

# Invertir mejor en salud es saludable

**NORA LUSTIG**

Nora Lustig es rectora de la Universidad de las Américas, Puebla, y presidenta de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud. Este artículo se basa en el informe de esa Comisión titulado "Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud para el Desarrollo Económico de México".

Impulsada por la Secretaría de Salud, el 29 de julio de 2002 se creó la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud (CMMS), integrada por expertos y personalidades de los ámbitos académico, gubernamental, de la sociedad civil y del sector privado, quienes por su trayectoria y actividades han tenido la oportunidad de analizar y reflexionar en su vida profesional sobre el vínculo entre la salud y el desarrollo económico.<sup>1</sup> El propósito de la Comisión es evaluar la contribución de la salud al desarrollo económico de México y proponer estrategias y políticas prioritarias que, además de mejorar la salud de la población, impulsen el crecimiento económico y reduzcan la pobreza. En noviembre pasado se publicó el Informe de la Comisión titulado "Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud para el Desarrollo Económico". Uno de los temas tratados en dicho documento es la evaluación de la inversión en salud en México. A continuación se presenta una síntesis de los hallazgos.

Gozar de buena salud, concebida como un estado completo de bienestar físico, mental y social, incluyendo la ausencia de enfermedad, es uno de los objetivos más valorados por los seres humanos. Por ello, el análisis más frecuente en relación con la salud trata de entender los factores que determinan una buena salud por su valor intrínseco para el bienestar. Es indudable que evitar o aliviar la enfermedad y desarrollar y mantener nuestras capacidades físicas y mentales es algo que en el plano individual y social se considera como parte del bienestar humano. Sin embargo, desde hace varias décadas y sobre todo más recientemente, se ha enfatizado el valor adicional que tiene la salud como variable instrumental. Es decir, el análisis de la salud como uno de los factores importantes que genera crecimiento económico.

Para explicar la relación existente entre salud y crecimiento económico, es necesario entender el concepto de salud en un sentido amplio. Es decir, la salud no sólo es la ausencia de enfermedad, sino

también la capacidad de las personas para desarrollar su potencial a lo largo de toda la vida. La salud es un acervo que los individuos poseen y que tiene un valor intrínseco (estar sano es una fuente importantísima de bienestar) y un valor instrumental. En términos instrumentales, la salud tiene impacto sobre el crecimiento económico por un conjunto de canales, entre otros, por ejemplo: reduce las pérdidas de producción ocasionadas por la enfermedad de los trabajadores; incrementa la productividad del adulto por mejoras en la nutrición; aumenta la matrícula escolar de los niños y les permite aprender mejor; permite utilizar recursos naturales que, debido a las enfermedades, eran total o prácticamente inaccesibles y libera, para diferentes usos, recursos que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de las enfermedades.

Los resultados de los estudios de investigaciones históricas encuentran un vínculo muy poderoso entre salud y crecimiento económico. Robert W. Fogel, premio Nobel de economía en 1993, encuentra que entre una tercera parte y la mitad del crecimiento económico de Inglaterra en los últimos 200 años se debe a mejoras en la alimentación de la población. La existencia de un impacto de la salud sobre el crecimiento económico de magnitudes similares ha sido verificada para diversos países y épocas, incluyendo América Latina y México, como se describe más abajo.

La relación directa entre salud y crecimiento en México, para el periodo 1970-1995, utilizando como indicadores de salud la esperanza de vida y la tasa de mortalidad para diferentes grupos de edad, concuerda con los resultados macroeconómicos e históricos internacionales ya mencionados, en tanto que indica que la salud es un factor causal responsable de aproximadamente un tercio del crecimiento económico de largo plazo.

Por su impacto directo e indirecto, la salud es también uno de los determinantes importantes de la incidencia de la pobreza, así como de su persistencia en el tiempo: las llamadas trampas de pobreza. Éstas ocurren porque, como se vio en la sección anterior, la

salud y nutrición infantiles determinan de manera importante el nivel de educación del adulto; a su vez, la educación tiene un fuerte impacto sobre el nivel de ingreso; y el nivel de ingreso y educación de los padres afecta la salud y nutrición de sus hijos, y así sucesivamente.

Dada la importancia de la salud como determinante del desarrollo económico ¿es adecuada la inversión en salud en México?<sup>2</sup>

El término “adecuado” se entiende aquí por asignar recursos suficientes, destinarlos a las acciones prioritarias y usarlos con criterios de equidad. Los recursos que cada país destina a los diferentes sectores de la economía pueden ser un indicador tanto de sus necesidades como de sus prioridades. Así, el monto de los recursos destinados al sector salud como porcentaje del producto interno bruto puede servir como herramienta para identificar la importancia y tamaño relativo de este sector en diferentes países, así como para entender la prioridad que cada gobierno y sociedad conceden a dicho sector. En este sentido, México se caracteriza porque la evolución del gasto en salud como porcentaje del PIB se ha mantenido constante durante los últimos doce años, en niveles inferiores a 6%, con excepción de los montos reportados en 2002 y 2003 que fueron iguales a 6.1 por ciento.

La inversión en salud que México realizó en el año 2003, fue menor al promedio latinoamericano (6.3%) y es relativamente baja si se le compara con el nivel de inversión observado para 2001 en otros países con un nivel de ingresos semejante, tales como: Chile (7.0%), Costa Rica (7.2%), Brasil (7.6%) y Uruguay (10.9%), y con los registrados en promedio para los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) (7.8%). En Canadá por ejemplo, el gasto total en salud ascendió a 9.9% en 2003, y en Estados Unidos representó 14.6% del PIB en 2002.

Los recursos para la inversión en el sector salud provienen de tres fuentes: a) recursos públicos, los cuales comprenden los presupuestos gubernamentales tanto federal como estatales, b) las contribuciones a la seguridad social y, c) el gasto privado que realizan de manera directa los hogares, ya sea a través del prepago o el gasto de bolsillo.

En el caso de México, cabe notar que, aunque entre 1996 y 2002 el incremento del gasto en salud en beneficio de la población no asegurada fue de más de 100% (aumentando su participación de un quinto a un tercio del gasto federal en salud), la participación de los recursos públicos representó 44.3% del gasto total en salud, menor a aquel que se esperaría de

acuerdo con su grado de desarrollo: países latinoamericanos con ingresos similares o incluso inferiores al nuestro, como Argentina y Nicaragua, tienen una mayor participación del gasto público (48.5 y 53.4%, respectivamente). Con respecto al PIB, el gasto público en salud en México representó 2.8% para el año 2003. En los países de Europa Occidental este porcentaje varía entre 5.9 y 11%; en Canadá ascendió a 6.7% y en Estados Unidos representó 6.6% del PIB en 2002.

Cuando el gasto público es insuficiente, la población tiende a recurrir al gasto privado a fin de cubrir sus necesidades de atención médica. El financiamiento privado de los servicios de salud no es necesariamente una característica negativa. Sin embargo, cuando dicho financiamiento se canaliza principalmente a través del gasto de bolsillo, como ocurre en México, y no mediante mecanismos de prepago o aseguramiento, la composición resultante del gasto privado es inequitativa, expone a las familias a gastos catastróficos y generalmente limita la eficiencia distributiva.

El prepago privado y el gasto de bolsillo representaron 2.7% y 53%, respectivamente. Esto significa que, en el caso de México, más de 90% del gasto privado en salud es gasto de bolsillo, el cual se caracteriza por estar atomizado y sujeto a una regulación casi nula. Sólo un pequeño porcentaje del gasto privado en salud (3.3%) se canaliza a través de seguros médicos privados. Dado que el gasto de la seguridad social representa 29.4% del gasto total en salud, el país está desaprovechando la posibilidad de mancomunar riesgos y, con ello, contribuir a una mayor equidad en el financiamiento y a una inversión en salud más eficiente desde el punto de vista de la asignación de los recursos.

Se puede observar que la composición del gasto privado es inequitativa porque el gasto de bolsillo tiende a ser mayor, como porcentaje del ingreso total familiar, en los hogares más pobres. Según la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares de 2002, si bien el gasto de bolsillo promedio por familia es mayor en términos absolutos conforme aumenta el ingreso, la población mexicana ubicada en el decil más bajo de ingresos dedica, en pagos directos, alrededor de 6.3% de su ingreso a la atención de su salud, mientras que los hogares del decil de mayores ingresos dedican 2.6% del mismo.

Uno de los principales objetivos de un sistema de salud moderno es garantizar la equidad, a través de esquemas de financiamiento justos que protejan a to-

da la población contra gastos excesivos por motivos de salud y particularmente contra riesgos que pudieran generar trampas de pobreza. Asimismo, promuevan una mayor igualdad en el acceso u oportunidades para mejorar las condiciones de salud. El sistema mexicano presenta un desempeño inadecuado. Una alta proporción de las personas (más de 50%) no cuenta con ningún tipo de seguro, el gasto de bolsillo representa más de la mitad del gasto total en salud, como se ha visto con anterioridad y, por lo mismo, un alto porcentaje de los hogares mexicanos corre el riesgo de incurrir en gastos catastróficos y por ende empobrecerse para acceder a la atención médica que requieren.

En un estudio comparativo internacional realizado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2000, se estableció que el problema más crítico que presentó México a finales del milenio, al ocupar el lugar número 144 de entre 189 países, era el de la "equidad en la contribución financiera", ya que más de la mitad de la población estaba excluida de sistemas de seguridad social y casi la totalidad del dinero que circulaba en el sector privado provenía de gastos de bolsillo. Además de que el sistema de salud medido a través de otros indicadores de desempeño y calidad estaba entre los lugares 55 y 64, posiciones inaceptables para la novena economía del mundo.

Para el año 2003, el gasto público en salud per cápita en México fue de 1 893 pesos. Sin embargo, las diferencias entre poblaciones son contrastantes. El gasto público per cápita en salud para la población asegurada fue de 2 833 pesos, mientras que el gasto destinado a cubrir la atención de la población no asegurada fue de menos de la mitad, 1 112 pesos. Aunque una fracción de esta diferencia pudiese ser compensada por un mayor pago de impuestos por parte de la población asegurada, principalmente a través de contribuciones a la seguridad social, es probable que otra parte se deba a inequidades en la asignación de subsidios netos de impuestos. Más aún, la población no asegurada que recibe atención médica en unidades públicas no está exenta, en general, del pago de tales servicios.

En México tenemos el gasto ejercido a favor de la población no asegurada, que es altamente progresivo (reduce la desigualdad en la distribución del ingreso y es prorrural), y el gasto en beneficio de la población asegurada que es altamente regresivo (aumenta la desigualdad en la distribución del ingreso y es prourbano). El efecto combinado de la suma de ambos gastos implica que la distribución del gasto público total en

salud resulta ligeramente regresiva a nivel nacional, aunque se vuelve prácticamente neutral si se excluyen, en el caso del IMSS, las contribuciones de los beneficiarios (trabajadores y patrones) y sólo se consideran las contribuciones del gobierno federal (a través de impuestos generales). Con todo, la diferencia es aún importante ya que los no asegurados constituyen más de 55% de la población y reciben menos de 33% del gasto público total en salud.

Un análisis de los programas de gasto público que favorecen la inversión en salud muestra que el pago a los pensionados del ISSSTE es el gasto más regresivo y las transferencias del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (conocido como Oportunidades y antes Progresa) las más progresivas.

Al tiempo que existen marcadas diferencias en la asignación de recursos entre grupos poblacionales, se observa también una desigualdad en la asignación geográfica de recursos, que es el resultado de la distribución histórica de fondos federales hacia las entidades con base en los requerimientos determinados por la oferta de servicios. La distribución muestra una diferencia de 6 a 1 entre la entidad con mayores recursos públicos per cápita con respecto a la entidad con menores recursos, sin que esta diferencia se explique por variaciones en las condiciones o en las necesidades de salud de la población entre estados. El gasto per cápita para la población asegurada del Distrito Federal es seis veces mayor que el gasto correspondiente al Estado de México. Asimismo, el gasto per cápita para población no asegurada es cuatro veces mayor en Baja California Sur que en Chiapas.

Utilizando para el análisis el índice de marginación elaborado por el Conapo, se observa que aquellos estados con un índice de marginación menor son los que reciben mayor cantidad de recursos públicos y a la vez, aquellos cuya población cuenta con una mayor cobertura de la seguridad social. Muy por el contrario, en los estados que presentan un índice de marginación mayor, los recursos públicos destinados a la salud son menores y su población, en gran medida, no se encuentra protegida por la seguridad social. Esta variación en cobertura, aunada al hecho de que en las entidades federativas con grado de marginación alto se gastan, en promedio, menos recursos en la población no asegurada, ocasiona una gran disparidad.

Por otra parte, existe evidencia que ha permitido verificar que la asignación de la inversión en salud por rubros no se realiza de forma eficiente en el caso de México. Esto implica que no se destinan los recursos existentes a aquellos rubros de gasto que generan los mayores rendimientos. Por ejemplo, solamente

29% de la población utilizó al menos un servicio de salud preventivo en el año 2000 con base en lo reportado por la ENSA para ese año. Casi todos los niños menores de cinco años de edad recibieron servicios de vacunación, pero sólo uno de cada cinco recibió servicios de revisión del crecimiento y desarrollo. Durante el mismo año, menos de la tercera parte de la población adulta mayor de 40 años de edad recibió servicios preventivos para algunos padecimientos crónico-degenerativos, tales como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus.

Si bien no existen estudios que vinculen claramente incrementos en la inversión pública en salud y su impacto sobre los niveles de salud para el caso de México, la evidencia reciente a nivel internacional sugiere que un aumento en la inversión pública en salud puede hacer una diferencia importante cuando los recursos se utilizan para incrementar la eficiencia distributiva, ya sea mediante una reasignación de recursos hacia actividades e intervenciones que generan mayores ganancias en salud o hacia subgrupos específicos de la población. Por ejemplo, según estimaciones del Banco Mundial (2004) para países con un índice de calidad de las instituciones igual a la media, un incremento de 10% en el gasto público en salud como proporción del PIB estaría asociado con una reducción de 7% en la mortalidad materna, una reducción de 0.69% en la mortalidad en menores de cinco años, y una disminución de 4.14% en el bajo peso para niños menores de cinco años.

En México existen diferentes programas gubernamentales que producen beneficios para la salud. El más importante en términos de recursos y cobertura es el programa Oportunidades. Asimismo, tiene la ventaja de que ha sido sujeto a una evaluación rigurosa, incluyendo el impacto sobre indicadores de salud. Se han realizado estimaciones que indican que la incorporación al programa Oportunidades se asocia con una reducción de 11% en la mortalidad materna, y de 2% en la mortalidad infantil.

Para el caso de la mortalidad materna, el efecto de Oportunidades es más fuerte en municipios de media y muy alta marginación, y para el caso de mortalidad infantil, en municipios de muy alta marginación. El consumo promedio de alimentos de los hogares de Oportunidades, después de un año de operación del programa, era 11% mayor, comparado con hogares que no participaron en el programa. Este aumento se debe en gran parte a mayores gastos en frutas, verduras y productos animales. La ingesta calórica media de los hogares aumentó en 7.8 por ciento.

En síntesis, la inversión en salud en México presen-

ta deficiencias que, si bien se han ido corrigiendo en los últimos años en algunas de sus dimensiones, se requiere que los cambios adquieran mayor velocidad. En particular es necesario revisar el programa vigente de inversión pública federal, estatal y municipal en salud: incrementar los montos, reasignar recursos hacia rubros asociados con la prevención y a programas focalizados, y redistribuir el gasto entre regiones y grupos socioeconómicos de manera considerablemente más progresiva. Asimismo, se tendrá que revisar si es adecuada la inversión complementaria a la del sector salud (en saneamiento, por ejemplo). Por último, es imprescindible contar con un sistema de aseguramiento universal que reduzca al mínimo el gasto de bolsillo que es una forma no sólo inequitativa, sino ineficiente, de financiar la inversión en salud.



<sup>1</sup> Los miembros de la Comisión son: Eduardo González Pier (Secretario Ejecutivo), Javier Beristáin Iturbide, Stefano Bertozzi Kenefick, Jorge Bracero Cotty, Mario Bronfman Pertzovsky, Rolando Cordera Campos, Carlos Cruz Rivero, Luis de la Calle Pardo, Arturo Fernández Pérez, Juan Ignacio Gil Antón, Benjamín González Roaro, Carlos Hurtado López, Felicia Knaul Windish, Santiago Levy Algaza, Luis Felipe López Calva, Gabriel Martínez González, David Mayer Foulkes, Carlos Noriega Curtis, Rogelio Ramírez de la O, Jesús Reyes Heróles, Clemente Ruiz Durán, Manuel Sánchez González, John Scott Andreta, Jaime Sepúlveda Amor, Guillermo Soberón Acevedo, Miguel Székely Pardo, Misael Uribe Esquivel, Alejandro Werner Wainfeld y Pedro Wesche Ebeling. El informe completo se puede consultar en [ipd.udlap.mx](http://ipd.udlap.mx).

<sup>2</sup> La inversión en salud incluye el gasto en todas aquellas actividades cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, mantenimiento, mejoramiento y protección de la salud en un país o entidad federativa durante un periodo de tiempo definido. La inversión sucede tanto fuera como dentro del sistema de salud. Fuera del sistema de salud, las actividades de inversión más importantes incluyen la alimentación, la infraestructura sanitaria y de agua potable, y la vivienda.