerativas han empezado a sustituir de manera creciente a las enfermedades infecciosas.

DISEÑO RESPONSABLE Y SOSTENIBLE

Se reconoce el sentido de urgencia, ya que entre 20 y 30 millones de personas no tienen acceso efectivo a los sistemas de salud, lo que genera profundas inequidades (CIEP, 2018). No obstante, el diseño que surja debe considerar riesgos y proyecciones actuales, además de presentar una ruta crítica realista en tiempos y recursos, y asegurarse de ser **fiscalmente sostenible**.

OBJETIVO: IMPACTO PRESUPUESTARIO

El objetivo de este documento es **cuantificar, con modelos, estimaciones y bases técnicamente sólidas, el impacto presupuestario de la iniciativa bajo diferentes escenarios** de cobertura y de supuestos económicos.

ESTRUCTURA

Las consideraciones se presentan en cuatro secciones principales. En la primera se habla de los costos de salud desde tres puntos de partida diferentes: el gasto per cápita por afiliado, el gasto per cápita por usuario y los costos de atención a la salud. La segunda sección detalla cuáles serían los



costos laborales de dicha iniciativa al basificar las plazas estatales de los Servicios Estatales de Salud (SESAs).

Los efectos de la **transición epidemiológica y del cambio demográfico** se presentan en la tercera sección. En la cuarta sección se elaboran observaciones puntuales a la iniciativa para, finalmente, concluir con breves comentarios finales.

2 | ESTIMACIONES DE IMPACTO PRESUPUESTARIO

TRES ENFOQUES DE APROXIMACIÓN

Cuantificar los costos de un Sistema de Salud no es tarea menor. Para la Iniciativa que busca la creación del INSABI las estimaciones presentadas abarcan tres enfoques, cada uno con supuestos particulares:

1. Gasto per cápita por afiliación
2. Gasto per cápita por usuario
3. Costos de las intervenciones de salud

2.1 ESTIMACIÓN 1: GASTO PER CÁPITA POR AFILIACIÓN

El principio básico es aplicar el gasto per cápita a la población que será beneficiaria, potencial, del INSABI. Dado que la iniciativa¹ considera un paquete ilimitado de servicios, se toma de referencia el gasto per cápita del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

SUPUESTOS:

- Tasa de atención aproximada de 40 % ².
- Gasto per cápita por afiliado refleja los costos de salud.
- Cifras de autorreporte de Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) como mejor proxy de afiliación.
- Existe infraestructura, recursos físicos y humanos para atender a la población considerada.

Los parámetros de estimación utilizados se presentan en el Cuadro 2.1. Se utilizan dos cifras de gasto per cápita.

GASTO PER CÁPITA

La primera corresponde a la división del presupuesto ejercido por el IMSS³ en 2018 entre la población que se autorreporta afiliada al Instituto, de acuerdo

¹ Iniciativa que adiciona, reforma y deroga diversas disposiciones de la Ley General de Salud, la Ley de Coordinación Fiscal y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

² (CIEP, 2018)

³ Sólo del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM).



CUADRO 2.1. ESTIMACIÓN COSTO INSABI: GASTO PER CÁPITA DE AFILIACIÓN

Gasto per cápita	Población		Total de población	Gasto (mdp)		Total de gasto
	SP + Prospera	Sin Seg Soc		SP + Prospera	Sin Seg Soc	
\$6,232	53,256,613	22,526,298	75,782,911	\$331,913	\$140,391	\$472,304
\$8,068	53,256,613	22,526,298	75,782,911	\$429,664	\$181,738	\$611,402

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2019); Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) (2019b).

con los resultados de la ENIGH 2018, se llega a un resultado de **\$6,232**, en pesos reales de 2019.

Para la segunda se utilizó el gasto por asegurado al SEM reportado por el IMSS(IMSS, 2017b), se ponderó de acuerdo con la estructura demográfica ya que dicho costo se presenta por edad, se actualizó por inflación y se expresó en pesos de 2019, se llega a un total de **\$8,068**.

POBLACIÓN BENEFICIADA Se utiliza la misma población en ambos casos. **53 millones 256 mil 613 personas** se autorreportaron afiliadas al **Seguro Popular (SP)** y/o al IMSS Prospera. Se presenta también la población, hasta ahora excluida del Sistema de Salud, población que no cuenta con seguridad social y que tampoco es beneficiaria de ninguno de estos dos programas, dado que, de acuerdo con la iniciativa, esta sería **población potencial adicional**, suma **22 millones, 526 mil 298 personas**.

RESULTADOS Finalmente, como se puede observar en la Figura 2.1, se obtienen cuatro escenarios para la estimación del INSABI con gasto per cápita por afiliado.

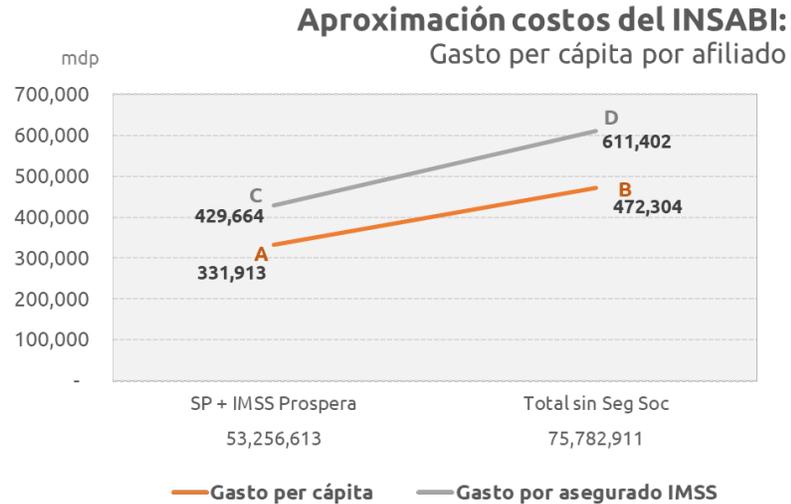
GASTO PER CÁPITA PARA POBLACIÓN CON SP E IMSS PROSPERA Utilizando el gasto per cápita que resulta del presupuesto ejercido del IMSS y aplicándolo al total de la población que actualmente cuenta con SP y/o IMSS Prospera se llega a un total de **\$331,913 mdp**, punto **A** de la Figura 2.1. Esto significa que si se resta el presupuesto que se destinó para SP y Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) en 2018⁴, \$169,840 mdp, resulta un **impacto presupuestario de \$162,073 mdp**.

GASTO PER CÁPITA PARA TODA LA POBLACIÓN SIN SEGURIDAD SOCIAL Al utilizar el mismo gasto per cápita del presupuesto ejercido del IMSS pero ahora sumando la población que no cuenta con seguridad social ni es beneficiaria actualmente del SP ni de IMSS Prospera, es decir, cubriendo al total de la población que no cuenta con seguridad social, se llega a un total **\$472,304 mdp**, punto **B** de la Figura 2.1. Al restarle el presupuesto

⁴ A pesos de 2019.



FIGURA 2.1. APROXIMACIÓN DE COSTOS DEL INSABI: GASTO PER CÁPITA POR AFILIADO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019); SHCP (2019b).

que se destinó para SP y FASSA en 2018⁵, \$169,840 mdp, resulta un **impacto presupuestario de \$302,465 mdp.**

GASTO POR ASEGURADO IMSS
PARA LA POBLACIÓN CON
SP E IMSS PROSPERA

Si la estimación se realiza con el gasto que reporta el IMSS tener por cada asegurado al SEM y se aplica al total de población que actualmente cuenta con SP y/o IMSS Prospera se llega a un total de **\$429,664 mdp**, punto **C** de la Figura 2.1. Lo cual significa que si se resta el presupuesto que se destinó para SP y FASSA en 2018⁶, \$169,840 mdp, resulta un **impacto presupuestario de \$259,825 mdp.**

GASTO POR ASEGURADO IMSS
PARA TODA LA POBLACIÓN SIN
SEGURIDAD SOCIAL

Por último, al utilizar el gasto que reporta el IMSS por cada asegurado al SEM y aplicarlo al total de la población que no cuenta con seguridad social, es decir, la población con SP y/o IMSS Prospera más la población que no cuenta con ninguna afiliación, se alcanza un total de **\$611,402 mdp**, punto **D** de la Figura 2.1. Al restar el presupuesto que se destinó para SP y FASSA en 2018⁷, \$169,840 mdp, se llega a un **impacto presupuestario de \$441,562 mdp.**

⁵ A pesos de 2019.

⁶ A pesos de 2019.

⁷ A pesos de 2019.



CUADRO 2.2. ESTIMACIÓN COSTO INSABI: GASTO PER CÁPITA DE USUARIO

Gasto per cápita	Población*		Total de población	Gasto (mdp)		Total de gasto
	SP + Prospera	Sin Seg Soc		SP + Prospera	Sin Seg Soc	
\$11,495	35,681,035	13,837,455	49,518,490	410,161	159,064	569,225
\$21,710	35,681,035	13,837,455	49,518,490	774,650	300,417	1,075,067

*Se contabiliza la población que reportó tener alguna necesidad de salud.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019); SHCP (2019b).

2.2 ESTIMACIÓN 2: GASTO PER CÁPITA POR USO

En este caso la lógica es aplicar el gasto por usuario, tanto del SP como del IMSS al total de personas que reportaron tener alguna necesidad de salud en la ENIGH 2018. Los parámetros de estimación utilizados se presentan en el Cuadro 2.2. Se presentan, nuevamente, dos estimaciones de gasto per cápita.

SUPUESTOS:

- Gasto per cápita por usuario proxy de costo promedio de atención en salud.
- Cifras de autorreporte de ENIGH como mejor proxy de afiliación.
- Existe infraestructura, recursos físicos y humanos para atender a la población considerada.

GASTO PER CÁPITA

La primera estimación corresponde a la división del presupuesto ejercido por el SP en 2018 entre la población que reporta, ante una necesidad de salud, haber usado dichos servicios, estas cifras se obtienen de la ENIGH 2018 y se llega a un resultado de **\$11,495** pesos de 2019.

Para la segunda estimación se utilizó el presupuesto ejercido por el IMSS en 2018 entre la población que reportó, ante una necesidad de salud, haber usado los servicios del Instituto, estas cifras también se obtienen de la ENIGH 2018 y se llega a un resultado de **\$21,710** pesos de 2019.

POBLACIÓN CON NECESIDAD

Se utiliza la misma población en ambos casos. **35 millones 681 mil 035 personas** afiliadas al SP y/o al IMSS Prospera reportaron tener alguna necesidad de salud. En cuanto a la población que tuvo alguna necesidad de salud y que no cuenta con seguridad social, **población potencial adicional**, sumó **13 millones 837 mil 355 personas**.

RESULTADOS

Finalmente, como se puede observar en la Figura 2.2 se obtienen cuatro escenarios para la estimación del INSABI con gasto por usuario. Al contar con una diferenciación del gasto por usuario para SP y para IMSS, la diferencia



puede atender y ser una proxy de la diferencia de paquetes de servicios; el paquete de SP considerando el Catálogo Único de Servicios de Salud (CAUSES) y el paquete ilimitado del IMSS.

GASTO POR USUARIO DEL SP
PARA POBLACIÓN DEL SP E IMSS
PROSPERA

Utilizando el gasto por usuario del SP y aplicándolo al total de la población que actualmente cuenta con SP y/o IMSS Prospera se llega a un total de **\$410,161 mdp**, punto **A** de la Figura 2.2. Lo cual significa que si se le resta el presupuesto que se destinó para SP y FASSA en 2018⁸, \$169,840 mdp, resulta un **impacto presupuestario de \$240,321 mdp**.

GASTO POR USUARIO DEL SP
PARA TODA LA POBLACIÓN SIN
SEGURIDAD SOCIAL

Al utilizar el mismo gasto por usuario del SP pero ahora sumando la población que no cuenta con seguridad social ni es beneficiaria actualmente del SP ni de IMSS Prospera, es decir, cubriendo al total de la población que no cuenta con seguridad social, se llega a un total **\$569,225 mdp**, punto **B** de la Figura 2.2. Al restarle el presupuesto que se destinó para SP y FASSA en 2018⁹, \$169,840 mdp, resulta un **impacto presupuestario de \$399,386 mdp**.

GASTO POR USUARIO DEL IMSS
PARA POBLACIÓN DEL SP E IMSS
PROSPERA

Si la estimación se realiza con el gasto por usuario del IMSS y se aplica al total de población que actualmente cuenta con SP y/o IMSS Prospera se llega a un total de **\$774,650 mdp**, punto **C** de la Figura 2.2. Lo cual significa que si se resta el presupuesto que se destinó para SP y FASSA en 2018¹⁰, \$169,840 mdp, resulta un **impacto presupuestario de \$604,810 mdp**.

GASTO POR USUARIO DEL IMSS
PARA TODA LA POBLACIÓN SIN
SEGURIDAD SOCIAL

Por último, al utilizar el gasto por usuario del IMSS y aplicarlo al total de la población que no cuenta con seguridad social, es decir, la población con SP y/o IMSS Prospera más la población que no cuenta con ninguna afiliación, se alcanza un total de **\$1,075,067 mdp**, punto **D** de la Figura 2.2. Al restar el presupuesto que se destinó para SP y FASSA en 2018¹¹, \$169,840 mdp, se llega a un **impacto presupuestario de \$905,227 mdp**.

2.3 ESTIMACIÓN 3: COSTOS DE SALUD

La tercera aproximación corresponde al costeo de intervenciones seleccionadas de salud. Se utilizaron tres categorías:

- 1. Enfermedades más comunes:** Se cubre un total de 12 enfermedades infecciosas.

⁸ A pesos de 2019.

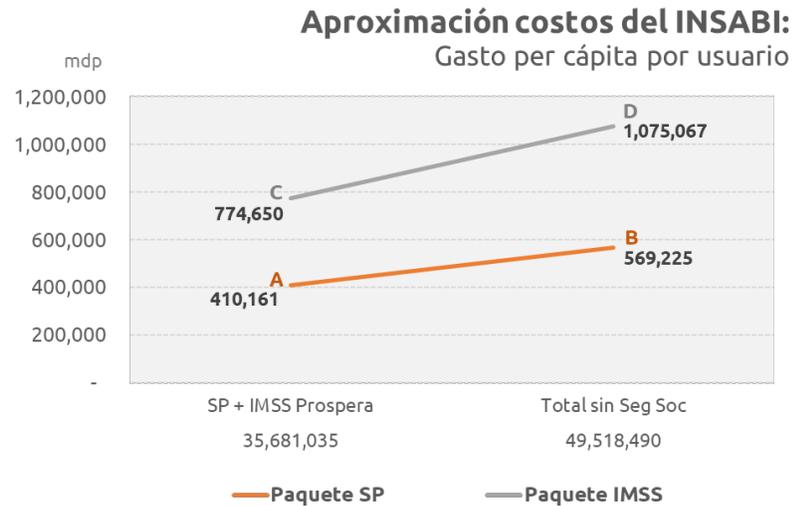
⁹ A pesos de 2019.

¹⁰ A pesos de 2019.

¹¹ A pesos de 2019.



FIGURA 2.2. APROXIMACIÓN DE COSTOS DEL INSABI: GASTO PER CÁPITA POR USUARIO



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI (2019); SHCP (2019b).

2. Prevención: Se costea con nueve grupos de edad.

3. Paquete esencial: Se utiliza un paquete de servicios esenciales definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que incluye intervenciones maternas, infantiles, infecciosas¹² y crónico degenerativas adaptadas al caso mexicano de acuerdo al perfil epidemiológico del país.

Estimar el costo de las intervenciones de salud contribuye a dimensionar los costos de la atención a la salud y las implicaciones de contar con un paquete ilimitado de servicios. Además permite realiza comparaciones pertinentes con las estimaciones de gasto per cápita por afiliación y por usuario.

SUPUESTOS

- Costos de las intervenciones representativos¹³.
- Inflación de los costos de salud igual a inflación general.
- Existe infraestructura, recursos físicos y humanos para atender a la población considerada.

METODOLOGÍA Para desarrollar las proyecciones del gasto en salud, se estima el costo de cada intervención, de la manera que lo hicieron Glassman and Zoloa (2014).

¹² Diferentes a las incluidas en la categoría de infecciosas.

¹³ Que reflejan los costos reales de cada intervención.



Ellos estipulan que el gasto en salud, por enfermedad, se compone del producto de tres factores:

1. la probabilidad de enfermarse.
2. la probabilidad de atenderse.
3. el costo promedio aproximado.

GASTO POR ENFERMEDAD =
TRATAMIENTOS * COSTO PROMEDIO

Dado que la probabilidad de atenderse está en función de la probabilidad de enfermarse¹⁴, se propone reducir las probabilidades en un único dato: las personas diagnosticadas, tratadas, número de consultas o intervenciones médicas reportadas por las instituciones de salud mexicanas. Esto se refleja en la ecuación 2.1.

$$GS_t^e = \sum_d^D N_d^e * CD_{t_0}^d \quad (2.1)$$

Donde GS es el gasto en salud de determinado escenario (e) y tiempo (t); N el número de personas diagnosticadas, tratadas, número de consultas o intervenciones médicas, de acuerdo con el indicador o dimensión de la enfermedad (d); y CD es el costo promedio del diagnóstico, tratamiento, consulta o intervención médica dentro de los indicadores en t_0 . La misma metodología se aplica a cada una de las categorías incluidas: enfermedades infecciosas, prevención y paquete esencial de servicios.

RESULTADOS:
POBLACIÓN DEL SP Y/O IMSS
PROSPERA

De acuerdo con el perfil epidemiológico y demográfico del país, y con los costos de las intervenciones desglosadas en el Cuadro 2.3, atender a toda la población que actualmente cuenta con SP y/o con IMSS Prospera costaría **\$554,834 mdp, equivalentes a 2.2 % del PIB de 2019.**

RESULTADOS:
TODA LA POBLACIÓN SIN
SEGURIDAD SOCIAL

De acuerdo con el perfil epidemiológico y demográfico del país, y con los costos de las intervenciones desglosadas en el Cuadro 2.4, atender a toda la población sin seguridad social, es decir, la población que actualmente cuenta con SP y/o IMSS Prospera y la población que no se encuentra afiliada a ninguna institución costaría **\$792,620 mdp, equivalentes a 3.2 % del PIB de 2019.**

¹⁴ Es decir, no se atienden a los que no se enferman.



CUADRO 2.3. COSTEO DE INTERVENCIONES DE SALUD SELECCIONADAS: TOTAL DE POBLACIÓN DEL SP E IMSS PROSPERA

Intervención	Total
INFECCIOSAS	176,395,725,801
Infecciones respiratorias agudas	172,675,043,370
Infección de vías urinarias	1,305,223,548
Úlceras, gastritis y duodenitis	857,741,568
Gingivitis y enfermedades periodontales	256,565,086
Conjuntivitis	162,226,017
Otitis media aguda	225,742,510
Vulvovaginitis aguda	247,809,086
Intoxicación por picadura de alacrán	225,463,785
Asma y estado asmático	307,580,321
Amebiasis intestinal	59,055,052
Faringitis y amigdalitis estreptocócicas	47,226,945
Varicela	26,048,513
PREVENCIÓN	47,255,719,685
Recién nacido	446,263,873
entre 1 y 5 años	1,443,619,079
entre 5 y 9 años	1,649,892,382
entre 10 y 19 años	3,792,962,241
mujeres de 20 a 59 años	11,709,530,050
hombres de 20 a 59 años	8,307,212,414
Exámen médico mujeres 40 a 59 años	6,696,821,866
Exámen médico hombres 40 a 59 años	5,448,429,643
más de 60 años	7,760,988,137
ESENCIAL OMS	331,182,413,261
Salud reproductiva, materna, natal e infantil	22,374,587,683
Planificación familiar	8,540,970,093
Embarazo y cuidado prenatal	13,287,132,407
Vacunas infantiles	394,880,784
Tratamientos infantiles	151,604,400
Enfermedades infecciosas	7,911,862,465
Tuberculosis	80,081,353
SIDA	7,680,410,248
Paludismo	151,370,864
Enfermedades No Transmisibles	300,895,963,113
Hipertensión	156,352,104,131
Diabetes	137,343,536,762
CaCu	349,166,331
CaMa	461,354,043
Cáncer de próstata	5,839,043,460
Depresión	550,758,385
TOTAL	554,833,858,748

* Costos del tabulador de CAUSES (Seguro Popular).

** Costos de los Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD) del IMSS.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Secretaría de Salud (SSa) (2018); Dirección General de Gestión de Servicios de Salud (2016); IMSS (2017a).



CUADRO 2.4. COSTEO DE INTERVENCIONES DE SALUD SELECCIONADAS: TOTAL DE POBLACIÓN SIN SEGURIDAD SOCIAL

Intervención	Total
INFECCIOSAS	251,993,894,002
Infecciones respiratorias agudas	246,678,633,386
Infección de vías urinarias	1,864,605,069
Úlceras, gastritis y duodenitis	1,225,345,098
Gingivitis y enfermedades periodontales	366,521,551
Conjuntivitis	231,751,454
Otitis media aguda	322,489,299
Vulvovaginitis aguda	354,012,980
Intoxicación por picadura de alacrán	322,091,122
Asma y estado asmático	439,400,459
Amebiasis intestinal	84,364,360
Faringitis y amigdalitis estreptocócicas	67,467,064
Varicela	37,212,162
PREVENCIÓN	67,508,170,979
Recién nacido	637,519,818
entre 1 y 5 años	2,062,312,970
entre 5 y 9 años	2,356,989,117
entre 10 y 19 años	5,418,517,488
mujeres de 20 a 59 años	16,727,900,072
hombres de 20 a 59 años	11,867,446,306
Exámen médico mujeres 40 a 59 años	9,566,888,379
Exámen médico hombres 40 a 59 años	7,783,470,919
más de 60 años	11,087,125,910
ESENCIAL OMS	473,117,733,231
Salud reproductiva, materna, natal e infantil	31,963,696,691
Planificación familiar	12,201,385,847
Embarazo y cuidado prenatal	18,981,617,725
Vacunas infantiles	564,115,405
Tratamientos infantiles	216,577,714
Enfermedades infecciosas	11,302,660,664
Tuberculosis	114,401,933
SIDA	10,972,014,640
Paludismo	216,244,091
Enfermedades No Transmisibles	429,851,375,876
Hipertensión	223,360,148,759
Diabetes	196,205,052,517
CaCu	498,809,045
CaMa	659,077,204
Cáncer de próstata	8,341,490,657
Depresión	786,797,693
TOTAL	792,619,798,211

* Costos del tabulador de CAUSES (Seguro Popular).

** Costos de los GRD del IMSS.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de SSa (2018); Dirección General de Gestión de Servicios de Salud (2016); IMSS (2017a).



2.4 IMPACTO PRESUPUESTARIO POR ESCENARIO

Las estimaciones de costos presentadas con tres enfoques diferentes, con supuestos particulares y, a su vez, con fuentes de información diversas arrojan resultados del impacto presupuestario acorde a cada escenario. En el Cuadro 2.6 se presentan los resultados de **diez escenarios estimados**.

INTERPRETACIÓN

Los resultados corresponden al **impacto presupuestario**, es decir, no corresponden a los costos de cada escenario. Los costos por escenario se pueden consultar en las secciones 2.1, 2.2 y 2.3. En cambio, las cifras presentadas en el Cuadro 2.6 son el resultado de restar el presupuesto asignado para el SP y el FASSA en 2018, a pesos de 2019, que suma \$169,840 mdp a los costos estimados en cada escenario.

GASTO PER CÁPITA POR AFILIACIÓN: 4 ESCENARIOS

Dados los supuestos, presentados en la sección 2.1, para estimar el costo del INSABI considerando el gasto per cápita por afiliación, este podría considerarse como el enfoque más conservador. El impacto presupuestario dependerá de la población potencial de atención y de considerar una fuente que proviene de un gasto público inercial o de una estimación propia del IMSS. De manera que, el resultado podrá oscilar entre **\$162,063 mdp y \$441,562 mdp**.

GASTO POR USUARIO: 4 ESCENARIOS

Dados los supuestos, presentados en la sección 2.2, para estimar el costo del INSABI considerando el gasto por usuario, este podría considerarse un enfoque más incluyente en cuanto a tasas de atención y que responde a las cifras de población que tuvo alguna necesidad de salud. En este caso, el impacto presupuestario dependerá, nuevamente, de la población potencial de atención y de considerar un gasto por usuario del SP o por usuario del IMSS. De esta manera, el resultado podrá oscilar entre **\$240,321 mdp y \$905,227 mdp**.

COSTOS DE SALUD: 2 ESCENARIOS

Dados los supuestos, presentados en la sección 2.3, para estimar el costo del INSABI considerando los costos de atención por intervención, este podría considerarse el enfoque vinculado a las variables demográficas y epidemiológicas del país. En este caso, el impacto presupuestario dependerá de la población potencial de atención. De esta manera, el resultado podrá oscilar entre **\$384,994 mdp y \$622,780 mdp**.



CUADRO 2.5. IMPACTO PRESUPUESTARIO (MDP): ESCENARIOS

Gasto per cápita por afiliación	
Para población con SP y/o IMSS Prospera	Para toda la población sin seguridad social
\$162,063	\$302,465
\$259,825	\$441,562

Gasto por usuario	
Para población con SP y/o IMSS Prospera	Para toda la población sin seguridad social
\$240,321	\$399,386
\$604,810	\$905,227

Costos de salud	
Para población con SP y/o IMSS Prospera	Para toda la población sin seguridad social
\$384,994	\$622,780

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de SSa (2018); Dirección General de Gestión de Servicios de Salud (2016); IMSS (2017a); SHCP (2019b).

CUADRO 2.6. IMPACTO PRESUPUESTARIO (PUNTOS PIB): ESCENARIOS

Gasto per cápita por afiliación	
Para población con SP y/o IMSS Prospera	Para toda la población sin seguridad social
0.65	1.21
1.04	1.77

Gasto por usuario	
Para población con SP y/o IMSS Prospera	Para toda la población sin seguridad social
0.96	1.60
2.43	3.63

Costos de salud	
Para población con SP y/o IMSS Prospera	Para toda la población sin seguridad social
1.54	2.50

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de SSa (2018); Dirección General de Gestión de Servicios de Salud (2016); IMSS (2017a); SHCP (2019b).

3 | COSTO LABORAL

BASIFICAR Adicional a los costos que implica un paquete de servicios ilimitado y un incremento en la población objetivo, se presenta el costo laboral de **absorber al personal del sector salud de los estados**.

Actualmente, el grueso de los empleados estatales trabaja bajo honorarios. El paso de un régimen similar al de empleados del IMSS implica pasivos laborales y contingentes. Dado que, de acuerdo a lo planteado en la iniciativa, el INSABI nacería con esta responsabilidad, se presenta una primera aproximación a dicho costo.

SUPUESTOS

- Se utilizan los salarios del Tabulador para la zona II.
- 60 % de los recursos para el pago de nómina provienen de los recursos federales.

METODOLOGÍA Partiendo de los datos que presenta la Dirección General de Recursos Humanos y Organización de la ssa de acuerdo al Art. 74 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se obtienen los datos correspondientes al número de plazas, puestos y tabuladores de cada una de las Entidades Federativas.

De los analíticos de plazas del gobierno federal y recursos de datos abiertos, se obtienen las prestaciones diferenciales que significaría una basificación de las plazas estatales a federales.

La estimación se elaboró desglosando por puesto laboral. Se estima puntualmente, por salario tabulado, el costo de basificar a médicos especialistas A, médicos generales A, enfermera general titulada A, auxiliar de enfermería A, apoyo administrativo A, el total de plazas de estos cinco puestos suma el 60 %.

RESULTADOS En el Cuadro 3.1 se presentan los resultados desglosados en dos fuentes de costo: el incremento en las prestaciones laborales y los recursos actualmente financiados con recursos federales (participaciones y aportaciones).



CUADRO 3.1. COSTO LABORAL DE BASIFICACIÓN: RESULTADOS AGREGADOS, CIFRAS 2018

Entidad	Plazas	Pago total anual	Incremento por prestaciones	Sin financiamiento	Total
Aguascalientes	1,095	208,865,004	85,286,202	144,116,853	229,403,055
Baja California	1,469	275,814,948	112,349,075	190,312,314	302,661,389
Baja California Sur	146	21,873,516	9,310,136	15,092,726	24,402,863
Campeche	436	88,441,236	33,237,671	61,024,453	94,262,124
Coahuila	1,495	248,032,860	98,854,650	171,142,673	269,997,323
Colima	168	25,664,628	10,595,907	17,708,593	28,304,500
Chiapas	8,751	1,836,888,852	718,871,550	1,267,453,308	1,986,324,857
Chihuahua	1,089	208,909,464	82,020,061	144,147,530	226,167,592
Durango	1,091	203,088,684	83,426,521	140,131,192	223,557,712
Guanajuato	6,481	1,293,239,916	514,966,279	892,335,542	1,407,301,821
Guerrero	3,699	781,741,596	304,470,147	539,401,701	843,871,848
Hidalgo	1,925	405,870,552	155,453,947	280,050,681	435,504,627
Jalisco	3,811	761,973,876	306,052,318	525,761,974	831,814,292
Estado de México	16,494	3,552,908,244	1,351,413,208	2,451,506,688	3,802,919,896
Michoacán	2,633	506,984,220	198,790,230	349,819,112	548,609,342
Morelos	1,312	257,440,116	103,219,826	177,633,680	280,853,506
Nayarit	373	54,762,972	23,761,712	37,786,451	61,548,163
Nuevo León	1,874	340,977,228	137,716,394	235,274,287	372,990,681
Oaxaca	2,113	459,474,300	175,057,792	317,037,267	492,095,059
Puebla	5,505	1,128,971,316	440,986,097	778,990,208	1,219,976,305
Querétaro	1,308	276,396,540	107,745,462	190,713,613	298,459,075
Quintana Roo	2,080	371,470,128	147,976,417	256,314,388	404,290,806
San Luis Potosí	1,182	215,440,092	88,106,271	148,653,663	236,759,935
Sinaloa	1,804	351,812,052	138,059,884	242,750,316	380,810,200
Sonora	2,337	450,329,376	180,655,705	310,727,269	491,382,974
Tabasco	309	64,996,680	24,683,504	44,847,709	69,531,213
Tamaulipas	4,786	832,134,108	337,197,244	574,172,535	911,369,779
Tlaxcala	1,144	222,103,080	90,273,258	153,251,125	243,524,383
Veracruz	3,391	651,265,500	255,853,148	449,373,195	705,226,343
Yucatán	1,484	294,886,116	114,690,869	203,471,420	318,162,289
Zacatecas	1,070	230,294,808	90,719,928	158,903,418	249,623,345
Total	84,779	16,623,052,008	6,521,801,412	11,469,905,886	17,991,707,298

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Dirección General de Recursos Humanos y Organización (DGRHO) (2019); SHCP (2019a).

INCREMENTO EN PRESTACIONES

Aunque el costo por incremento en **prestaciones laborales suma \$6,522 mdp**, considerando que, de acuerdo a informes de la Auditoría Superior de la Federación (ASF) al gasto federalizado, en específico al FASSA, aproximadamente 60 % de los recursos del pago de nómina proviene de los recursos federales¹⁵ es necesario agregar el costo por la proporción de pago que **no tendría fuente de financiamiento al basificar, el cual suma \$11,470 mdp**.

COSTO POR BASIFICACIÓN

En total, el costo laboral por basificación podría ascender a **\$17,991 mdp**. A este resultado será necesario agregar el costo por pago de cuotas a la seguridad social.

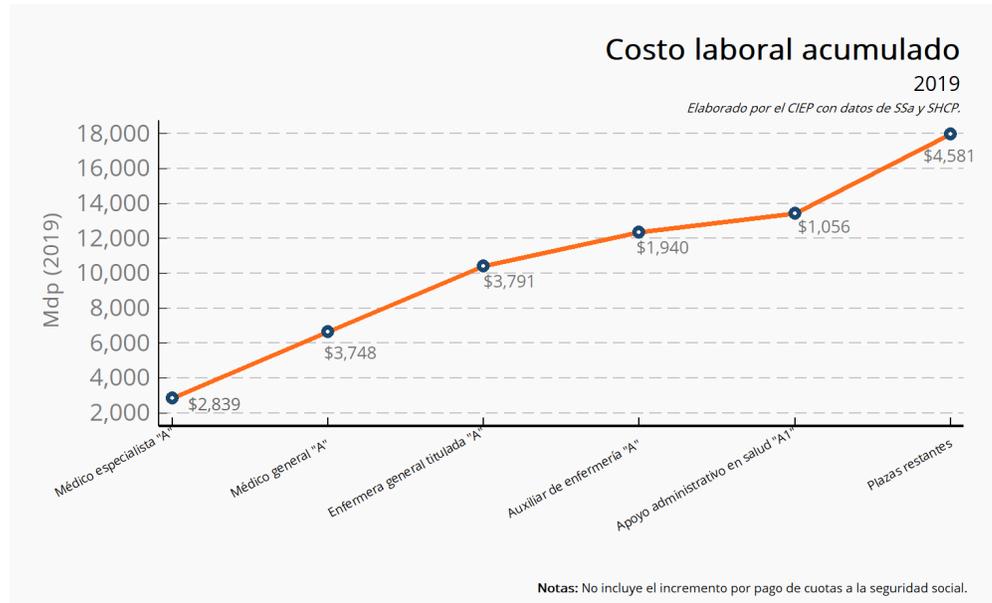
BASIFICACIÓN POR TIPO DE PLAZA

Al desglosar los resultados por tipo de plaza se observa en la Figura 3.1 que el mayor costo se obtiene al basificar al personal de **enfermeras genera-**

¹⁵ Este porcentaje difiere por Entidad Federativa.



FIGURA 3.1. COSTO LABORAL POR PUESTO (PLAZA)



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de DGRHO (2019); SHCP (2019a).

les tituladas A con \$3,791 mdp, seguido de los médicos generales A con \$3,748 mdp, en tercer lugar está la basificación de médicos especialistas con \$2,839 mdp, después el personal auxiliar de enfermería A con \$1,940 mdp, por último el **personal de apoyo administrativo suma \$1,056 mdp**. La estimación de basificación de las plazas restantes suma \$4,581 mdp.

COSTO LABORAL: Este **costo laboral** deberá cubrirse de manera **anual** y, además, deberán cubrirse los **incrementos ordinarios y extraordinarios** que se aprueben. **ANUAL Y CRECIENTE** Por ejemplo, para 2019, se publicaron incrementos entre 1% y 3% adicionales al incremento ordinario de 3.35% (Secretaría de Gobernación (SEGOB), 2018; El Economista, 2019).

4 | TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CAMBIO DEMOGRÁFICO

MAS POBLACIÓN ADULTA CON INCREMENTO DE ESPERANZA DE VIDA Y ENFERMEDADES CRÓNICAS

Con la finalidad de estimar proyecciones en el gasto de salud, se incorpora el cambio demográfico y epidemiológico que está enfrentando el país. La incorporación es necesaria, dado que, en México, se está transitando a una población cada vez de mayor edad y por tanto, con mayores probabilidades de enfermarse; particularmente, de enfermedades no transmisibles y crónicas. Además, la esperanza de vida ha aumentado en los últimos años, dando como resultado que vivamos más tiempo, no necesariamente sanos¹⁶.

MODELO Se parte de las estimaciones presentadas en la sección 2.3. A partir de aquí, el número de personas diagnosticadas y tratadas, así como el número de intervenciones, dependen de los cambios en la población y de la incidencia de las enfermedades o demanda de servicios (denominado como *cambio epidemiológico*). Esto se refleja en la ecuación 4.1

$$N_d^e = \Delta E_d^e * N_{(t-1,d)}^e (\Delta P) \quad (4.1)$$

Donde ΔE es el cambio en el número de casos de cada enfermedad (d) reportados de un año a otro; y N es el número de personas diagnosticadas, tratadas, número de consultas o intervenciones médicas del año anterior ($t - 1$) que está en función del cambio demográfico (ΔP). Para las proyecciones de la transición epidemiológica se calcula un promedio móvil con las observaciones de los últimos cinco años¹⁷.

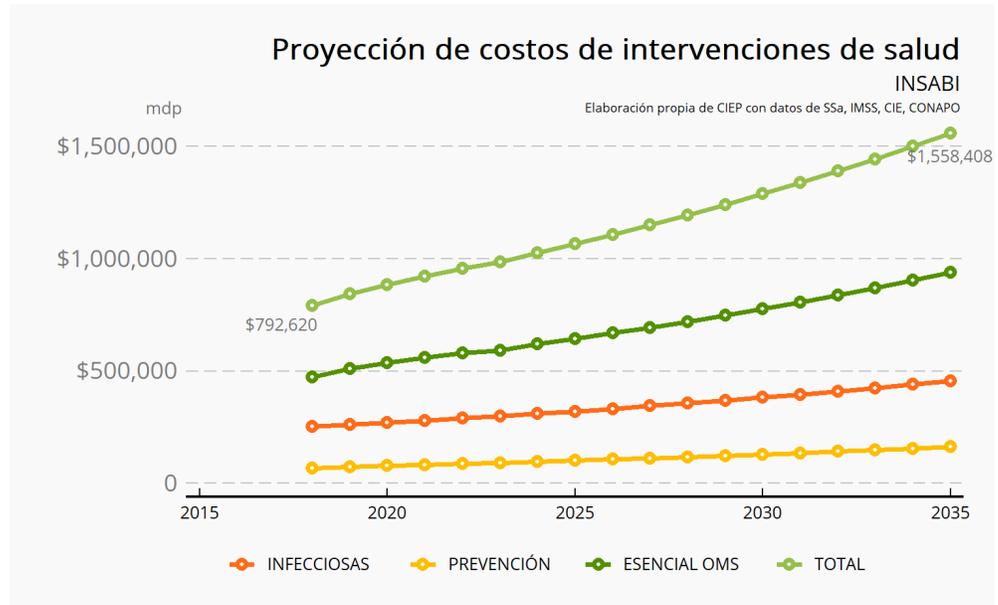
RESULTADOS La mayor presión a los costos de salud provienen de las enfermedades **crónico degenerativas**, que participan del 90 % de los costos del paquete de servicios esenciales de la OMS y del **53 % de los costos totales**, es decir,

¹⁶ Para un mayor detalle de la metodología utilizada se pueden consultar investigaciones previas de CIEP (2018)

¹⁷ Los costos unitarios de cada servicio o tratamiento se ajustan con la inflación, que también se proyecta por promedios móviles para los siguientes años.



FIGURA 4.1. PROYECCIONES DE LOS COSTOS DE INTERVENCIONES DE SALUD: PESOS CONSTANTES 2019



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de SSa (2018); Dirección General de Gestión de Servicios de Salud (2016); IMSS (2017a).

al sumar los costos de prevención, de atención de enfermedades infecciosas y del paquete de la OMS.

2019: 3.2 % PIB
SERVICIOS DE SALUD A
TODA LA POBLACIÓN SIN
SEGURIDAD SOCIAL

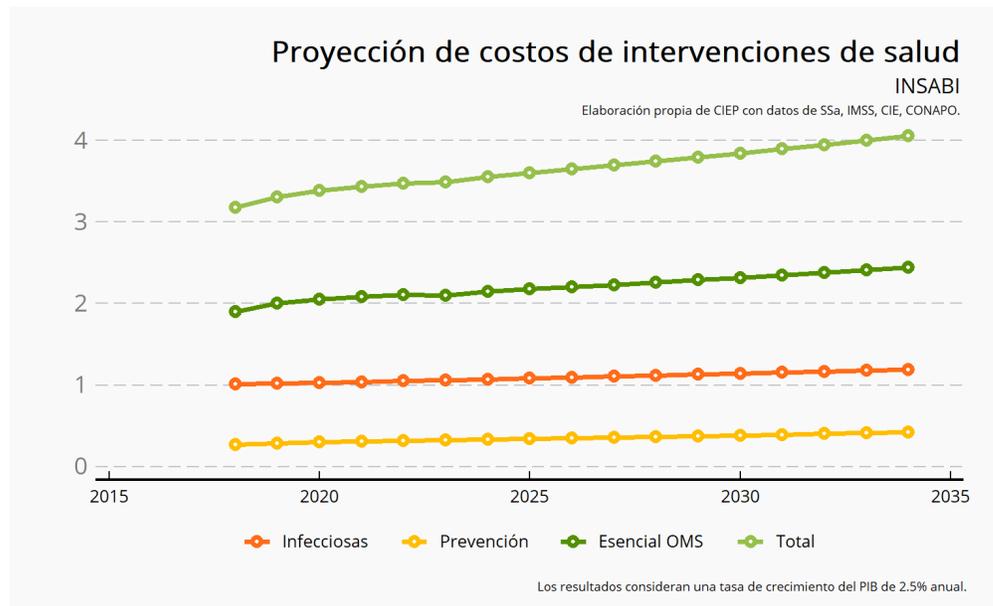
Brindar servicios de salud a toda la población que actualmente no cuenta con seguridad social, con un paquete de servicios ilimitado, considerando los costos actuales de salud, así como el cambio demográfico y la transición epidemiológica sería equivalente a destinar **3.2 % del PIB** de 2019.

2035: 4.1 % PIB
SERVICIOS DE SALUD A
TODA LA POBLACIÓN SIN
SEGURIDAD SOCIAL

Sin embargo, **para 2035**, dado el perfil epidemiológico y el cambio demográfico de la población en México, los costos podrían elevarse hasta **4.1 % del PIB** (Figuras 4.1 y 4.2). En este escenario sólo se está hablando de los costos de salud proyectados para la población sin seguridad social y suponiendo una tasa de crecimiento del PIB de 2.5 %.



FIGURA 4.2. PROYECCIONES DE COSTOS DE INTERVENCIONES DE SALUD: PUNTOS PIB



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de SSa (2018); Dirección General de Gestión de Servicios de Salud (2016); IMSS (2017a).

5 | TRANSICIÓN ORDENADA

ELEMENTOS A CONSIDERAR En el análisis de la Iniciativa que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley de Coordinación Fiscal y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud es necesario hablar de una **transición** entre sistemas, donde hay tres elementos a considerar:

1. La priorización de la población que actualmente no tiene acceso efectivo a los sistemas de salud.
2. La transformación del Seguro Popular al INSABI, con sistemas subnacionales distintos entre sí.
3. Reformas a los subsistemas ligados al trabajo formal.

La misma iniciativa de ley, nos da pautas:

FUNDAMENTO LEGAL: *Artículo 25. Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, particularmente para la atención integral de la población residente del país que no cuenta con seguridad social.*

EXTENSIÓN PROGRESIVA

FUNDAMENTO LEGAL: *Artículo 26. Para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán criterios de regionalización y de escalonamiento de los servicios para lograr progresivamente la universalización del acceso a servicios de salud integrales.*

REGIONALIZACIÓN Y ESCALONAMIENTO

PRIORIZAR POBLACIÓN OBJETIVO Se recomienda priorizar población objetivo con sus respectivos servicios. Aquí las “redes” de las que habla la iniciativa pueden jugar un papel crucial. Es urgente para el sistema de salud mexicano incorporar a las personas que no tienen acceso a servicios básicos. Se considera que los recursos dirigidos a ellos, son altamente costo-efectivos.

TRANSICIÓN A 2 AÑOS Elaborar un **régimen de transición** de 2 años, en tanto que se diseña un modelo financiero de largo plazo para el nuevo sistema de salud para la población sin seguridad social, el cual deberá elaborarse a partir de la reflexión de las nuevas necesidades de salud (transición demográfica y



epidemiológica), la reforma fiscal, los nuevos arreglos de federalismo, uso de tecnologías, requerimientos de eficiencia, entre otras.

El **régimen transitorio** funcionaría con los mismos recursos que en 2019 estuvieron presupuestados para U005 (más inflación en salud), con ello se busca un impacto presupuestario neutral en los primeros años de la reforma.

U005 - SEGURO POPULAR:
REGLAS DE OPERACIÓN ESPECÍFICAS

En el entendido de que el SPSS fundamentalmente se compone de: i) el programa U005- Seguro Popular, ii) el Fideicomiso del SPSS (y sus tres subcuentas) y iii) los programas alineables (como Seguro Médico Siglo XXI y FASSA-P), se plantea lo siguiente: primero, que los recursos del extinto U005 (aprox. 55mmdp) se pasen a un nuevo programa de categoría “S”, con reglas de operación específicas; segundo, que el fideicomiso se preserve.

CO FINANCIAMIENTO

Si bien se busca que los servicios sean gratuitos, esto no debe eximir a los beneficiarios de sus responsabilidades. **El sistema debe de preservar los incentivos correctos** a la prevención de enfermedades y a la responsabilidad social. También los gobiernos de los estados se vuelven corresponsables de la prestación y financiamiento de los servicios de salud.

FOMENTAR INTEGRACIÓN ENTRE
SUBSISTEMAS

El sistema de salud público para atender a personas que no tienen acceso a la seguridad social, **es complementario y no ajeno**, a las instituciones que proveen servicios públicos de salud a la población que se encuentra en el sector formal. También puede apoyarse en instituciones privadas siempre y cuando se respete el financiamiento (al menos parcial) por parte del gobierno mexicano. En ese sentido se fomentará la integración y homologación de mejores prácticas en todo el sistema de salud.

INSABI COMO
CÁMARA DE COMPENSACIÓN

Para efectos de operación, el INSABI fungiría como **“cámara de compensación”** entre la prestación de servicios de todos los componentes que integren la red de servicios públicos de salud. También sería órgano responsable en términos de costos y calidad cuando se requiera del apoyo de instituciones privadas (servicios subrogados).

REVISIONES ELEMENTALES

Para contar con una reforma viable, sin poner en riesgo los servicios de salud existentes es necesario considerar los siguientes aspectos:

- i. Detallar en la reforma qué implica “federalización” y cuál es el proceso para operar este modelo.
- ii. Modificar el objeto y las funciones del INSABI que están plasmadas hasta



ahora en el proyecto de reforma.

iii. Valorar las implicaciones de la modificación a LCF (art. 25 y 29) dado que la iniciativa sugiere que FASSA (R33) podrá destinarse a la SSA, cuando las entidades federativas firmen acuerdos de “federalización”.

iv. Definir las aportaciones estatales y cuidar impactos por eliminación de cuotas de recuperación.

v. Introducir el concepto de corresponsabilidad financiera (federación, estados, sector privado y usuarios).

vi. No transferir la facultad a la SSA de determinar qué intervenciones se cubren con el “Fondo”. Ésta le corresponde al Consejo de Salubridad General. Además, hay que incluir en los criterios de selección de tratamientos, el de “costo-efectividad”.

6 | COMENTARIOS FINALES

La reforma al sistema de salud pública en México es indispensable. Bajo financiamiento en un entorno de espacio fiscal reducido presenta enormes retos. Se debe de priorizar la atención de las personas más marginadas en la sociedad, muchas de ellas con un acceso efectivo nulo en la actualidad a la gran mayoría de los servicios de salud. Además, se debe resolver el problema de ofrecer los mismos servicios de salud a toda la población, pero querer que solo un porcentaje de personas pague por ello. Todo ciudadanos debería tener ligada una fuente de financiamiento.

El INSABI nacería por la necesidad de mejorar y ampliar los servicios de salud de la población que no tiene acceso actualmente a la seguridad social. Reconoce que existen carencias considerables en muchos de los sistemas estatales de salud, y que hay áreas de oportunidad en el uso de los recursos públicos. Entre sus retos se encuentra garantizar servicios que actualmente no están disponible para amplios grupos poblacionales. También puede ser la “cámara de compensación” entre todas las instituciones que formen la red de servicios públicos de salud e incluso un órgano de control cuando se contratan servicios privados con financiamiento público.

Una reforma de esta magnitud debe de distinguir entre situaciones urgentes, como sería brindar al menos ciertos servicios básicos a la población más desprotegida. Por otro lado, la consolidación de un verdadero sistema universal de salud en México. Para lo segundo se necesita definir una ruta crítica de actores y procesos, así como el calendario que guíe la transición del sistema actual al que se propone, y la integración de muchos y variados subsistemas. No menos importante, se debe de garantizar un financiamiento suficiente, incluyendo fuentes y responsabilidades, para que la sostenibilidad de largo plazo del nuevo sistema esté garantizada.

ACRÓNIMOS

- ASF** Auditoría Superior de la Federación
- CAUSES** Catálogo Único de Servicios de Salud
- CIEP** Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C.
- DGRHO** Dirección General de Recursos Humanos y Organización
- DOF** Diario Oficial de la Federación
- ENIGH** Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
- FASSA** Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
- GRD** Grupos Relacionados al Diagnóstico
- IMSS** Instituto Mexicano del Seguro Social
- INEGI** Instituto Nacional de Estadística y Geografía
- INSABI** Instituto de Salud para el Bienestar
- OMS** Organización Mundial de la Salud
- SEGOB** Secretaría de Gobernación
- SEM** Seguro de Enfermedades y Maternidad
- SHCP** Secretaría de Hacienda y Crédito Público
- SP** Seguro Popular
- SSA** Secretaría de Salud

BIBLIOGRAFÍA

- CIEP (2018). Sistema Universal de Salud. Retos de cobertura y financiamiento. <http://saludenmexico.ciep.mx/images/sistema-universal-de-salud.pdf>.
- DGRHO (2019). Artículo 74 de la ley general de contabilidad gubernamental 2018. http://www.dgrh.salud.gob.mx/Art74_2018.php.
- Dirección General de Gestión de Servicios de Salud (2016). Tabulador CAUSES 2016-2017.
- El Economista (14 de junio 2019). Saldívar, Belén. Hacienda y STPS anuncian incremento salarial para funcionarios con menores ingresos.
- Glassman, A. L. and Zoloa, J. I. (2014). How much will health coverage cost? future health spending scenarios in brazil, chile, and mexico. *Center for Global Development*.
- IMSS (2017a). Grupos Relacionados con el Diagnóstico. Costos unitarios. 2015-2016.
- IMSS (2017b). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2016-2017. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informe-2016-2017>.
- INEGI (2019). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2018. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2018/>.
- Parlamentaria, G. (2019). Iniciativa que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de las Leyes General de Salud, de Coordinación Fiscal, y de los Institutos Nacionales de Salud, presentada por el diputado Mario Delgado Carrillo, del grupo parlamentario de Morena, en la sesión de la Comisión Permanente del lunes 8 de julio de 2019. <http://gaceta.diputados.gob.mx/>.
- SEGOB (2018). Diario Oficial de la Federación (DOF). Acuerdo mediante el cual se expide el manual de percepciones de los servidores públicos de las dependencias y entidades de la administración pública federal.
- SHCP (2019a). Analíticos del presupuesto de egresos de la federación 2019. https://www.pef.hacienda.gob.mx/es/PEF2019/analiticos_presupuestarios.



SHCP (2019b). Cuenta pública 2018. Disponible en <https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/es/CP/2018>.

SSa (2018). Cubos dinámicos. Dirección General de Información en Salud. Disponible en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_serviciossis_gobmx.html.