

Financiamiento de enfermedades de especialidad: rumbo a 2030

Mayor inversión y priorización explícita de servicios son clave

Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C.
Judith Senyacen Méndez Méndez¹ | judithmendez@ciep.mx

1 | Introducción

Uno de los principales objetivos de los sistemas sanitarios en el mundo es alcanzar la **cobertura universal**. En las últimas dos décadas, México ha atravesado **tres grandes modificaciones** bajo el mismo objetivo: 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, 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**. La cobertura universal sanitaria se entiende como el acceso de todas las personas al conjunto de servicios de salud de calidad, en el momento y lugar adecuados sin que esto implique dificultades económicas (OPS, 2021).

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 al sistema de salud**. Mientras que, 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**.

El bajo nivel de gasto en el sector salud no solo ha dado lugar a una **brecha presupuestaria de**

MENSAJES CLAVE

Alemania cuenta con más de 100 fondos específicos por enfermedad.

Canadá alcanza un elevado nivel de financiamiento con la recaudación subnacional que representa el 70% de su financiamiento total.

Colombia ha incrementado su inversión per cápita en salud y establecido una paraestatal, ADRES, para mejorar el uso y flujo de los recursos además de contar con etiquetado de impuestos saludables para su sistema de salud.

Dinamarca establece fondos regionales y municipales de acuerdo con sus condiciones sociodemográficas y lo financia con un impuesto progresivo, donde a mayores ingresos hay una mayor aportación.

Suiza define responsabilidad de salud a nivel municipal, también cuenta con cuidados de larga duración en el hogar y con un catálogo de beneficios explícito.

Común a todos los países de referencia:

- Inversión pública superior al 7% del PIB en salud.
- Herramienta explícita de servicios.

¹ Economista y doctorante en la Escuela de Gobierno y Transformación Pública del Tec de Monterrey. Colabora como directora adjunta de investigación y especialista en salud y finanzas públicas en el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria A.C.

aproximadamente tres puntos del Producto Interno Bruto (PIB) y sostenida durante dos décadas sino también a la **falta de respuesta y de presupuesto para la atención de enfermedades de alta especialidad** que pueden conducir a un mayor gasto de bolsillo en los hogares y un impacto en su salud.

El objetivo del estudio 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 aspiracionistas por el grado de cobertura y financiamiento.

2 | Resultados, datos y evidencia

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.

Cuadro 2.3. 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).

3 | 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.

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.



Somos un centro de investigación de la sociedad civil sin fines de lucro ni agenda partidista, que provee información y análisis accesibles, relevantes y técnicamente sólidos para incidir, mejorar y democratizar las discusiones y la toma de decisiones en economía y finanzas públicas, con el propósito de darle sostenibilidad al sistema fiscal en beneficio de las generaciones presentes y futuras.