



ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO en **salud** rumbo a

2030





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

Índice de figuras	ii
Índice de cuadros	ii
1 Introducción	1
2 Política comparada	5
2.1 Sistemas de Salud en la Región	5
2.1.1 Argentina	6
2.1.2 Brasil	7
2.1.3 Chile	9
2.1.4 Costa Rica	12
2.1.5 Uruguay	13
2.1.6 México	15
2.2 Sistemas de Salud de referencia	19
2.2.1 Alemania	19
2.2.2 Canadá	22
2.2.3 Colombia	24
2.2.4 Dinamarca	26
2.2.5 Suiza	28
3 Instrumentos para incrementar la atención y los servicios de alta especialidad	30
3.1 Instrumentos de Financiamiento	30
3.2 Instrumentos de provisión	31
3.3 Impacto presupuestario	33
4 Implicaciones de política pública	34
Acrónimos	35
Bibliografía	38

Índice de figuras

1.1	Cobertura Universal en Salud: afiliación, gasto y atención	1
1.2	Años perdidos por enfermedad y muerte prematura en México	3
2.1	Organización del sistema de salud: Argentina	7
2.2	Organización del sistema de salud: Brasil	9
2.3	Organización del sistema de salud: Chile	11
2.4	Organización del sistema de salud: Costa Rica	13
2.5	Organización del sistema de salud: Uruguay	14
2.6	Organización del sistema de salud 2004 - 2019: México, Seguro Popular .	15
2.7	Organización del sistema de salud 2023 -: México, IMSS-Bienestar	16
2.8	Evolución del saldo del FPGC	17
2.9	Evolución de los recursos para enfermedades de alta especialidad	18
2.10	Organización del sistema de salud: Alemania	21
2.11	Organización del sistema de salud: Canadá	23
2.12	Organización del sistema de salud: Colombia	25
2.13	Organización del sistema de salud: Dinamarca	27
2.14	Organización del sistema de salud: Suiza	29
3.1	Gasto de bolsillo por concepto de gasto	33

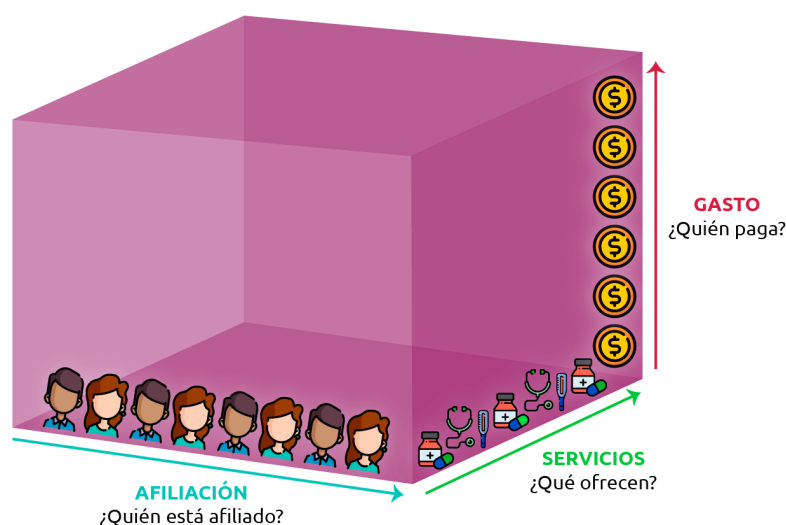
Índice de cuadros

2.1	Países de la región: 2021	6
2.2	Recursos para atención de enfermedades de alta especialidad: FPGC/Fonsabi	18
2.3	Acuerdos de colaboración: Por nivel de atención	19
2.4	Países de referencia: 2021	20
2.5	Concentrado: Casos estudiados enfoque subnacional	29
3.1	Hogares con algún seguro médico	33

1 | Introducción

Uno de los principales objetivos de los sistemas sanitarios en el mundo es alcanzar la cobertura universal que engloba tres dimensiones: afiliación, servicios y presupuesto (Ver Figura 1.1). La Cobertura Universal en Salud (CUS) se define como *asegurar servicios de salud de calidad para todas las personas que lo necesiten, sin poner en riesgo su situación económica* (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2018). Para alcanzar este objetivo es necesario incluir tres dimensiones o ejes: **afiliación, servicios y gasto**.

Figura 1.1. Cobertura Universal en Salud: afiliación, gasto y atención



Fuente: Información obtenida de la OMS (2018).

Afiliación: ¿Quién está cubierto? El objetivo de esta variable es otorgar acceso a los servicios de salud a toda la población (OMS, 2018) y hace referencia a la inscripción a una institución o programa de atención de salud. Afiliación y cobertura hacen referencia a conceptos diferentes, por lo tanto no son sinónimos; **la afiliación es una condición necesaria, mas no suficiente en el alcance de la CUS.**

Servicios: ¿Qué enfermedades cubre? El objetivo de esta variable es incluir los paquetes de servicios de salud que demande la población, considerando la situación sociodemográfica nacional (OMS, 2018). Esta segunda variable



1. Introducción

incluye la capacidad física y humana del sistema de salud, y teóricamente se conoce como amplitud de los servicios.

Gasto: ¿Cuánto se destina al sector? El objetivo de esta variable es evitar poner en riesgo la situación económica de las personas debido al pago por la atención de salud (OMS, 2018). Esta tercera variable se refiere a los recursos económicos disponibles en el sistema de salud.

Teniendo en cuenta la definición de la CUS y las tres dimensiones que abarca, en las últimas dos décadas, con el objetivo de avanzar en dicha cobertura universal, México ha atravesado **tres grandes modificaciones**: la primera en 2005 con la creación del Seguro Popular (DOF, 2003), la segunda en 2019 con la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI) (DOF, 2019) y la más reciente en 2023 con la creación del OPD IMSS-Bienestar (DOF, 2023).

Cada una de las modificaciones careció, en mayor o en menor medida, de una de las tres variables fundamentales para avanzar en la cobertura universal: **presupuesto suficiente**.

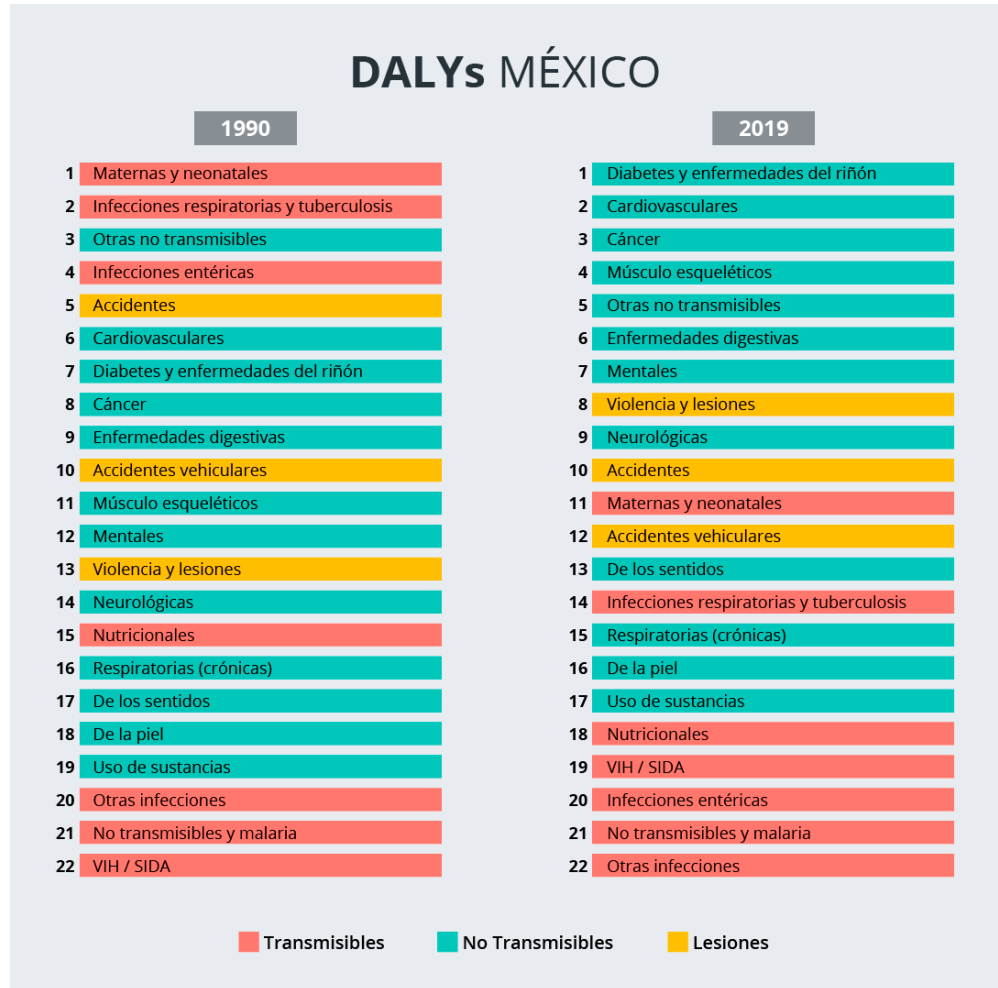
Las necesidades de atención en un sistema de salud, se encuentran vinculadas al cambio demográfico y a la transición epidemiológica. Esta transición ocasiona que los costos de atención se eleven debido a que los **padecimientos representan un mayor impacto presupuestario para el sistema de salud**, por lo que se quiere incrementar el gasto y las fuentes de financiamiento. Esta transición epidemiológica ha sido una evolución y tendencia mundial. En el caso mexicano, en 1990, los años perdidos por enfermedad y muerte prematura (DALYs por sus siglas en inglés) se debían a causas maternas e infecciones; en 2019 las causas principales se debían a diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer (Figura 1.2).

De 2010 a 2018, con el entonces **Seguro Popular**, encargado de brindar atención de salud a la población sin seguridad social, el sistema de salud mexicano tuvo **avances en la población cubierta, en el paquete de servicios, bajo este esquema**. Su financiamiento se basaba en una cápita, de acuerdo con el catálogo de servicios que incluía (Gaceta Médica de México, 2011). El paquete de atención se amplió de 49 a 66 intervenciones en enfermedades de alta especialidad (CIEP, 2022) y la **carencia por acceso a los servicios de salud pasó de 58.6 % en 2000 a 16.2 % en 2018** (Coneval, 2019).



1. Introducción

Figura 1.2. Años perdidos por enfermedad y muerte prematura en México



Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de Institute for Health Metrics and Evaluation (2021).

En 2019, con la eliminación del Seguro Popular, se crea el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) que nació con el mismo objetivo de brindar servicios de salud a toda la población sin afiliación a las instituciones de seguridad social pero se presentó con una estimación de impacto presupuestario igual a cero (DOF, 2019). En 2023 se reconoce, implícitamente, la falla del INSABI con la creación del IMSS-Bienestar como el Organismo Público Descentralizado encargado del mismo objetivo que tuvo el INSABI (DOF, 2023), nuevamente, sin fuente de financiamiento.

El bajo nivel de gasto en el sector salud no solo ha dado lugar a una **brecha presupuestaria de, al menos, tres puntos del Producto Interno Bruto (PIB) sostenida durante dos décadas**, sino también a la falta de atención a las necesidades de salud, incluyendo las enfermedades de alta es-



1. Introducción

pecialidad de mayor prevalencia de acuerdo a la transición epidemiológica mencionada previamente y que pueden conducir a un mayor gasto de bolsillo en los hogares, además del impacto en su salud.

El objetivo del estudio¹ es analizar **las fuentes de financiamiento para la atención de enfermedades de alta especialidad** a través de un análisis de política comparada con países de la región, con características similares y con países de referencia por el grado de cobertura y financiamiento.

El resultado será contar con una lista de herramientas de política pública que han sido aplicadas en otros países que han logrado avanzar en términos de CUS y en reducir el gasto de bolsillo de los hogares.

¹ Este estudio se elaboró gracias al financiamiento de Johnson & Johnson Medical México S.A. de C.V., otorgado a CIEP. Asentamos nuestra independencia en el desarrollo y ejecución del contenido de esta publicación, por lo tanto, las opiniones y puntos de vista contenidos en el texto son responsabilidad directa y exclusiva del equipo de trabajo.

2 | Política comparada

El estudio de política comparada es una metodología que se aplica para comparar de manera sistemática, en este caso, los Sistemas de Salud en diferentes países. Aunque hay diversas aristas para comparar dentro de un sistema de salud, el enfoque de esta investigación se concentra en el tamaño de la inversión o **gasto público en salud y en las fuentes de financiamiento** total y, particularmente, para la atención de **enfermedades de alta especialidad**.

El análisis se divide en **dos propósitos**: por un lado, realizar un análisis de política comparada con sistemas de salud de la región que, además de compartir la geografía, algunos coinciden en el orden de gobierno federalizado; por otro lado, se presentan ejemplos de sistema de salud en países que, por su alcance en la cobertura universal, se reconocen como países con buenas prácticas en temas de financiamiento público suficiente para mantener un gasto de bolsillo mínimo y que, por lo cual, el Sistema de Salud en México podría aspirar a ellos. Un punto de coincidencia entre los dos propósitos de análisis es el tema de **financiamiento**.

En este capítulo se presentan la estructura de seis **sistemas de salud de la región**: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Uruguay y México así como seis sistemas que para el estudio se consideran **aspiracionistas**: Alemania, Canadá, Colombia, Dinamarca, Suiza y Tailandia.

2.1 Sistemas de Salud en la Región

Un punto de coincidencia en el financiamiento de la mayoría de los Sistemas de Salud de la región es la diferencia por **condición laboral**. Mientras que para las instituciones de seguridad social, en su mayoría son financiadas con **cuotas tripartitas**, del empleador, el trabajador y el estado; para las instituciones que brindan atención a la población sin seguridad social, el financiamiento proviene de de los **ingresos generales** del gobierno federal y los gobiernos estatales. Este análisis tiene el propósito de identificar las fuentes de financiamiento para enfermedades de alta especialidad.



2. Política comparada

Cuadro 2.1. Países de la región: 2021

Componente	Argentina	Brasil	Chile	Costa Rica	Uruguay	México
Gasto total en salud (% PIB)	9.7	9.9	9.0	7.6	9.4	6.1
Gasto público en salud (% PIB)	6.3	4.5	5.6	5.6	6.9	3.1
Seguro médico voluntario (% PIB)	1.3	2.9	0.7	0.4	1.0	0.5
Gasto de bolsillo (% PIB)	2.2	2.2	2.7	1.6	1.4	2.5

Nota 1: Las cifras de Chile corresponden a datos 2022.

Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de OMS (2020).

En México, el Sistema Público de Salud no sólo destina menos de la mitad del presupuesto que sugieren organismos internacionales o de lo que destinan países latinoamericanos como Argentina, Brasil o Costa Rica; también, se concentra en fuentes de financiamiento federales. A continuación se presenta un análisis de los sistemas de salud de la región y el papel de los gobiernos subnacionales en seis países: **Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Uruguay y México.**

2.1.1 Argentina

Argentina es un país federal altamente descentralizado. El sistema de salud está compuesto por tres sectores: público, de seguridad social y privado. El sector público se integra por los secretarios nacionales y provinciales, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, principalmente personas sin seguridad social. Se financia con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales de parte del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados (Figura 2.1).

Inversión total: 9.7 % PIB
Fuentes públicas: 6.3 % PIB

En 2021, Argentina destinó aproximadamente 15.2 % de su gasto público total al sector salud. En el mismo año, **el gasto total para salud fue 9.7 % del PIB**; 67 % corresponde a gasto público y 33 % a gasto privado. **Más del 70 % del gasto público en salud es financiado por los gobiernos provinciales independientes.**

Gobierno federal
financiamiento 20.5 %

El modelo federal brinda gran autonomía a las provincias para establecer la estrategia de cuidados de la salud de sus habitantes. Del total del gasto público en salud, 20.5 % corresponde a erogaciones del gobierno federal (Maceira Daniel, 2020).

Gobiernos subnacionales
financiamiento 79.5 %

En 2004, Argentina diseñó e implementó un programa de financiamiento basado en resultados entre autoridades federales y provinciales llamado Plan Nacer que utiliza transferencias condicionales² para incentivar a las provincias a ampliar la cobertura de las intervenciones de salud materno

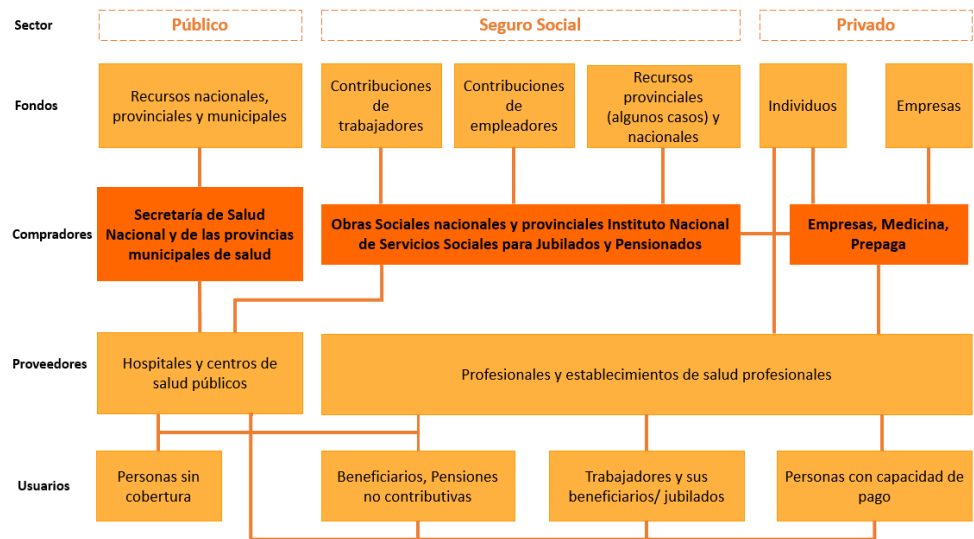
² Los programas de transferencias condicionadas han sido definidas por el Banco Mundial como un ejemplo de uso de recursos eficaz donde la transferencia de recursos está



2. Política comparada

infantil. Los incentivos financieros son equivalentes a menos del 1 % del gasto provincial total en salud, para recompensar a aquellas provincias que inscriben a mujeres y niños pobres sin seguro en el programa y mejoran los resultados de salud relacionados. El 60 % de las transferencias federales se basa en la cantidad de personas inscritas y el 40 % restante se desembolsa en función de las mejoras en la cobertura y los resultados de salud, medidos con datos administrativos auditados (Glassman, 2014).

Figura 2.1. Organización del sistema de salud: Argentina



Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de Cetrángolo, O; Devoto F. (2002).

2.1.2 Brasil En Brasil, el *Sistema Único de Saúde* es un sistema descentralizado de salud pública que ofrece atención de primer, segundo y tercer nivel, con responsabilidades para los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal, y se complementa con la prestación privada de servicios (The Commonwealth Fund, 2024a). El sistema público se financia con ingresos fiscales y contribuciones sociales³ de los tres niveles de gobierno. Alrededor del 78 % de la población se encuentra cubierta con el Sistema Único, mientras que el 22 % se cubre con el Sistema de Salud Suplementario (SS) financiado por individuos, beneficiario, y por fondos corporativos con cuatro tipo de seguros médicos (Cerde, A.; García, L.; Rivera-Arroyo, J.; Riquelme, A.; Teixtera, J.; Jalovljevic, M., 2022).

condicionada a la asistencia escolar y/o el uso de los servicios de salud. En México el ejemplo más representativo era el programa Prospera que contaba con un componente educativo y de salud y que fue eliminado en 2019.

³ Corresponde a contribuciones que realizan los órdenes de gobierno, en este caso federal, estatal y municipal y que se destinarán a fines sociales



2. Política comparada

Inversión total: 9.9 % PIB
Fuentes públicas: 4.5 % PIB

En 2021, Brasil asignó 10.3 % de su gasto público total al sector salud. En el mismo año, **el gasto total para salud fue equivalente a 9.9 % del PIB; 45 % de fuente pública y 55 % con recursos privados**, esto se debe a que una cuarta parte de la población en Brasil cuenta con un seguro de gastos médicos privados. (Cuadro 2.1). De acuerdo con la ley, las tasas mínimas de contribución para gastos en salud corresponden a 12 % de los ingresos netos del gobierno a nivel estatal y 15 % de los ingresos totales tanto a nivel federal y municipal. **En 2017, 43 % del financiamiento fue federal, los estados y municipios contribuyeron con 26 % y 31 %, respectivamente** (The Commonwealth Fund, 2024a).

Gobierno federal
financiamiento 43 %

El **gobierno federal es el principal responsable de desarrollar la política nacional** de salud, monitorear, evaluar, administrar las relaciones entre el sector público y privado, y brindar apoyo financiero a las administraciones delegadas del sector de la salud (OPS, 2008). La Secretaría de Salud a nivel nacional tiene representantes en funciones, conocidos como Secretarías, en los niveles subnacionales (cada nivel estatal y municipal).

Gobiernos subnacionales
financiamiento 57 %

La Secretaría Estatal de Salud se encarga de la organización del sistema regional de salud. Sin embargo, la planificación a nivel municipal implica la formulación de presupuestos y planes para la asignación de recursos, además de los recursos humanos, planificación y administración.

Interacción entre
niveles de gobierno

Si bien la planificación de la salud es una responsabilidad principalmente del nivel municipal, las decisiones se toman cada cuatro años en las Conferencias Nacionales de Salud (OPS, 2008). La descentralización de la autoridad sanitaria al nivel local ha aumentado la movilización de recursos y ha otorgado a los gobiernos municipales un papel más activo en la prestación de servicios de salud.

Niveles de atención

La atención primaria se realiza a través del Programa de Salud de la Familia de Brasil, que **se ejecuta a nivel municipal**, el tiene un componente de extensión en el que se alienta a la comunidad a desempeñar un papel activo (OPS, 2008). Aunque **no existe alguna restricción, en términos explícitos, en el tipo de padecimientos** que se incluyen en el programa de salud, en la práctica, la **falta de recursos se traduce en largos tiempos de espera para recibir atención de especialidad**, cirugías y tratamientos de urgencias.

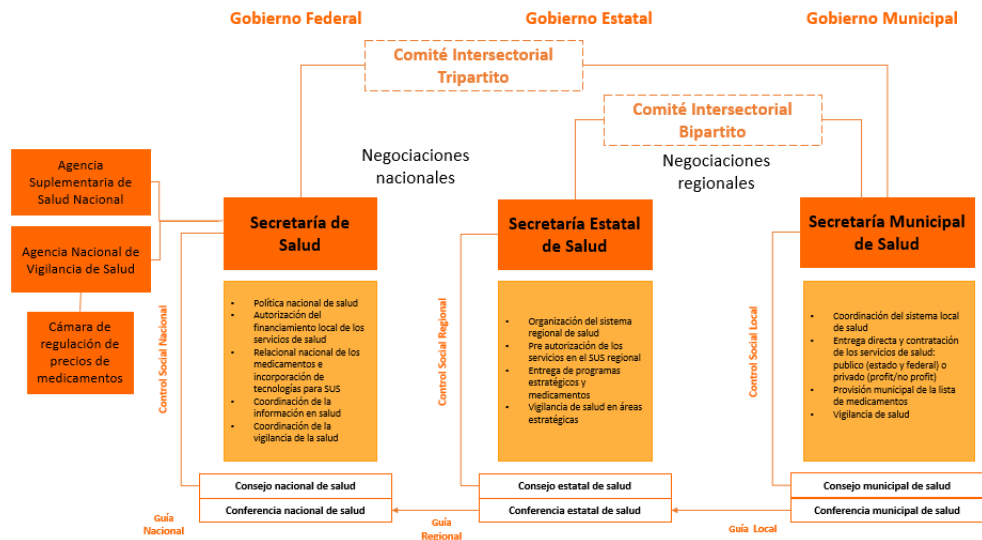


2. Política comparada

Política Nacional de Medicamentos

Desde 1998, en Brasil, se desarrolló una Política Nacional de Asistencia Farmacéutica en la que el gobierno federal es el responsable de asegurar la disponibilidad de productos farmacéuticos estratégicos, entre ellos antirretrovirales, hemoderivados y otros medicamentos de alto costo), el catalogo incluye alrededor de 82 medicamentos y su financiamiento tiene origen tripartita por nivel de gobierno: federal, estatal y municipal.

Figura 2.2. Organización del sistema de salud: Brasil



Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de The Commonwealth Fund (2024a).

2.1.3 Chile

En Chile, el sistema de salud es mixto en cuanto a su financiamiento. En primer lugar, la fuente pública del sistema corresponde al Fondo Nacional de salud (Fonasa). En segundo lugar, está el sistema privado financiado con recursos de los hogares que contratan planes de las instituciones de salud previsional (Isapres) entidades privadas que funcionan con un esquema de seguros privados; además del sistema de salud de las fuerzas armadas. Alrededor de 76.5 % de la población está cubierta con el Fonasa, 15.4 % con el Isapres, 1.5 % en las fuerzas armadas y 4.29 % sin afiliación (Cerdeira, A.; García, L.; Rivera-Arroyo, J.; Riquelme, A.; Teixera, J.; Jalovljevic, M., 2022).

Inversión total: 9.0 % PIB
Fuentes públicas: 5.6 % PIB

En 2022, Chile destinó 9.0 % del PIB al sector salud; de ellos, 5.6 % del PIB provino de fuentes públicas. Sin embargo, **es el país con el gasto de bolsillo más elevado**, por encima del que registra México con 2.7 % del PIB esto se debe a la adquisición de seguros privados (Isapres) y de los copagos. De 2011 a 2021, el gasto en salud, en Chile, aumentó 91.2 % principalmente por aumentos en el gasto público. En este sentido, la Suprema Corte ha tenido



2. Política comparada

que intervenir al limitar el incremento en el precio de los planes privados de atención (Cerda, A.; García, L.; Rivera-Arroyo, J.; Riquelme, A.; Teixera, J.; Jalovljevic, M., 2022).

En el Fonasa, el financiamiento del Garantías Explícitas de Salud (GES) proviene de dos fuentes, las contribuciones de los asegurados y los impuestos generales, en 2011, 61.1 % correspondió a impuestos y 38.9 % a las contribuciones de asegurados. Además, el sistema de salud en Chile **operaba con copagos**, efectuados por el asegurado por prestación o grupo de prestaciones, los cuales no deben ser superiores al 20 % del valor determinado en un arancel de referencia del régimen establecido para estos efectos. Los asegurados indigentes y de bajos ingresos del Fonasa no enfrentan copagos ni deducibles (OMS, 2014a). En 2022, Chile eliminó los copagos en todo el sistema público y solo se mantienen en las enfermedades que se canalizan al sector privado (Cerda, A.; García, L.; Rivera-Arroyo, J.; Riquelme, A.; Teixera, J.; Jalovljevic, M., 2022).

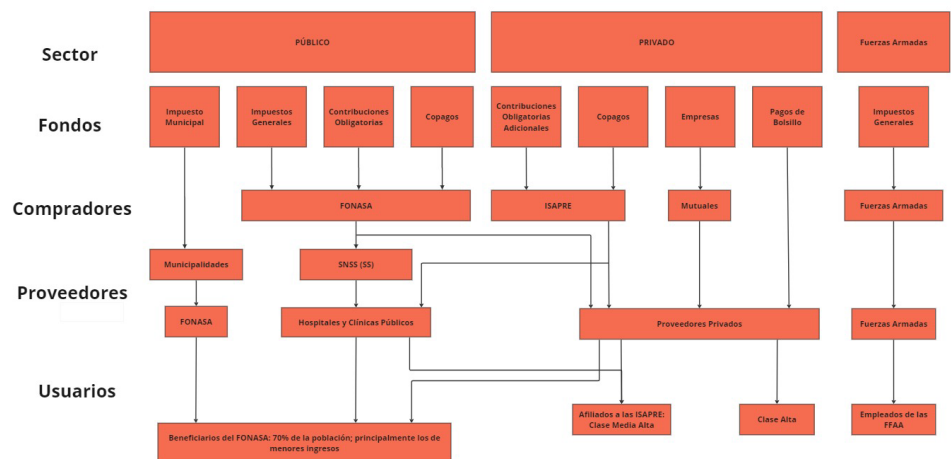
Financiamiento por nivel de atención

En 2005, Chile adoptó el **plan de GES que, hasta 2019, cubría 85 patologías** y en conjunto representan 70 % de la carga de enfermedad de este país (Superintendencia de salud, 2005). Las coberturas y garantías definidas en el GES aplican para los asegurados del seguro público, Fonasa y a las Isapres. La Ley requiere que los trabajadores formales aporten una prima obligatoria de seguro de salud igual al 7 % de sus ingresos para estar dentro del Fonasa, mientras las Isapres pueden cobrar una prima adicional al 7 % a sus asegurados y ofrecen un plan adicional para atención de alto costo (CIPPEC, 2014). Esta prima permite financiar, cumplidos ciertos requisitos, hasta en un 100 % de los gastos derivados de atenciones de alto costo (Superintendencia de salud, 2005). Sin embargo, solo cerca del 15 % de la población accede a este esquema (CIPPEC, 2014).



2. Política comparada

Figura 2.3. Organización del sistema de salud: Chile



Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de .



2. Política comparada

2.1.4 Costa Rica En Costa Rica, el Sistema Nacional de Salud se integra por la Secretaría de Salud; la Caja Costarricense del Seguro Social (ccss); el Instituto Nacional de Seguros; Acueductos y Alcantarillados; Universidades e institutos del área de la salud; Servicios de salud privados; Municipalidades y las Comunidades (García González, R., 2004). La ccss se encarga de la atención a la población asegurada, mientras que la Secretaría de Salud atiende a la población sin seguridad social, alrededor del 8.7 % de la población total.

Inversión total: 7.6 % PIB
Fuentes públicas: 5.5 % PIB

En 2021, Costa Rica destinó aproximadamente **27.8 % de su gasto público total al sector salud**, en este año **el gasto público para salud alcanzó 5.6 % del PIB** con uno de los **gastos de bolsillo más bajos** de la región con 1.6 % del PIB.

Gobierno federal
financiamiento 7.4 %

La Secretaría de Salud es la autoridad rectora del sistema y como tal cumple con funciones de dirección política, regulación sanitaria, direccionamiento de la investigación y desarrollo tecnológico. Mientras que la ccss es la institución autónoma que se encarga del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios de salud a toda la población. Por tener competencias y responsabilidades en todo el territorio, la ccss está organizada en tres niveles administrativos (García González, R., 2004):

- **Nivel central o nacional** tiene un carácter político, normativo, controlador y financiero para garantizar la prestación de los servicios de salud.
- **Nivel regional** se encarga de coordinar, supervisar y capacitar los recursos humanos del nivel local y administrar los recursos físicos y financieros asignados a la región. Se integra por siete direcciones regionales médicas y cinco direcciones regionales financieras.
- **Nivel local** tiene como funciones programar, ejecutar y monitorear las acciones de salud mediante las cuales se operacionalizan los planes y programas definidos por el nivel central y sistematizados por el nivel regional.

El financiamiento del sistema de salud de Costa Rica corresponde a 66.2 % por cuotas a la seguridad social, 22.4 % por los pagos directos de los hogares, ingresos recibidos por la ccss por venta de servicios médicos, 7.4 % por transferencias de ingresos públicos, y el restante 4.2 % corresponde a pagos de pre - pago voluntarios y obligatorios (OPS, 2019).

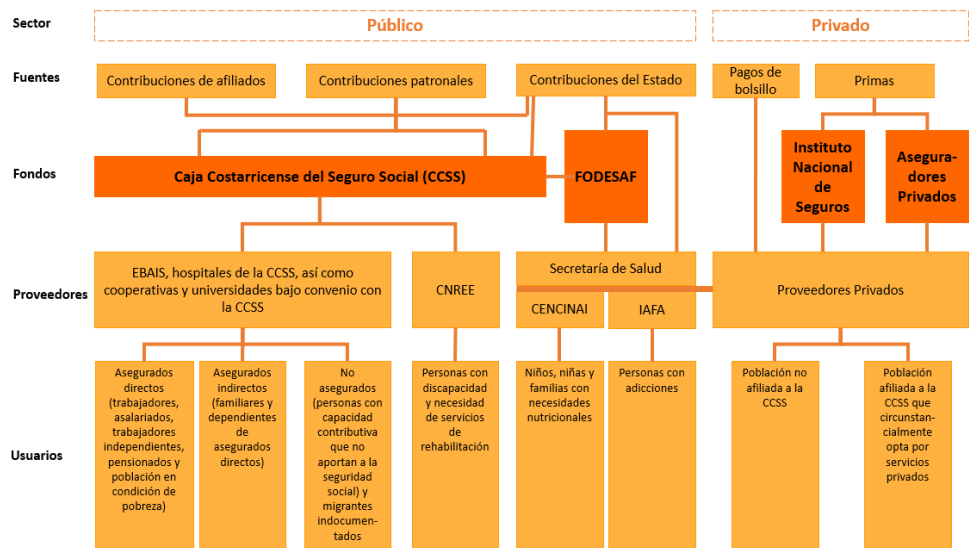


2. Política comparada

Gobiernos subnacionales

Costa Rica posee una estructura administrativa muy particular, la cual recoge elementos propios de la descentralización bajo el marco desconcentración; a los gobiernos subnacionales no se les ha delegado competencias y recursos. Las regiones y las Áreas Rectoras de Salud en el nivel local no están organizadas necesariamente por provincias o cantón. (Galilea Ocón, S; Letelier Saavedra, L., 2013).

Figura 2.4. Organización del sistema de salud: Costa Rica



Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de García González, R. (2004).

2.1.5 Uruguay

Uruguay tiene un sistema de salud llamado Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que separa las funciones de prestación y financiamiento: en la prestación de servicios participan prestadores públicos y privados y la financiación está separada por nivel de complejidad, es decir, el Fondo Nacional de Recursos (FNR) financia las prestaciones más complejas, mientras el Fondo Nacional de Salud (FONASA) financia las de mediano y bajo nivel de complejidad (OMS, 2014a).

Enfermedades de alta especialidad

En 1980, se fundó el FNR que funciona como un **sistema de reaseguro de cobertura nacional y afiliación obligatoria de toda la población**, incluye procedimientos considerados como “enfermedades catastróficas” y a partir del año 2000, los medicamentos de alto costo. Las prestaciones son brindadas por los institutos de medicina altamente especializada (IMAE). El costo anual promedio del plan de prestaciones financiadas por el FNR por habitante del país asciende a aproximadamente *US\$60* y cuenta con un presupuesto anual de *US\$15* millones (OMS, 2014a).



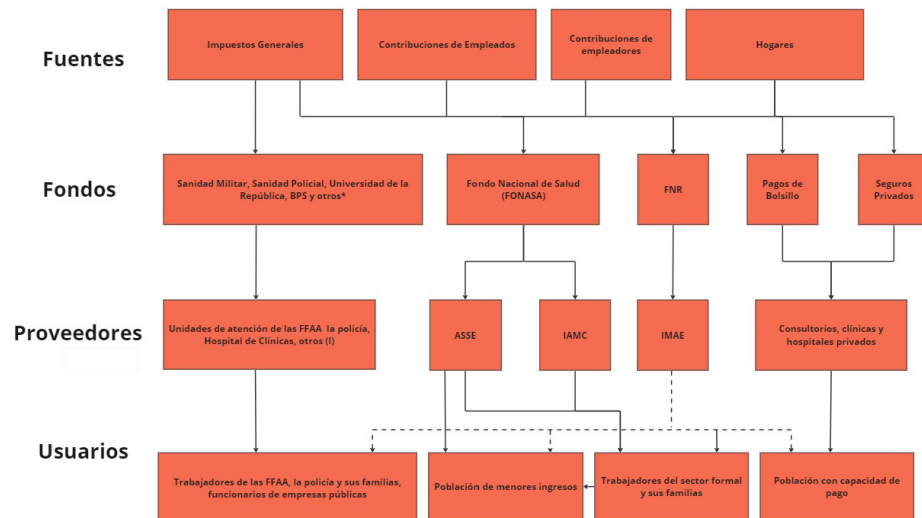
2. Política comparada

Los beneficiarios del FNR no presentan copagos por ningún concepto, pues el **financiamiento es exclusivamente a través de fuentes públicas: impuestos a juegos de azar y contribuciones obligatorias mediante una cápita fija**. Los impuestos al azar representan solo el 0.7 % del total del financiamiento del FNR, la cápita fija es equivalente al US\$5 que corresponde a los beneficiarios del FONASA y no FONASA con capacidad de pago, para los beneficiarios sin capacidad de pago, el Ministerio de Economía y Finanzas paga al FNR un arancel por acto médico⁴ (OMS, 2014a).

Inversión total: 9.4 % PIB
Fuentes públicas: 6.9 % PIB

En 2021, la inversión total en el sector salud **superó los nueve puntos del PIB**; 6.9 % del PIB corresponden a gasto público y 1 % del PIB se destinó a seguros privados y voluntarios, mientras que el resto corresponde al gasto de bolsillo. Uruguay presenta **el menor gasto de bolsillo de los países de la región** que fueron analizados con 1.4 % del PIB.

Figura 2.5. Organización del sistema de salud: Uruguay



Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de .

⁴ La fuente no define acto médico sin embargo, la literatura en general se define como la relación médico-paciente.



2. Política comparada

2.1.6 México

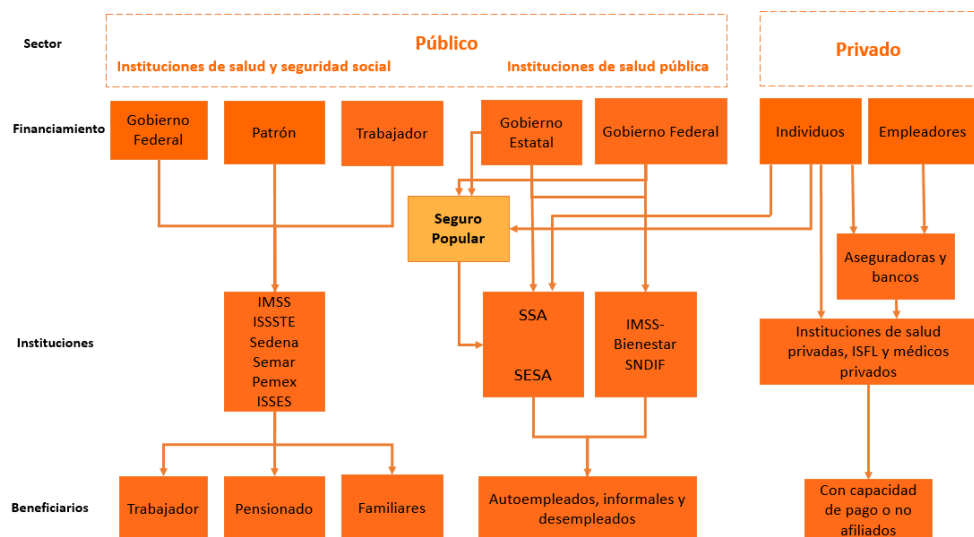
El sistema público de salud en México está fragmentado y los servicios que recibe la población dependen de su situación laboral. Las instituciones de seguridad social, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), cubren a jubilados, trabajadores y sus familiares.

De 2004 a 2019, el Seguro Popular (SP) dio atención a una parte de la población sin seguridad social (Figura 2.6), de 2020 a 2023, el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI) buscó cubrir al total de esta población. A partir de 2023, el Organismo Público Descentralizado (OPD)IMSS Bienestar atiende a este objetivo. Las personas de mayores ingresos pueden acceder a seguros privados (Figura 2.7).

Inversión total: 6.1 % PIB
Fuentes públicas: 3.1 % PIB

Para 2024, México aprobó un presupuesto para el sector salud que es equivalente al 10.9 % del gasto total. En 2021, México destinó un total de 6.1 % del PIB para el sector salud. De este monto, el 3.1 % provino de fuentes públicas. México es de los países con gasto de bolsillo más alto, alrededor de 2.5 % del PIB para este mismo año. Esto indica que aproximadamente el **41 % del gasto total en salud es absorbido por los hogares**. Se tienen datos más recientes, de 2022, de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) que reporta un incremento en el gasto de bolsillo y una caída en la atención recibida en los servicios públicos de salud.

Figura 2.6. Organización del sistema de salud 2004 - 2019: México, Seguro Popular

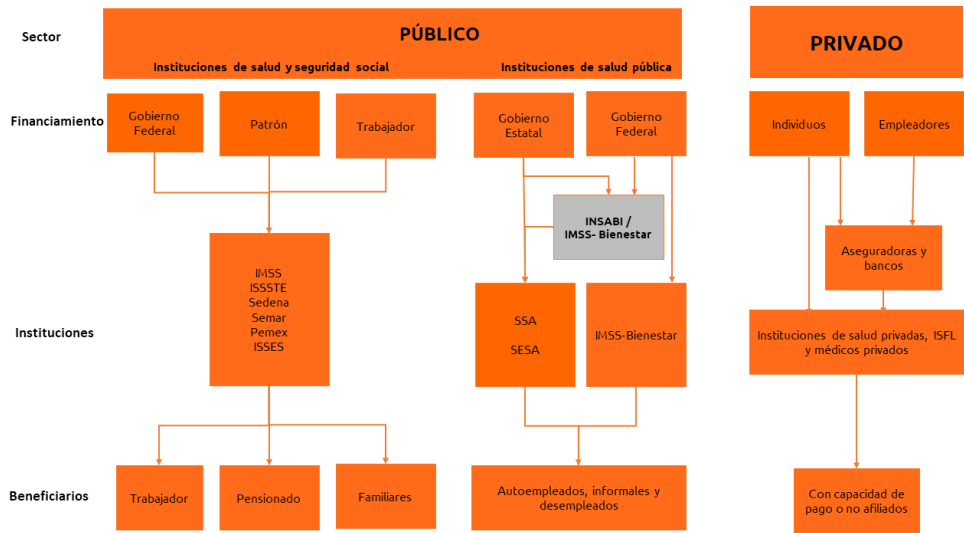


Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de CIEP (2018).



2. Política comparada

Figura 2.7. Organización del sistema de salud 2023 -: México, IMSS-Bienestar



Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de CIEP (2018); .

Gobiernos subnacionales:

Hasta 2019, las personas afiliadas al SP tenían derecho a recibir los servicios de dos planes explícitos de beneficios: **el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el Catálogo de Intervenciones de Alto Costo (CIAC) financiado por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), ahora Fondo de Salud para el Bienestar (Fonsabi)** (OMS, 2014a). Sin embargo, con esta transición al Fonsabi, las listas explícitas de tratamiento no fueron actualizadas.

Enfermedades de alta especialidad

La fuente de financiamiento del Fonsabi corresponde a 11 % del monto que represente la suma de la Cuota Social⁵, la Aportación Solidaria Estatal (ASE) y la Aportación Solidaria Federal (ASF). De este monto, el 8 % se destina a la atención de enfermedades de alto costo en los tratamientos y medicamentos, 2 % se destina a infraestructura en salud en zonas marginadas y 1 % para cubrir diferencias imprevistas en la demanda y la garantía de pago (Ssa, 2005). Los recursos son administrados por el INSABI.

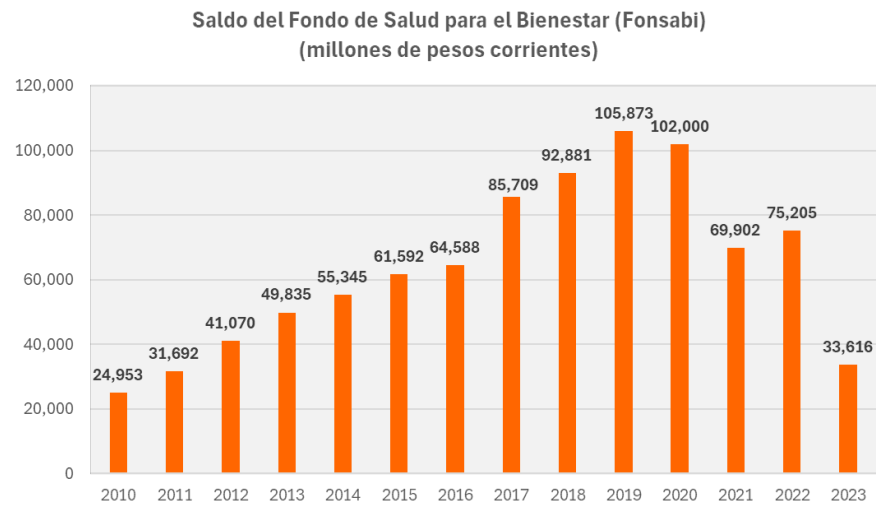
Con el Fonsabi se deben de cubrir: las enfermedades e intervenciones definidas como Gastos Catastróficos por el Consejo de Salubridad General (CSG), los medicamentos asociados con base a los protocolos técnicos elaborados por el CSG y otras aportaciones para el fortalecimiento de la infraestructura física y adquisición de equipamiento de alta tecnología (Ssa, 2019).

⁵ Corresponde a contribuciones que realizan los órdenes de gobierno, en este caso federal, estatal y municipal y que se destinarán a fines sociales



2. Política comparada

Figura 2.8.
Evolución del
saldo del FPGC



Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de SHCP; TP (2021).

- 1 El monto de 2021 corresponde al tercer trimestre de 2021. El monto de 2023 corresponde al segundo trimestre.
- 2 Millones de pesos corrientes.

La asignación de los recursos del Fideicomiso se entrega a las Áreas Solicitantes y Prestadores de Servicios, es decir, a los institutos y hospitales de los estados adheridos al OPD IMSS-Bienestar, que deben apegarse a la normatividad federal aplicable y que en el año anterior hayan presentado la solicitud de autorización de recursos con las proyecciones estimadas del costo de intervenciones y el monto global proyectado (SSa, 2019).

La Figura 2.8 presenta la evolución presupuestaria del FPGC, se observa que pasó de 24 mil 953 millones de pesos (mdp) en 2010 hasta su punto máximo en 2019 con 105 mil 873 mdp. El dato más reciente de 2023 que corresponde al segundo trimestre muestra un saldo de 33 mil 616 mdp.

Aunque el saldo del Fonsabi se ha reducido a niveles de 2011, el monto de recursos destinados para la atención de enfermedades de alta especialidad se redujo 73 %, al pasar de destinar 7 mil 017 mdp en 2019 a 1 mil 870 mdp en 2022 (Ver Figura 2.2). El cáncer infantil presentó una reducción de recursos de 94 %, el cáncer colorrectar una disminución de 91 %, el cáncer de mama redujo los recursos en 89 % y el cáncer cervicouterino en 88 % (Ver Cuadro 2.2).

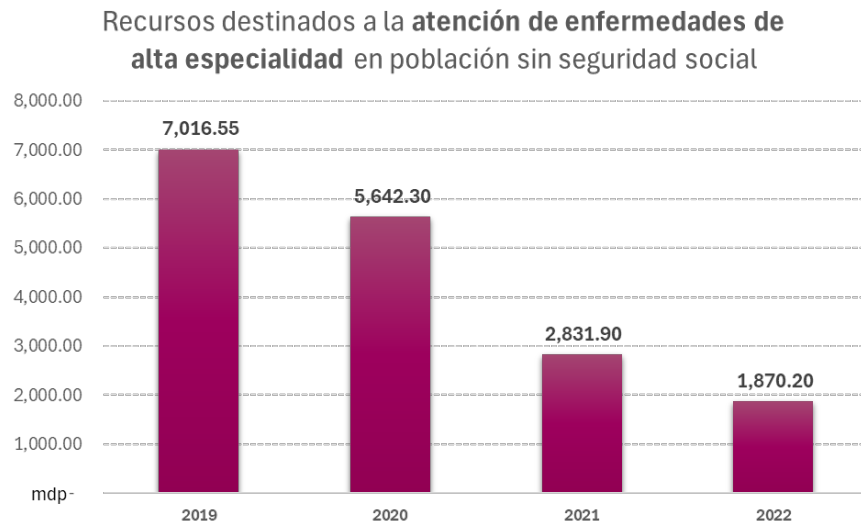
De 2020 a 2022, **las entidades federativas debieron suscribir acuerdos de coordinación con el INSABI⁶** para la prestación gratuita de los servicios

⁶ El INSABI es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal (APF), con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado a la Secretaría de Salud (SSa).



2. Política comparada

Figura 2.9. Evolución de los recursos para enfermedades de alta especialidad



Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de SHCP; TP (2021).

1 El monto de 2021 corresponde al segundo trimestre de 2021.

2 Millones de pesos corrientes.

Cuadro 2.2. Recursos para atención de enfermedades de alta especialidad: FPGC/Fonsabi

Enfermedad	2019 (mdp)	2021 (mdp)	Diferencia (mdp)	Variación %
Cáncer infantil	247	15	-232	-93.9 %
Cáncer colorrectal	133	12	-121	-91.1 %
Cáncer de mama	1,572	169	-1,403	89.2 %
Cáncer cervicouterino	79	9	-70	-88.1 %

Nota 1: Corresponde al monto pagado y reportado en los informes anuales.

Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de ?.

de salud y medicamentos y demás insumos para las personas sin seguridad social.

Con el INSABI, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) identificó que Quintana Roo, Oaxaca y San Luis Potosí transfirieron los servicios de salud que incluyen enfermedades de tercer nivel al gobierno federal. El resto de los estados, en cambio, mantendría la responsabilidad de provisión de este nivel de atención (Cuadro 2.3).

A partir de 2023, con el OPD IMSS-Bienestar los Acuerdos de Coordinación se celebran entre cada entidad federativa y este nuevo OPD. Se requiere analizar exhaustivamente cada uno de los casos para conocer en qué esta-



2. Política comparada

tus se encuentra la provisión de los servicios de salud de alta especialidad ya que actualmente no se encuentran disponibles (Cuadro 2.3).

En este sentido del análisis por niveles de atención, con las recientes reformas en 2023, también se trasladarán los recursos de 5 Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAEs): Oaxaca, Yucatán, Bajío, Ciudad Victoria e Ixtapaluca y 1 Centro Regional de Alta Especialidad (CRAE) de Chiapas al OPD IMSS-Bienestar. La suma de presupuesto de estas seis unidades responsables suman 8 mil 538 mdp.

Cuadro 2.3. Acuerdos de colaboración: **Por nivel de atención**

Tipo de transferencia de servicios de salud a la Federación	Entidades con INSABI	Entidades con OPD IMSS-Bienestar
Transfieren a la federación solo el primer nivel de atención en salud	Chiapas, Morelos, Sonora y Tlaxcala	N/D
Transfieren a la federación solo el primer y segundo nivel de atención en salud	Baja California, Baja California Sur, Campeche, CDMX, Coahuila, Colima, Durango, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Puebla, Querétaro, Sinaloa, Tabasco, Veracruz, Yucatán y Zacatecas	N/D
Transfieren a la federación solo el primer y el tercer nivel de atención en salud	Quintana Roo	N/D
Transfieren a la federación la totalidad de los servicios de salud	Oaxaca y San Luis Potosí	N/D
No transfieren los servicios de salud a la población	Aguascalientes, Chihuahua, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León y Tamaulipas	N/D

Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de Coneval (2023).

2.2 Sistemas de Salud de referencia

Para seleccionar los países de referencia se toma como principal parámetro que cuenten con un bajo nivel de gasto de bolsillo, dado que éste es un indicador que se asocia con la protección financiera del sistema de salud. Es decir, si el sistema público de salud logra cubrir las necesidades de atención, éste se vincula a un gasto de bolsillo cada vez menor en los hogares.

En cinco de los seis países de estudio, el gasto de bolsillo equivale alrededor de 1 % del PIB a excepción de Suiza, que presenta un gasto de bolsillo de 2.6 % del PIB. Sin embargo, cabe resaltar que, en ninguno de estos países el gasto de bolsillo supera el 22 % del gasto total en salud. Por el contrario, en México este porcentaje se duplica con 41 % (Ver Cuadro 2.4).

2.2.1 Alemania

Alemania destinó 12.7 % de su PIB en 2021 a sus servicios de salud, el 74 % fue financiado por fondos públicos (10.9 % del PIB), el 57 % de ese gasto público se destinó al Seguro Social de Salud (SHI por sus siglas en inglés).



2. Política comparada

Cuadro 2.4. Países de referencia: 2021

Componente	Alemania	Canadá	Colombia	Dinamarca	Suiza	México
Gasto total en salud (% PIB)	12.7	11.2	9.0	9.5	11.8	6.1
Gasto público en salud (% PIB)	10.9	8.0	7.1	8.1	8.0	3.1
Seguro médico voluntario (% PIB)	0.3	1.5	0.7	0.2	1.0	0.5
Gasto de bolsillo (% PIB)	1.4	1.7	1.2	1.2	2.6	2.5

Nota 1: Las cifras de Canadá y Dinamarca corresponden al año 2022.

Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de OMS (2020).

Alrededor del 88 % de la población recibe cobertura primaria a través de fondos de enfermedad, y el 11 % a través de seguros privados.

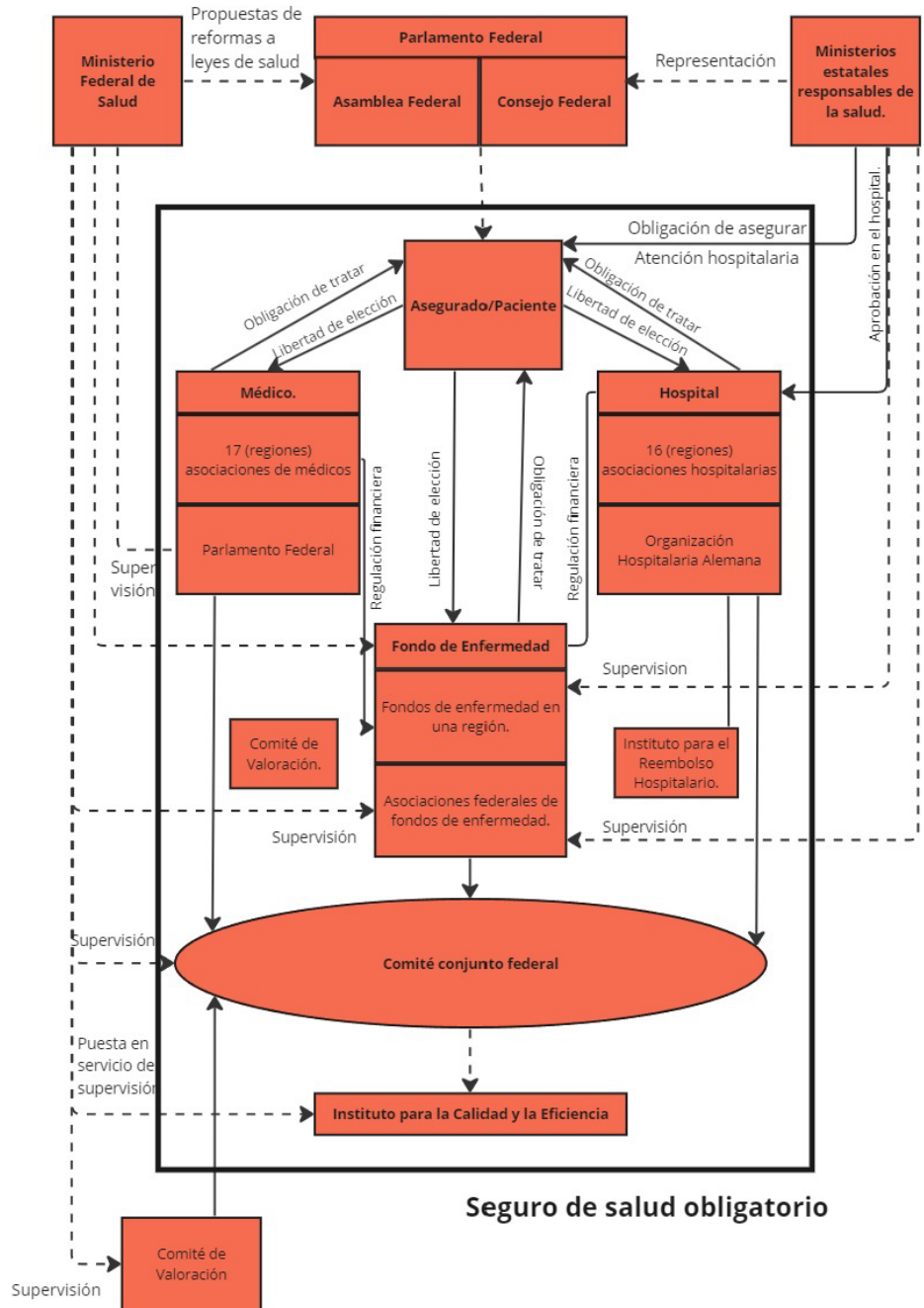
Financiamiento alta especialidad

En 2019 hubo **109 fondos de enfermedad financiados mediante contribuciones salariales obligatorias**. Desde 2016, la tasa de contribución uniforme establecida legalmente ha sido del 14.6 % de los salarios brutos, compartida en partes iguales por el empleador y los empleados. Las contribuciones salariales se agrupan de manera centralizada en un fondo de salud y se reasignan a fondos de enfermedad individuales que abarcan las Enfermedades No Transmisibles (ENT) (The Commonwealth Fund, 2024b).



2. Política comparada

Figura 2.10. Organización del sistema de salud: Alemania



Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de .



2. Política comparada

2.2.2 Canadá En Canadá, el sistema de salud es conocido como Canadian Medicare, es un sistema descentralizado, universal y financiado con fondos públicos. En 2018, Canadá destinó 19.3 % de su gasto público total al sector salud, en este año **el gasto público para salud alcanzó 10.8 % del PIB**. La composición entre el gasto público y gasto privado es la más alta de los países estudiados, 74 % corresponde al gasto público, mientras que, el 26 % al gasto privado (Cuadro 2.4).

La principal fuente de financiación son los ingresos públicos generales de provincias que provienen de impuestos. Mientras que cerca de 24 % es proporcionado por *Canada Health Transfer* que financia la atención médica para provincias y territorios, *Canada Health Transfer* se refiere a los recursos aportados por el gobierno federal (The Commonwealth Fund, 2024a).

**Gobierno federal
financiamiento 24 %** El Gobierno federal tiene jurisdicción sobre la regulación de medicamentos, financiamiento y administración de servicios de salud para aborígenes, así como al seguro público de salud para las fuerzas armadas, veteranos, presos en prisiones federales y refugiados (ver Figura 2.11).

**Gobiernos subnacionales
financiamiento 70.7 %** La responsabilidad de administrar y financiar el sistema de salud recae en las 13 provincias mediante las autoridades de salud regionales. Las provincias administran los hospitales y el cuidado institucional y comunitario, y los secretarios de salud provinciales son los encargados de la remuneración de los médicos y subsidian los medicamentos, principalmente, a las personas de bajos recursos (The Commonwealth Fund, 2024a).

Los primeros pasos hacia el seguro médico universal se dieron a nivel provincial, con la provincia de Saskatchewan. Aunque el diseño e implementación del sistema de salud recae principalmente en los territorios y provincias, el gobierno federal impone lineamientos generales a través del *Canadian Health Act*. Las provincias tienen el incentivo de cumplir con dichos lineamientos para recibir las transferencias de fondos federales, a través del *Canada Health Transfer*.

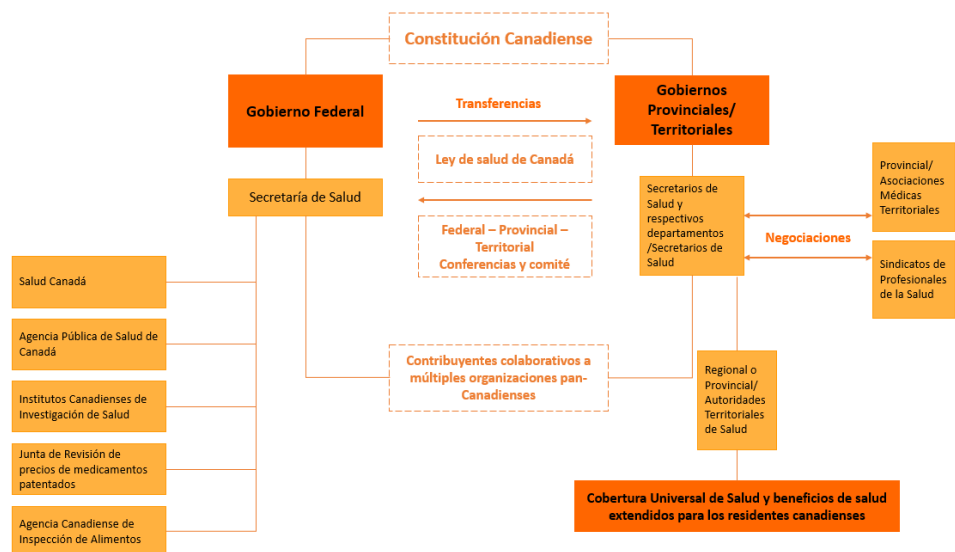
Además, la Ley de Salud de Canadá de 1984 menciona que los gobiernos provinciales deben cumplir con nueve productos a través del plan de seguro de salud público para recibir las transferencias completas del gobierno federal. Los requisitos incluyen cinco criterios, dos disposiciones y dos condiciones. *Canada Health Transfer* requiere que la atención médica brindada por las provincias sea:



2. Política comparada

- **Administrada públicamente** los planes de seguro de salud provinciales y territoriales son administrados y operados sin fines de lucro por una autoridad pública. De forma contraria, si existen cargos por servicios de atención médica a asegurados, la Ley exige una deducción obligatoria dólar por dólar de los pagos de *Canada Health Transfer* a esa provincia o territorio.
- **Integral** el plan de seguro de salud de las provincias y territorios debe brindar todos los servicios que sean médicamente necesarios.
- **Universal** todos los residentes asegurados de una provincia o territorio tienen derecho a los servicios de salud asegurados en términos y condiciones uniformes.
- **Portátil** si un residente se traslada a otra provincia o territorio, él mantiene cobertura de salud en la provincia de origen por un periodo de transición.
- **Accesible** los residentes asegurados de una provincia o territorio deben tener acceso razonable a los servicios de salud, libre de barreras financieras o de otro tipo.

Figura 2.11. Organización del sistema de salud: **Canadá**



Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de The Commonwealth Fund (2024a).



2. Política comparada

2.2.3 Colombia Colombia invierte 9.0 % de su PIB en el sector salud, de ellos **7.1 % del PIB corresponden a inversión pública**. El sistema de salud en Colombia tiene dos esquemas de aseguramiento: un **régimen contributivo para la población con capacidad de pago y un régimen subsidiado** principalmente para la población del sector informal, ambos regímenes cuentan con el mismo plan de beneficios llamado Plan Obligatorio de Salud (POS). Como se observa en la Figura 2.12, existen Empresa Promotora de la Salud (EPS) que son a las que el estado paga en su función de aseguradoras.

En primer lugar, el régimen contributivo se financia con recursos parafiscales⁷ aportados mensualmente por los trabajadores, 12.5 % del salario para los trabajadores con contrato laboral y 5 % del salario para los trabajadores independientes. En este sentido, la creación, en 2017, de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) ha permitido una mejor gestión y flujo de los recursos.

Por otro lado, el régimen subsidiado se financia con recursos del presupuesto general de la nación y de los gobiernos subnacionales, estos recursos provienen de impuestos a la nómina, del impuesto a la cerveza, al tabaco, a los licores y al monopolio en juegos de azar (Granger, C.; Ramos, J.; Melo-Becerra, L.; silva-Samudio, G., 2023).

Tanto en el régimen contributivo como no contributivo, el financiamiento está vinculado a un pago por persona, Unidad de Pago por Capacitación (UPC). En 2013, la UPC del régimen contributivo era de US\$418 y la del régimen subsidiado fue de US\$374. El valor de la UPC ha incrementado con el objetivo de incluir nuevos medicamentos y servicios, además de la inclusión de población migrante (Granger, C.; Ramos, J.; Melo-Becerra, L.; silva-Samudio, G., 2023).

**Financiamiento de alta
especialidad**

En 2003, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) **estableció una política de atención integral de patologías de alto costo** que consiste en la redistribución de afiliados con alguna patología de alto costo entre las aseguradoras por una única vez, con el propósito de que cada EPS tuviera un número proporcional de casos en función del número total de afiliados, con lo cual se logra homogeneizar el nivel de riesgo entre aseguradores.

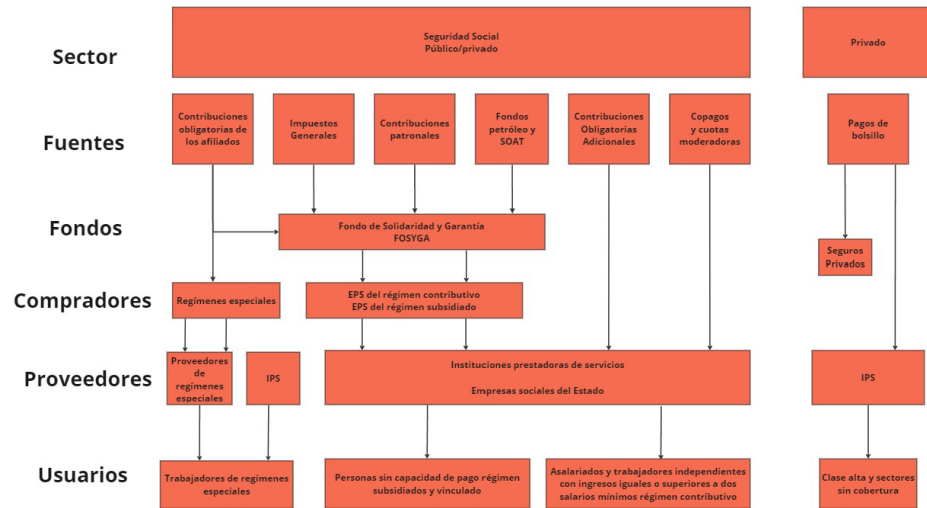
⁷ Los recursos parafiscales hacen referencia a que estos recursos no se van a la bolsa general del estado si no a entidades específicas.



2. Política comparada

La atención de las patologías de alto costo, en el régimen subsidiado es plena desde el momento de la afiliación, mientras en el régimen contributivo existe un “periodo mínimo de cotización”. En ambos regímenes, estos eventos están excluidos del pago de copagos o cuotas moderadoras (CIP-PEC, 2014).

Figura 2.12. Organización del sistema de salud: Colombia



Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de .



2. Política comparada

2.2.4 Dinamarca En Dinamarca, el sistema de salud es universal y descentralizado. Universal en el sentido de que todos los residentes del país tienen derecho a recibir atención financiada con recursos públicos y los servicios incluidos son atención primaria, especializada, preventiva, de larga duración, mental, hospitalaria y, en gran medida son gratuitos al momento de la provisión.

Universal con restricciones Sin embargo, hay dos opciones de seguro público. Alrededor del 98 % de los residentes se ubican en la opción 1, en el cual los médicos generales son los que consultan a los pacientes y los transfieren, en caso de requerirlo, a médicos especialistas, con excepciones de algunas especialidades; en este paquete, los medicamentos están limitado a un costo de 548 dólares anuales. El 2 % restante elige el seguro 2, que permite el acceso directo a los médicos especialistas pero que también cobra copagos adicionales para poder entrar a esta opción.

Financiamiento federal: 80 % El gobierno federal se encarga de establecer el marco regulatorio del sistema de salud, así como de recaudar impuestos y asignarlos a los fondos regionales y municipales de acuerdo con características sociodemográficas. La responsabilidad de la atención recae en las regiones que poseen, gestionan y financian los hospitales. Alrededor del 80 % del presupuesto proviene de fuentes federales y el 20 % de los municipios.

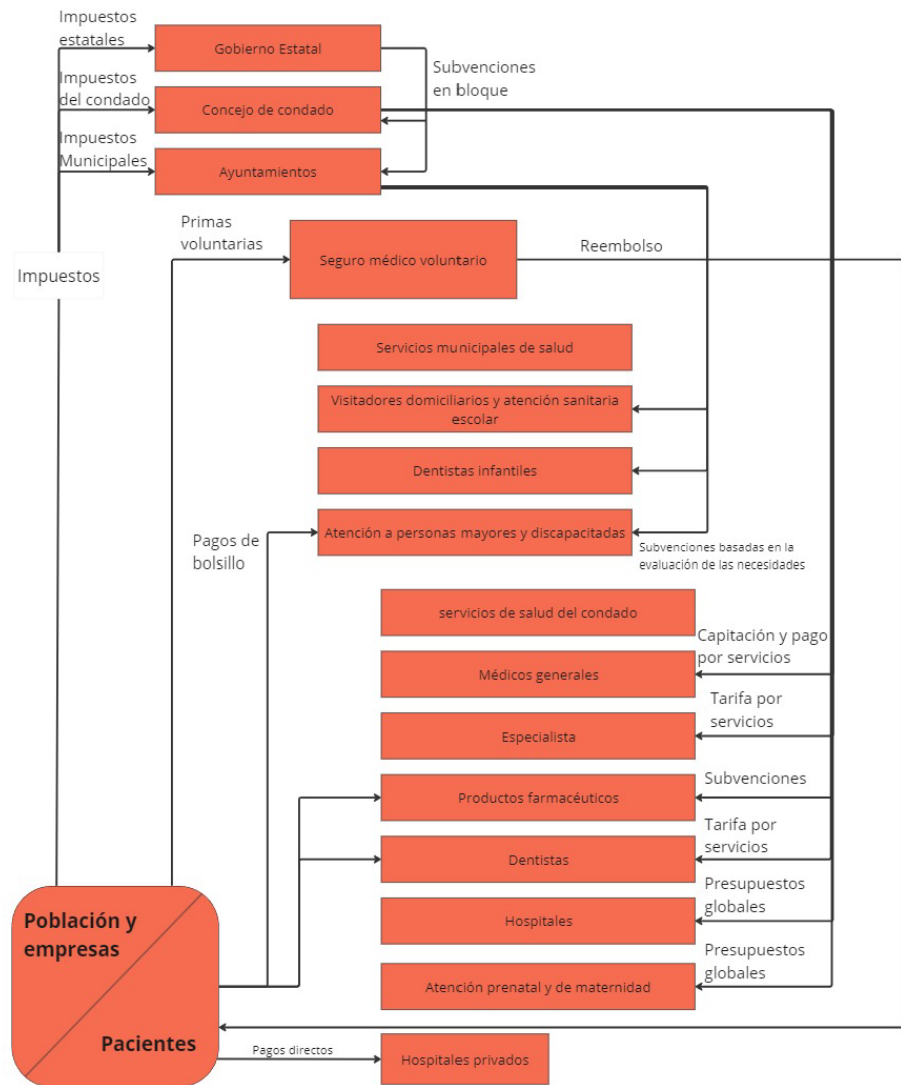
El financiamiento federal se basa en un impuesto nacional progresivo, en bloques, con montos ajustados a las diferencias demográficas. Sin embargo, alrededor del 42 % de los daneses cuentan con un seguro privado complementario, adquirido de forma individual, sobretodo para cubrir productos farmacéuticos y de atención dental que están fuera del paquete cubierto por el estado. Y aproximadamente el 30 % de los daneses cuentan con un seguro complementario para recibir atención médica en proveedores privados.

Financiamiento de especialidad con copagos El financiamiento de especialidades se complementa con los copagos que se cobran en el grupo 2 y con los incrementos por bloque del gasto en medicamentos. Además se utilizan estrategias de contención de gasto con compras colectivas, sustitución genérica de productos farmacéuticos, incentivos para cambiar la atención hospitalaria a ambulatoria. Todo esto tiene que ver también con que, en Dinamarca, en 2019, el 70 % de la población reportaba contar con un buen estado de salud.



2. Política comparada

Figura 2.13. Organización del sistema de salud: Dinamarca



Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de .



2. Política comparada

2.2.5 Suiza En Suiza, el sistema de salud es muy descentralizado y los cantones desempeñan un papel fundamental en su funcionamiento. El financiamiento del sistema de salud proviene de primas de afiliados, contribuciones a la seguridad social, pagos de bolsillo e impuestos principalmente de origen cantonal.

En 2018, Suiza destinó 11.0 % de su gasto público total al sector salud, de esta manera **el gasto total para salud alcanzó 11.9 % del PIB**. La composición entre el gasto público y gasto privado fue 31/69, debido a que los residentes deben adquirir un seguro con aseguradoras privadas sin fines de lucro, este gasto se clasifica como gasto privado pero no como gasto de bolsillo (Cuadro 2.4).

Por fuente de financiamiento, **los impuestos generales financiaron 17.3 % del gasto total en salud; 15.0 % corresponde a impuestos cantonales, 1.8 % a impuestos municipales y el gobierno federal aportó, 0.4 %** (The Commonwealth Fund, 2024a).

Gobierno federal
financiamiento 0.4 %

De acuerdo con la organización del sistema de salud, el gobierno federal tiene la responsabilidad de regular el financiamiento del sistema de salud, garantizar la calidad y seguridad de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos, supervisar las iniciativas de salud pública y promover la investigación y la capacitación (The Commonwealth Fund, 2024a). Además, se encarga de establecer el catálogo de beneficios cubiertos por los seguros de salud y fijar los precios de los servicios (Trein, P., 2019).

Gobiernos subnacionales
financiamiento 16.8 %

Cada uno de los 26 cantones⁸ tiene su propia constitución por lo que se encargan de implementar su propia legislación sobre políticas de salud, esto significa que son responsables de la prestación de servicios de salud, de planificar y construir hospitales públicos y de regular a los proveedores de atención ambulatoria (Trein, P., 2019). Cada cantón tiene su propio secretario de salud pública elegido.

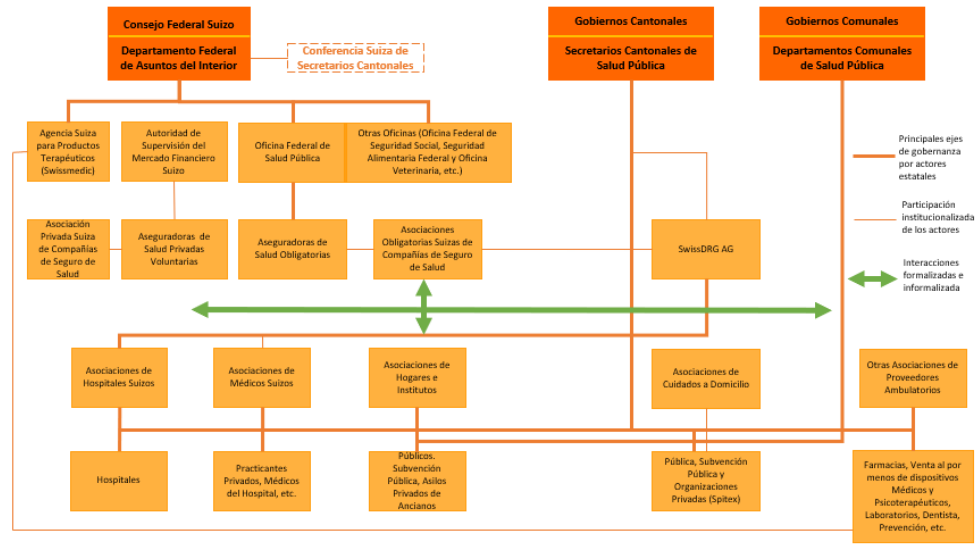
Los municipios son responsables principalmente de la organización y prestación de cuidados de larga duración como los cuidados en hogares de ancianos y servicios de cuidados a domicilio, así como los servicios de apoyo social para grupos vulnerables (Trein, P., 2019).

⁸ En Suiza, la división política incluye 26 regiones catalogadas como cantones.



2. Política comparada

Figura 2.14. Organización del sistema de salud: Suiza



Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de The Commonwealth Fund (2024a).

Cuadro 2.5. Concentrado: Casos estudiados enfoque subnacional

País	Gasto en salud (% PIB)	Gasto público (% PIB)	Subnacionales (% PIB)	Papel de los gobiernos subnacionales
Argentina	9.6	5.9	2.4	Los gobiernos provinciales cuentan con autonomía en las políticas de salud pública y con la mayor responsabilidad en la provisión de servicios de salud. El Plan Nacer utiliza transferencias condicionales para incentivar a las provincias a ampliar la cobertura de las intervenciones de salud materno infantil.
Brasil	9.5	3.9	2.3	Las tasas mínimas de contribución para gastos en salud corresponden a 15 % de los ingresos netos del gobierno a nivel municipal y 12 % de los ingresos totales tanto a nivel estatal y municipal. Los gobiernos municipales se encargan de la planificación del presupuesto y planes para la asignación de recursos económicos y humanos. La atención primaria se realiza a través del Programa de Salud de la Familia de Brasil que se ejecuta a nivel municipal.
Canadá	10.8	7.9	5.6	Las provincias administran los hospitales y el cuidado institucional y comunitario y destinan más del 30 % de su gasto total a salud. Los secretarios de salud provinciales son los encargados de la remuneración de los médicos y subsidian los medicamentos de personas de bajos recursos.
Costa Rica	7.6	5.5		A los gobiernos subnacionales no se les ha delegado competencias y recursos, la ccss es la institución autónoma que se encarga del financiamiento, compra y prestación de los servicios de salud. La ccss se encuentra descentralizada bajo la forma de desconcentración.
México	5.4	2.7	0.2	A partir de 2023, el OPD IMSS-Bienestar se encargan de la prestación de servicios de salud para la población sin seguridad social, aún no se tiene información detallada sobre el nivel de atención.
Suiza	11.9	3.7	2.0	Los impuestos generales financiaron 17.3 % del gasto total en salud; los cantones aportaron 15.0 %, 1.8 % los municipios y la federación 0.4 %. Cada cantón tiene su propia constitución, son responsables de la prestación de los servicios de salud, planificar y construir hospitales públicos y regular a los proveedores de atención ambulatoria. Los municipios se encargan de la prestación de servicios complementarios como los cuidados de ancianos y grupos vulnerables.

Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de OMS (2020); The Commonwealth Fund (2024a); Maceira Daniel (2020).

3 | Instrumentos para incrementar la atención y los servicios de alta especialidad

En 1990, las principales causas de años de vida perdidos por enfermedad y muerte prematura (AVISA, DALYs por sus siglas en inglés) se debían a causas maternas e infecciones; en 2019 las causas principales fueron diabetes, enfermedades cardiovasculares, violencia y cáncer (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021). Esta transición ocasiona que los costos de atención se eleven debido a que los padecimientos son de mayor duración y más costo.

Además del impacto financiero, las ENT pueden impedir el desarrollo sostenible por sus impactos negativos en la productividad, en los ingresos nacionales, en el presupuesto de salud, en los ingresos de los hogares y en el empobrecimiento. La OMS sugiere incrementar los recursos públicos destinados a ENT a través de dos mecanismos: **generar nuevos recursos y administrar los recursos existentes** (OMS, 2014b).

3.1 Instrumentos de Financiamiento

El primer mecanismo incluye incrementar los fondos públicos mediante impuestos al consumo y a la nómina; incrementar fondos privados como fondos de lotería y bonos; y el acceso a fondos mundiales. En tanto, el segundo mecanismo es mejorar el desempeño del sector público a través de la recompra de deudas, swaps, financiamiento basado en resultados y las cadenas de socios públicos-privados (OMS, 2014b).

Además, existen dos **modelos de cobertura para las enfermedades catastróficas, horizontal y vertical**, el primero implica cubrir a todas las personas con una misma patología, mientras el segundo cubre todas las enfermedades catastróficas y todos los gastos generados por ellas. Los modelos de cobertura están condicionados por la organización del sistema de sa-



3. Instrumentos para incrementar la atención y los servicios de alta especialidad

lud: sistema público, seguros sociales, seguros privados o sistemas mixtos (CIPPEC, 2014).

- Sistema público (Gran Bretaña, Canadá): se caracterizan por tener cobertura universal y financiamiento estatal.
- Seguros sociales (Alemania, Holanda y Colombia): la creación de seguros sociales separados de la cobertura universal, financiados por impuestos al salario y aportes estatales especiales.
- Seguros privados⁹ (EE. UU., países del sudeste asiático): seguros especiales de naturaleza privada.
- Sistemas mixtos (Chile): abarcan seguros médicos complementarios y seguros privados voluntarios complementarios a la cobertura.

Asimismo, para avanzar hacia la universalidad en la cobertura de enfermedades catastróficas, algunos países han utilizado las siguientes herramientas (CIPPEC, 2014):

3.2 Instrumentos de provisión

- **Control de la oferta:** Países como Inglaterra o Canadá utilizan listas de espera que se emplean para ajustar el presupuesto a la demanda¹⁰.
- **Programas Nacionales para Enfermedades Catastróficas:** Brasil cuenta con un programa de asistencia farmacéutica que incluye medicamentos para enfermedades catastróficas. Además, existen dos programas de medicamentos estratégicos y de dispensación excepcional¹¹.
- **Redistribución de los riesgos:** Colombia no excluyó a las enfermedades catastróficas del POS sino que estableció que cada EPS tuviera un número proporcional de afiliados con patologías de alta

⁹ Este tipo de seguros se aplica en países que, en este estudio, no se consideraron como una referencia ideal y, en la región no tuvieron éxito (CIPPEC, 2014)

¹⁰ En el caso mexicano se podría asimilar a los casos en los que un paciente acude a instituciones de seguridad social como IMSS e ISSSTE y programan cita para una fecha posterior o ingresan a lista de espera

¹¹ Son los medicamentos que pueden tener un valor unitario alto o valor bajo pero el tratamiento es prolongado.



3. Instrumentos para incrementar la atención y los servicios de alta especialidad

complejidad, este monto es proporcional, en función del número de afiliados.

- **Seguros privados voluntarios específicos de enfermedades catastróficas:** En Suiza y EE. UU, las personas con capacidad de pago acceden a seguros privados para la cobertura de este tipo de padecimientos.
- **Reaseguros:** En Chile, los aseguradores tanto sociales como privados pueden adquirir un seguro complementario para la cobertura de las enfermedades catastróficas.
- **Cuentas individuales de capitalización:** En Singapur, el costo de estas enfermedades se financia a través del Medishield que es un seguro voluntario con deducibles elevados y copagos.
- **Discriminación positiva en la cobertura de enfermedades catastróficas:** Se selecciona un grupo de patologías con protocolización para las cuales se garantiza su financiamiento, puede ser a través de seguros universales, fondos universales y fondos para extender la cobertura.
 - **Seguros Universales:** El sistema de salud holandés está organizado en función del ingreso de las personas, existen los fondos de enfermedad que cubren a todas las personas debajo de un cierto ingreso, para quienes su ingreso es mayor se les obliga a contratar un seguro privado. En paralelo, toda la población esta cubierta por Exceptional medical Expenses Act, es un seguro universal que cubre ciertas enfermedades catastróficas.



3. Instrumentos para incrementar la atención y los servicios de alta especialidad

3.3 Impacto presupuestario

En 2018, en México, de acuerdo con la ENIGH, apenas el 0.79 % de los hogares reportaban que alguno de sus integrantes contaban con algún seguro de salud. Durante el primer año de pandemia, este porcentaje aumentó a 0.96 %, equivalente a 73 mil 500 hogares más. Para 2022, el 0.85 % de los hogares reportan que algún miembro del hogar cuenta con un seguro médico (Ver Cuadro 3.1).

Cuadro 3.1. Hogares con algún seguro médico

	2018	2020	2022
Total de hogares	36,032,589	37,361,742	38,907,423
Hogares que reportan que algún integrante tiene seguro	285,354	358,854	331,968
% de los hogares totales	0.79 %	0.96 %	0.85 %

Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI.

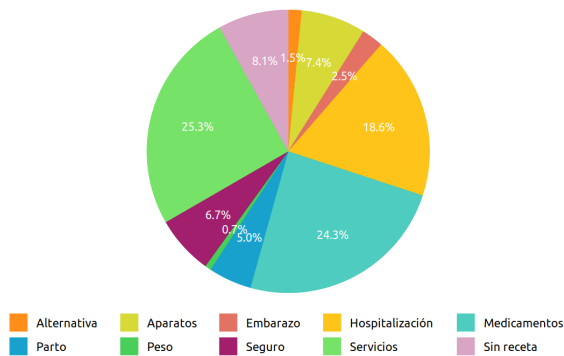
Sin embargo es importante observar que el gasto de estos hogares en seguros privados equivale a 6.7 % del gasto monetario total de los hogares. En la Figura 3.1 también se muestran los principales conceptos de gasto monetario en los hogares. Cerca de la mitad de este gasto se debe a medicamentos con receta y a servicios.

Con esta información se puede inferir que las principales necesidades que no están siendo cubiertas por el sistema público y que ocasionan gasto de bolsillo de los hogares se debe a la falta de medicamentos con receta y a la servicios hospitalarios, por lo que las herramientas de financiamiento deben incorporar estos componentes de manera prioritaria.

Figura 3.1. Gasto de bolsillo por concepto de gasto

Gasto monetario de los hogares en salud

Distribución por concepto de gasto



Fuente: Elaborado por el CIEP, con información de INEGI.

4 | Implicaciones de política pública

El financiamiento del sistema de salud es una condición necesaria para garantizar el avance en la cobertura universal. Si se suma el cambio demográfico y la transición de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas, el reto es mayor. Las enfermedades crónicas representan un mayor impacto financiero para el sistema de salud y para el bolsillo de los hogares. Todos los países estudiados presentan retos en su sistema de salud. Sin embargo, existen políticas implementadas que han contribuido a incrementar el presupuesto para salud y a garantizar la atención de enfermedades de alta especialidad, en particular crónicas no transmisibles.

La tendencia mundial en los últimos diez años ha sido acotar explícitamente los servicios de salud, hasta entonces restringidos de manera implícita. Dado el contexto de epidemiológico, el aumento en los costos de atención y el reducido espacio fiscal, el financiamiento por medio de fondos y otras herramientas de priorización explícita de los servicios de salud han servido para abordar la brecha entre los recursos disponibles y la demanda de atención.

En suma, el uso de **fondos para enfermedades de especialidad**, la participación de los **gobiernos subnacionales en el financiamiento** del sistema, el **etiquetado de impuestos saludables** a la salud, los **impuestos progresivos** y contar con **un catálogo de beneficios explícitos** son algunas de las prácticas que han contribuido a garantizar la atención de enfermedades de alta especialidad. Además, los países con menores niveles de gasto de bolsillo coinciden en **invertir más de 7 % del PIB** en presupuesto público y en contar con una herramienta explícita de las enfermedades incluidas en el paquete de atención.

Acrónimos

ASE Aportación Solidaria Estatal

ASF Aportación Solidaria Federal

APF Administración Pública Federal

CAUSES Catálogo Único de Servicios de Salud

CCSS Caja Costarricense del Seguro Social

CAUSES Catálogo Universal de Servicios de Salud

CEPAL Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CIAC Catálogo de Intervenciones de Alto Costo

CIEP Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C.

CNSSS Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Coneval Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

CSG Consejo de Salubridad General

CUS Cobertura Universal en Salud

DOF Diario Oficial de la Federación



ENT Enfermedades No Transmisibles

ENIGH Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares

EPS Empresa Promotora de la Salud

FNR Fondo Nacional de Recursos

FONASA Fondo Nacional de Salud

Fonasa Fondo Nacional de salud

FPGC Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

Fonsabi Fondo de Salud para el Bienestar

GES Garantías Explicitas de Salud

IMAE institutos de medicina altamente especializada

IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social

INSABI Instituto Nacional de Salud para el Bienestar

Isapres instituciones de salud previsional

ISSSTE Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

mdp millones de pesos

OMS Organización Mundial de la Salud



OPD Organismo Público Descentralizado

OPS Organización Panamericana de la Salud

PIB Producto Interno Bruto

POS Plan Obligatorio de Salud

SHCP Secretaría de Hacienda y Crédito Público

SHI por sus siglas en inglés Seguro Social de Salud

SNIS Sistema Nacional Integrado de Salud

SP Seguro Popular

SSa Secretaría de Salud

TP Transparencia Presupuestaria

UPC Unidad de Pago por Capacitación

Bibliografía

- Cerda, A.; García, L.; Rivera-Arroyo, J.; Riquelme, A.; Teixera, J.; Jalovljevic, M. (2022). Comparison of the healthcare system of Chile and Brazil: strengths, inefficiencies, and expenditures. Disponible en <https://resource-allocation.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12962-022-00405-9>.
- Cetrángolo, O; Devoto F. (2002). *Organización de la Salud en Argentina y Equidad*. CEPAL.
- CIEP (2018). Sistema Universal de Salud: retos de cobertura y financiamiento. Disponible en <https://ciep.mx/hvmq>.
- CIEP (2022). Fondo de Salud para el Bienestar (Fonsabi): Costos, cobertura y proyecciones 2035. Disponible en <https://ciep.mx/Rumk>.
- CIPPEC (2014). *Respuestas a las enfermedades catastróficas*. Fundación CIPPEC.
- Coneval (2019). Sistema de protección social en salud: Seguro popular y seguro médico siglo xxi. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf.
- Coneval (2023). Estudio sobre el derecho a la salud 2023: Un análisis cualitativo. Disponible en https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/E_Derecho_Salud_2023.pdf.
- DOF (2003). Decreto por el que reforma y adicional a ley general de salud. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=695626&fecha=15/05/2003#gsc.tab=0.
- DOF (2019). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la ley general de salud y de la ley de institutos nacionales de salud. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019#gsc.tab=0.
- DOF (2023). Acuerdo por el que se emiten las bases para la transferencia de recursos y desincorporación por extinción del organismo públicos descentralizado denominado instituto de salud para el bienestar. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5690905&fecha=01/06/2023#gsc.tab=0.
- Gaceta Médica de México (2011). Seguro popular: logros y perspectivas. https://www.anmm.org.mx/GMM/2011/n6/44_GMM_Vol_147_-_6_2011.pdf.



Galilea Ocón, S; Letelier Saavedra, L. (2013). *El estado de los servicios descentralizados en América Latina. Una perspectiva comparada*. Revista del CLAD Reforma y Democracia.

García González, R. (2004). *El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades*. Universidad de Costa Rica.

Glassman, A. L.; Sakuma, Y. (2014). *Intergovernmental fiscal transfers for health: Overview framework and Lessons Learned*. Center for Global Development.

Granger, C.; Ramos, J.; Melo-Becerra, L.; silva-Samudio, G. (2023). Financiamiento del Sistema de Salud en Colombia: Fuentes y usos. Disponible en https://repositorio.banrep.gov.co/bitstream/handle/20.500.12134/10624/be_1233.pdf.

INSABI.

Institute for Health Metrics and Evaluation (2021). GBD Compare. Disponible en <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.

Maceira Daniel (2020). Caracterización del sistema de salud argentino. https://revistaeypp.flacso.org.ar/files/revistas/1590800112_155-179.pdf.

OMS (2014a). *Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional*. Banco Interamericano de Desarrollo.

OMS (2014b). *WHO Global Coordination Mechanism on the Prevention and control of Non-communicable diseases*. World Health Organization.

OMS (2018). Cobertura sanitaria universal. Disponible en http://www.who.int/universal_health_coverage/es/.

OMS (2020). The global health observatory. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators>.

OPS (2008). *Health Systems and Services Profile: Brazil*. OPS.

OPS (2019). Perfil del sistema y servicios de salud de costa rica. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/38590/OPSCRI19001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

SHCP; TP (2021). Transparencia Presupuestaria. Datos abiertos. Fideicomisos. Disponible en https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/en/PTP/Datos_Abiertos.



ssa (2005). Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7723.pdf>.

ssa (2019). Reglas de Operación del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/489720/REGLAS_DE_OPERACION_2019_FIDEICOMISO.pdf.

Superintendencia de salud (2005). Garantías Explícitas en Salud (GES). Disponible en <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html>.

The Commonwealth Fund (2024a). Brazil. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/brazil>.

The Commonwealth Fund (2024b). Germany. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany>.

Trein, P. (2019). Health policy.



ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO
en **salud** rumbo a

2030