

ALTERNATIVAS DE FINANCIAMIENTO PARA EL SECTOR SALUD

Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C.

ciep.mx | **fb:** /ciepmx | **tw:** @ciepmx | **ig:** ciepmx | **yt:** /ciepmx





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	I
ÍNDICE DE CUADROS	II
1 INTRODUCCIÓN	1
2 EL FINANCIAMIENTO A LA SALUD	3
3 MAYORES RECURSOS PARA SALUD	12
4 EFICIENCIA DEL GASTO	20
5 CONCLUSIONES	22
ACRÓNIMOS	23
BIBLIOGRAFÍA	25

ÍNDICE DE FIGURAS

2.1 El proceso del financiamiento en salud	3
2.2 Recaudación de ingresos	4
2.3 Recaudación de ingresos: caso mexicano	8
2.4 Gasto público en salud 2010 - 2022	11
3.1 Prioridad presupuestaria para salud 2018	13



ÍNDICE DE CUADROS

2.1	Tasas efectivas de contribución al seguro de salud	10
2.2	Financiamiento de IMSS e ISSSTE: CSS	10
3.1	Opciones para el financiamiento innovador	17
4.1	Ahorros potenciales por medidas de eficiencia	21

1 | INTRODUCCIÓN

La promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socio-económico sostenido; estos aspectos dependen, en gran medida, del avance que los sistemas de salud tengan en materia de Cobertura Universal en Salud (CUS). La CUS es que todas las personas y las comunidades tengan acceso equitativo a los servicios integrales y garantizados, que necesitan a lo largo del curso de vida, con calidad y sin dificultades financieras (OPS, 2021). Además de avanzar hacia la CUS, los sistemas de salud enfrentan el envejecimiento de la población y la respectiva transición epidemiológica que elevan los costos de la atención médica.

Lograr la CUS y dar respuesta a las necesidades de la población sin que estas afronten dificultades financieras requiere que los mecanismos de organización y financiación en salud sean suficientes. La financiación pública desde una fuente de financiamiento estable y sostenible es crucial para alcanzar estos objetivos. Los países que más han avanzado hacia la CUS presentan un gasto público en salud de 6 % o más del Producto Interno Bruto (PIB) (OPS, 2021).

La CUS también es una herramienta para mejorar la distribución del ingreso y construir una sociedad más equitativa y cohesionada. De acuerdo con Titelman et al. (2015), el avance hacia la CUS requiere de cuatro medidas:

- 1. El aumento de los ingresos fiscales** y una combinación equilibrada de recursos de impuestos generales e impuestos sobre la nómina¹;
- 2. Esfuerzos gubernamentales** para aumentar la participación del gasto público en salud, de modo que la capacidad de realizar pagos directos no sea una barrera de acceso a los servicios de salud;
- 3. Mejor asignación y distribución** de ese gasto, mediante un nuevo modelo de integración de diferentes fuentes; y

¹ Los impuestos sobre la nómina no deben crear incentivos para la informalidad, la evasión o elusión.



1. INTRODUCCIÓN

4. Financiamiento equitativo para incrementar la capacidad de redistribución de los sistemas tributarios.

Por lo tanto, la CUS requiere que el financiamiento para salud involucre una recaudación suficiente, eliminar las barreras económicas de acceso y reducir los riesgos financieros por enfermedad. No obstante, un mayor gasto en salud es una condición necesaria más no suficiente, también es necesario una mayor eficiencia del gasto.

En México, de acuerdo con datos de la ENIGH 2020, 30.6 % de la población no se autoreportó afiliada a ningún subsistema de salud, esto es 16.4 millones de personas más que en 2018. Además, para acceder a servicios de salud, los hogares tuvieron que pagar por estos servicios cuando los necesitaron, este gasto de bolsillo pasó de \$3,591 pesos en 2018 a \$5,063 pesos en 2020, en los primeros deciles de ingreso alcanzó un aumento de 77.9 %. El gasto de bolsillo limita la capacidad de los países de moverse hacia la CUS y es una fuente de desigualdad (OMS; OPS, 2015).

Mientras que el gasto público en salud, durante la última década, alcanzó entre 2.47 % y 2.95 % del PIB, por lo que se ha mantenido una brecha presupuestaria de más de 3 puntos del PIB.

Además, el sector salud se encuentra fragmentado en al menos ocho subsistemas públicos que brindan servicios a los trabajadores formales a través de las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Pemex, etc.), el INSABI atiende a una parte de las personas sin seguridad social, y las personas con capacidad de pago pueden acceder a servicios privados. Los sistemas fragmentados se caracterizan por la ausencia de coordinación entre subsectores, esto es una fuente de ineficiencia debido a los diferentes grados de fragmentación que afectan el avance hacia CUS (Titelman et al., 2015).

El propósito de esta investigación es realizar un estudio sobre el **financiamiento en salud que involucra tres componentes: recaudación de ingresos, mancomunación de fondos y asignación de recursos**. En particular, la investigación se centra en el componente de recaudación, para evidenciar qué fuentes de financiamiento alternativas y mecanismos de contribución pueden ser utilizados por México. Incrementar los recursos disponibles en el sistema de salud mexicano permitiría alcanzar la CUS y hacer frente a la transición epidemiológica y demográfica del país.

2 | EL FINANCIAMIENTO A LA SALUD

Alcanzar la CUS y hacer frente a la transición epidemiológica y demográfica requiere de fuentes de financiamiento estables y sostenibles. El sistema de salud se integra por el financiamiento y la provisión de servicios de salud.

FINANCIAMIENTO Bajo el esquema de financiamiento, se busca incidir sobre la calidad de los servicios, la eficiencia del sector salud y la cobertura, sin embargo, también permite incidir sobre las relaciones de equidad que se generan en la sociedad, el desarrollo del sector asegurador y financiero y sobre las relaciones entre el gobierno federal y los gobiernos estatales (Noriega, C., et al., 2006).

El proceso de financiamiento se puede descomponer en tres etapas de naturaleza esencialmente distinta: **RECAUDACIÓN DE INGRESOS**, **MANCOMUNACIÓN DE FONDOS** y **LA COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD** (Figura 2.1). Estos componentes del financiamiento pueden estar integrados en una misma organización o por separado.

RECAUDACIÓN DE INGRESOS La recaudación de ingresos se refiere a la **obtención de los recursos para financiar los servicios médicos**, específicamente, quién paga, el tipo de pago realizado y quién lo recauda. La Figura 2.2 muestra diversas fuentes de financiamiento, mecanismos de contribución y los organismos encargados de recaudar. Las fuentes de financiamiento pueden ser los individuos, empleadores o fuentes externas.

La participación de autoridades gubernamentales en el proceso de recaudación podría aumentar la redistribución de ingresos. Adicionalmente, in-

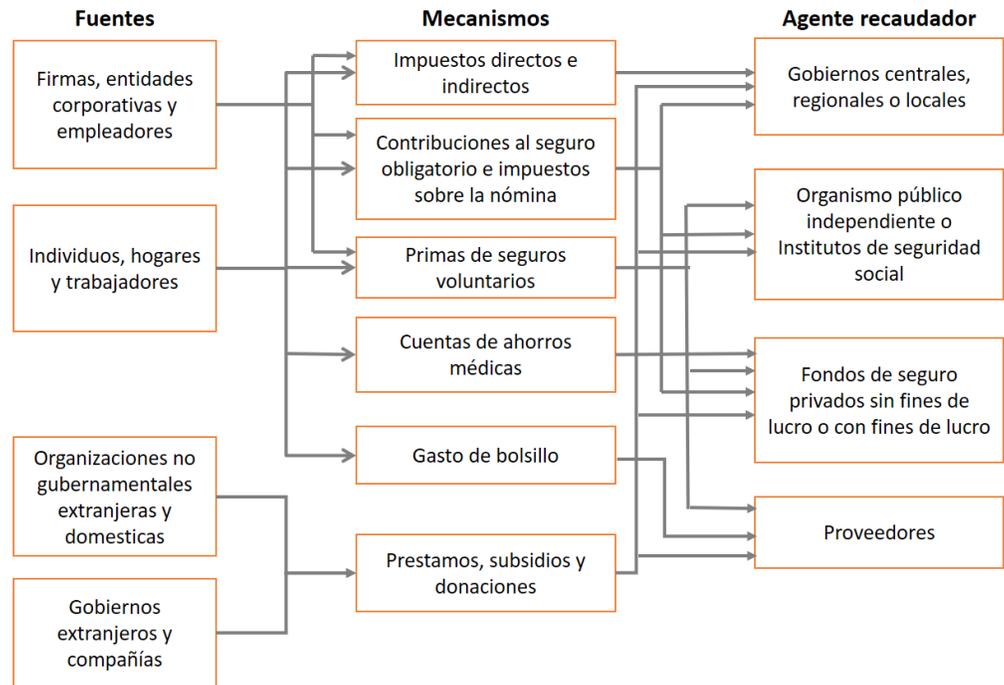
FIGURA 2.1. EL PROCESO DEL FINANCIAMIENTO EN SALUD



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Mossialos, E., et al. (2002); Andargie, G., et al (2014).

2. EL FINANCIAMIENTO A LA SALUD

FIGURA 2.2. RECAUDACIÓN DE INGRESOS



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Mossialos, E., et al. (2002).

volucrar a las autoridades locales en la recaudación aumenta la eficiencia del sector salud y la rendición de cuentas (Noriega, C., et al., 2006).

MANCOMUNACIÓN DE FONDOS

La mancomunación de fondos se refiere a **la creación de un fondo común de dinero** para que los riesgos financieros que conllevaban determinadas personas de alto riesgo se mitiguen con dinero de personas de menor riesgo (Andargie, G., et al, 2014). Finalmente, la compra se refiere a la asignación de recursos mancomunados a los proveedores de servicios.

ASIGNACIÓN DE RECURSOS

Existen diferentes criterios para la asignación de recursos: criterios incrementales o basados en necesidad. La asignación de recursos incrementales considera el aumento o disminución general del presupuesto de salud a nivel nacional y esto se refleja en presupuestos estatales o locales. El criterio basado en necesidades considera variables como el tamaño de población, edad, sexo y nivel de pobreza junto con los costos de atención médica.

No obstante, ante escenarios de recursos limitados, las autoridades deben asignarlos restringiendo la cobertura o el número de bienes o servicios. **La**



2. EL FINANCIAMIENTO A LA SALUD

forma más costo-efectiva de asignar los recursos en salud es a través de la priorización explícita que responde a ¿con los recursos públicos disponibles, cuáles tecnologías sanitarias deberían financiarse para lograr el mayor bienestar posible de la población, en términos de estado de salud, protección financiera, equidad y calidad? (BID, 2020).

La priorización explícita en salud es una estrategia que de forma sistemática, técnica y transparente busca dar respuesta a cómo se decide la asignación de recursos, involucrando a todos los actores afectados y dando espacio a los valores culturales, sociales, técnicos que pueden incidir en las decisiones de cobertura.

ORGANIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Los mecanismos de asignación de recursos y en general, el proceso de financiamiento afectan la forma en que se organizan los sistemas de salud (Andargie, G., et al, 2014):

- **SEGURIDAD SOCIAL.** Es un modelo de seguro médico nacional que funciona a través de fondos de enfermedad. Estos fondos recaudan el dinero de trabajadores y empleadores a través de las CSS, y con ello, se paga a médicos, hospitales y a otros proveedores de atención médica. Este modelo es utilizado por Alemania, Israel, Francia, Bélgica, Holanda, Japón y Suiza.
- **SEGURO MÉDICO NACIONAL BASADO EN IMPUESTOS.** Bajo este modelo, el gobierno proporciona un servicio nacional de salud que es financiado con ingresos fiscales y es gratuito. La asignación de recursos se da a través del método de capitación que se refiere al valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al sistema de salud y a los médicos se le paga mediante una tarifa por servicio (Reino Unido). En países más extensos como Canadá y Australia, el gobierno federal delega la responsabilidad de la atención médica a los gobiernos regionales y comparte los costos de la atención preventiva para poblaciones indígenas, fuerzas armadas y veteranos.
- **SISTEMAS MIXTOS.** Estos sistemas tienen un método de asignación mediante el cual el gobierno paga por los pobres y los ancianos, mientras que otros segmentos de la población compran seguros de organizaciones privadas con fines de lucro. Por ejemplo, en Estados Unidos, el gobierno es responsable de la atención en salud



2. EL FINANCIAMIENTO A LA SALUD

de las personas por debajo del percentil 20 del nivel federal de pobreza y por las personas mayores de 65 años.

Sin embargo, bajos estos modelos aún gran parte de la población tiene que pagar por servicios de salud cuando enfrentan una necesidad, esto se convierte en una barrera para el acceso a los servicios, además de que las personas pueden incurrir en gastos catastróficos o empobrecedores.

El pago directo como mecanismo de financiamiento puede sustituirse por mecanismos mancomunados solidarios que consideren fuentes de financiamiento diversas como Contribuciones a la Seguridad Social (CSS), impuestos e ingresos fiscales, este reemplazo debe planificarse, ser progresivo y considerar el contexto nacional (OPS, 2021).

**FINANCIAMIENTO SOLIDARIO Y
PRIORIZACIÓN EXPLÍCITA**

El prepago y la mancomunación de fondos solidarios es la base más eficiente y equitativa para avanzar hacia la CUS (Titelman et al., 2015; OMS, 2010). Esto significa **recaudar contribuciones de las personas que pueden pagarlas y que estos recursos se concentren en un fondo mancomunado**. En concreto, la mancomunación de fondos se refiere a la acumulación y gestión de los recursos económicos para garantizar que el riesgo financiero de tener que pagar por servicios de salud sea cubierto por todos los miembros del fondo común y no solo por las personas que enferman mediante impuestos y/o CSS, es decir un sistema de prepago.

Cuando las personas con capacidad de pago y sanas facilitan los recursos para aquellas personas que no cuentan con los ingresos suficientes para contribuir, la mancomunación de fondos es un mecanismo redistributivo y un financiamiento solidario. Estos fondos presentan baja viabilidad si solamente cubren una parte de la población o la existencia de múltiples fondos, cada uno con su propio sistema de administración e información (OMS, 2010).

Los países que se han acercado a la CUS **utilizan algún tipo de plan de contribución obligatoria**, independientemente si el financiamiento proviene de la administración pública o de las CSS, esto permite que los fondos mancomunados den cobertura a las personas que no pueden pagar (Titelman et al., 2015). Además, de **contar con un Plan de Beneficios en salud (PBS)** que son herramientas de priorización explícita que detallan los servicios cubiertos con recursos públicos, que son exigibles y que reflejan las preferencias de la sociedad (BID, 2020).



2. EL FINANCIAMIENTO A LA SALUD

COLOMBIA Colombia es uno de los países que ha reformado su sistema de salud considerando la **mancomunación de fondos solidarios y el sistema de pre-pago**. El seguro de salud universal obligatorio de Colombia incluye un régimen contributivo para quienes tienen capacidad de pago y un régimen subsidiado para los pobres. Los trabajadores formales e independientes aportan 12.5 % de sus ingresos al régimen contributivo, estos son depositados en un fondo nacional, el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). Mientras que las personas pobres e indigentes² no realizan aportes al sistema de seguro y están cubiertos por el régimen subsidiado, este es financiado por aportaciones del régimen contributivo, ingresos tributarios generales y otros impuestos. Durante la transición a la CUS, los gobiernos subnacionales deben proveer servicios de análisis clínicos y servicios individuales para la población sin seguro (Glassman, A., et al., 2010).

Además, las personas aseguradas en ambos regímenes eligen su aseguradora, escogen a los prestadores de servicios de salud de la red de la aseguradora y reciben un paquete de beneficios de salud (priorización explícita), el cual es comprado por las aseguradoras a prestadores públicos y privados mediante contratos. Los recursos son recaudados por las aseguradoras y transferidos al Fosyga.

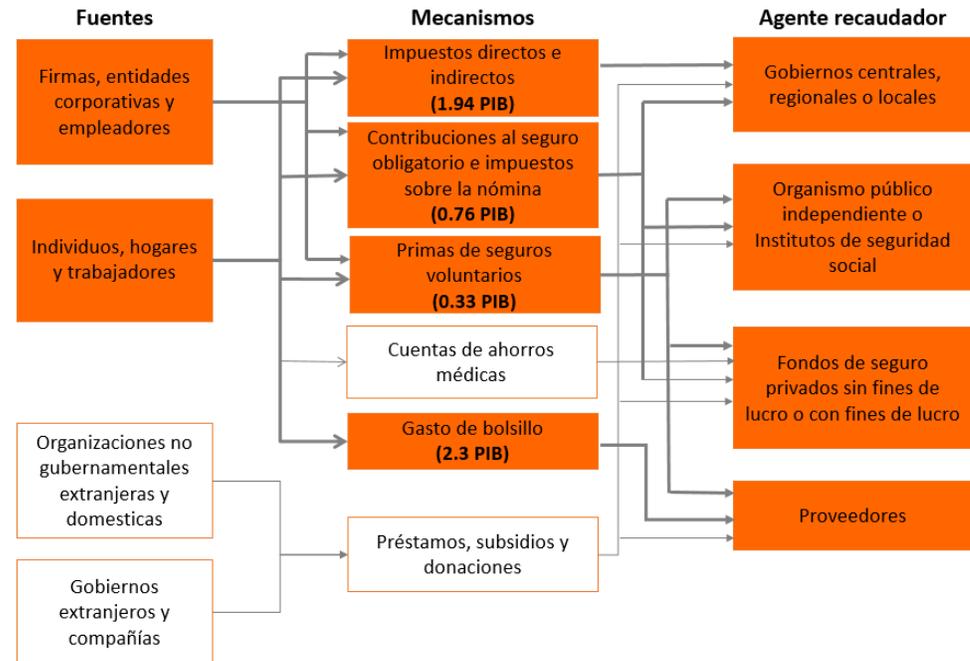
COSTA RICA El sistema de salud de Costa Rica se integra por un subsistema público y de la seguridad social. Las CSS son recaudadas por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), que también recibe aportes fiscales para cubrir a quienes no tienen la capacidad contributiva. La CCSS brinda servicios de atención primaria y alta complejidad.

Asimismo, **la CCSS funciona como un seguro y brinda una cobertura uniforme a todos los afiliados**. Para el financiamiento, el Estado interviene de tres maneras. En primer lugar, el Estado complementa la cotización que realizan los empleados y los empleadores. En segundo lugar, el Estado cubre cerca del 50 % de la contribución de los trabajadores independientes y de los asegurados voluntarios, asumiendo parcialmente la cotización patronal. Finalmente, el Estado cubre el 100 % de la cotización correspondiente a los más pobres que no tienen capacidad contributiva (Cruces, G., 2006).

² El Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales permite determinar el nivel de pobreza y los beneficiarios.

2. EL FINANCIAMIENTO A LA SALUD

FIGURA 2.3. RECAUDACIÓN DE INGRESOS: CASO MEXICANO



Nota 1: En paréntesis se muestra cuánto representan los mecanismos de recaudación en puntos PIB para 2018.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de Mossialos, E., et al. (2002).

PROCESO DE FINANCIAMIENTO EN MÉXICO: RECAUDACIÓN

En México, la organización del sistema de salud es mixto, **se integra por un sistema público y privado**. El financiamiento del sistema público proviene de las CSS para el régimen de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)), y de los impuestos generales, principalmente impuestos indirectos, para el financiamiento de servicios de salud de las personas sin seguridad social (Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI), IMSS - Bienestar) (Figura 2.3). No obstante, los recursos de impuestos generales también cubren las aportaciones que el gobierno realiza a la seguridad social y a los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (Pemex) e Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM).

Por su parte, **el sistema privado de salud se financia con gasto de bolsillo y primas de seguros voluntarios**, estas fuentes de financiamiento representan 42.1 % y 6.1 % del gasto total en salud, respectivamente (OMS, 2020). El gasto de bolsillo es un pago directo que los hogares deben realizar



2. EL FINANCIAMIENTO A LA SALUD

al momento de presentar un problema de salud, mientras que los seguros voluntarios funcionan como un sistema de prepago.

Cada uno de estos esquemas mantiene sus propias fuentes de financiamiento, mecanismos de contribución y los organismos encargados de recaudar, por lo cual, desde la etapa de recaudación, el financiamiento en salud se encuentra fragmentado y segmentado, y esto se agrava en las etapas restantes del proceso de financiamiento, es decir, en México no existe el financiamiento solidario y la mancomunación de fondos para salud.

SEGURIDAD SOCIAL Bajo el sistema de seguridad social, los servicios de salud **se financian de manera tripartita**: las contribuciones de los trabajadores del sector formal adscritos al IMSS o al ISSSTE; las contribuciones patronales de las empresas afiliadas al IMSS; las dependencias y Entidades en el caso del ISSSTE; y de las aportaciones del gobierno federal. Con excepción, de las Cuotas obrero-patronales (COP) del IMSS, el resto de las contribuciones son financiadas con impuestos generales. Las CSS son diferenciadas por trabajadores y pensionados. El Cuadro 2.1 muestra las tasas efectivas de contribución a los servicios de salud de IMSS e ISSSTE.

IMSS El Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) del IMSS se financia con aportaciones equivalentes a 9.24 del Salario Base de Cotización (SBC) de los trabajadores, no obstante, 60.5 % de esta tasa es cubierta por los patrones y solamente 4.8 % por los trabajadores. De 2016 a 2021, en promedio, **las COP alcanzaron 0.838 puntos del PIB**, esto significó que 31.6 % del gasto público en salud fue financiado por trabajadores y empleadores.

ISSSTE A pesar de que el seguro de salud del ISSSTE corresponde a un modelo de seguridad, los sueldos y salarios de los trabajadores, las aportaciones de las dependencias y entidades (patrones) y la cuota social (aportaciones del gobierno federal) **se financia con impuestos generales**. Las dependencias del Estado aportan una tasa de 7.375 % del sueldo básico de los trabajadores contra una tasa de 2.75 % para los trabajadores, no obstante, solamente los pensionados cubren 22.7 % de esta tasa (Cuadro 2.1).

SEGURO MÉDICO BASADOS EN IMPUESTOS Por otra parte, el financiamiento de los servicios de salud de las personas sin seguridad social proviene de los impuestos generales como el Impuesto al Valor Agregado (IVA) o el Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS). Sin embargo, no se cuenta con su desagregación, estos impuestos, en su mayoría son pagados por todos los mexicanos y son considerados



2. EL FINANCIAMIENTO A LA SALUD

CUADRO 2.1. TASAS EFECTIVAS DE CONTRIBUCIÓN AL SEGURO DE SALUD

Tasa efectiva	Patrones	Trabajadores	Gobierno Federal	Total
IMSS				
Asegurados	5.59	0.44	3.21	9.24
Pensionados	1.05	0.37	0.07	1.5
SEM	6.64	0.81	3.29	10.75
ISSSTE				
Trabajadores en activo	7.375	2.75		
Pensionados	0.72	0.625		
Seguro de Salud	8.095	3.375	4.728	16.198

Nota 1: En el ISSSTE, las aportaciones del Gobierno Federal (cuota social) por cada trabajador y pensionado son 13.9% del salario mínimo general de la CDMX vigente al 01 de julio de 1997, actualizado trimestralmente conforme al INPC, que en el primer trimestre de 2021 equivale a 391 pesos por persona mensuales.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de IMSS (2021); ISSSTE (2021).

CUADRO 2.2. FINANCIAMIENTO DE IMSS E ISSSTE: CSS

Concepto	2016	2017	2018	2019	2020	2021
IMSS						
COP	212,409 0.798	214,762 0.790	209,756 0.755	237,074 0.855	242,057 0.952	237,626 0.879
Aportación Gobierno Federal	100,029 0.376	100,521 0.370	98,964 0.356	109,885 0.396	112,359 0.442	108,787 0.403
Total ingresos	321,134 1.21	323,435 1.19	318,022 1.15	357,456 1.29	366,074 1.44	357,216 1.32
ISSSTE						
Trabajadores	16,637 0.063	16,474 0.061	16,329 0.059	16,372 0.059	16,629 0.065	-
Dependencias del Gobierno Federal	37,915 0.142	37,734 0.139	37,131 0.134	37,308 0.135	37,995 0.149	-
Cuota social (Gobierno Federal)	20,848 0.078	20,461 0.075	20,744 0.075	20,959 0.076	22,636 0.089	-
Total ingresos	75,717 0.285	75,105 0.276	74,958 0.270	75,106 0.271	77,879 0.306	-

Nota 1: Las cifras en color gris representan el monto en puntos PIB.

Nota 2: El total de ingresos para ambos Institutos incluye la partida de otros ingresos. En promedio, en IMSS representaron 2.9% del total de ingresos y 0.7% en el ISSSTE.

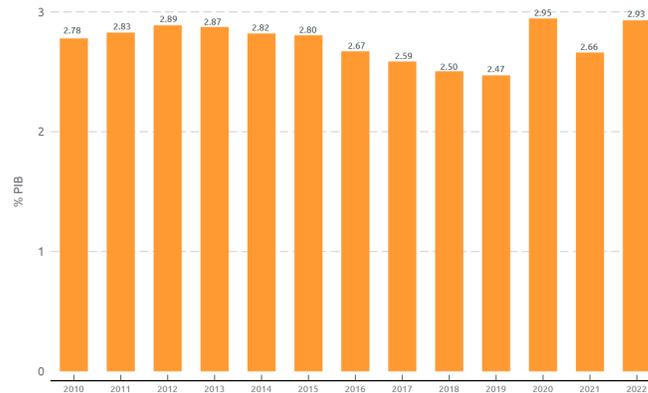
Nota 3: Los datos del ISSSTE para 2021 no están disponibles.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de IMSS (2021); ISSSTE (2021).



2. EL FINANCIAMIENTO A LA SALUD

FIGURA 2.4. GASTO PÚBLICO EN SALUD 2010 - 2022



FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de SHCP (2021).

como impuestos regresivos porque gravan al consumo. Al considerar que 31.6 % del gasto público en salud proviene de COP, el gasto restante tiene como fuente de financiamiento los impuestos generales (68.4 %).

FONDO DE SALUD PARA EL BIENESTAR (FONSABI)

Dentro del financiamiento de los servicios de salud, para las personas sin seguridad social, el FONSABI es un fideicomiso público que tiene como fin destinar los recursos que integran su patrimonio a: la atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos; la atención de necesidades de infraestructura en entidades de mayor marginación y complementar los recursos destinados al abasto y distribución de medicamentos e insumos médicos (DOF, 2021).

La naturaleza del FONSABI es de un fondo mancomunado, ya que su financiamiento proviene de los recursos de impuestos generales a través de una cuota social, Aportación solidaria estatal (ASE) y la Aportación solidaria federal (ASF).

A pesar de que **el sistema de salud mexicano cuenta con recursos de CSS e impuestos generales, los recursos son insuficientes** para dar respuesta a las necesidades de la población y avanzar hacia la CUS. De 2010 a 2022, el gasto público en salud mantuvo una brecha presupuestaria de más de 3 puntos del PIB respecto a la sugerencia de destinar al menos 6 % del PIB a la salud (Figura 2.4). Además, la fragmentación del sistema ha ocasionado que el gasto per cápita sea muy desigual entre subsistemas, por ejemplo, el gasto per cápita de una persona afiliada a Pemex es 13.8 veces el gasto en IMSS - Bienestar.

3 | MAYORES RECURSOS PARA SALUD

Existen al menos dos maneras de recaudar fondos adicionales o de diversificar las fuentes de financiación del sector salud³ (OMS, 2010). Estos recursos se pueden concentran en fondos mancomunados solidarios.

1. Restablecer prioridades presupuestales
2. Financiación innovadora

PRIORIDAD PRESUPUESTARIA

La dirección del gasto público refleja las prioridades presupuestarias de los gobiernos, en específico, la asignación presupuestaria en salud refleja el grado en que los gobernantes cuidan, o están obligados a cuidar, la salud de su pueblo (OMS, 2010). En América, en promedio, los países destinan 13.9 % de su gasto público total a la salud (Figura 3.1). Para 2022, en México, el gasto para salud alcanzaría 11.6 % del gasto público total, por debajo de lo que se destina en Costa Rica, Colombia y Chile con 27.8 %, 19.6 % y 18.3 %, respectivamente.

Alcanzar el gasto promedio de América **significaría 163 mil 30 millones de pesos (mdp) más para el sector salud** en 2022, esto equivale a 0.58 % del PIB o 57.6 % del presupuesto del programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores con 283 mil 15 mdp.

FINANCIACIÓN INNOVADORA

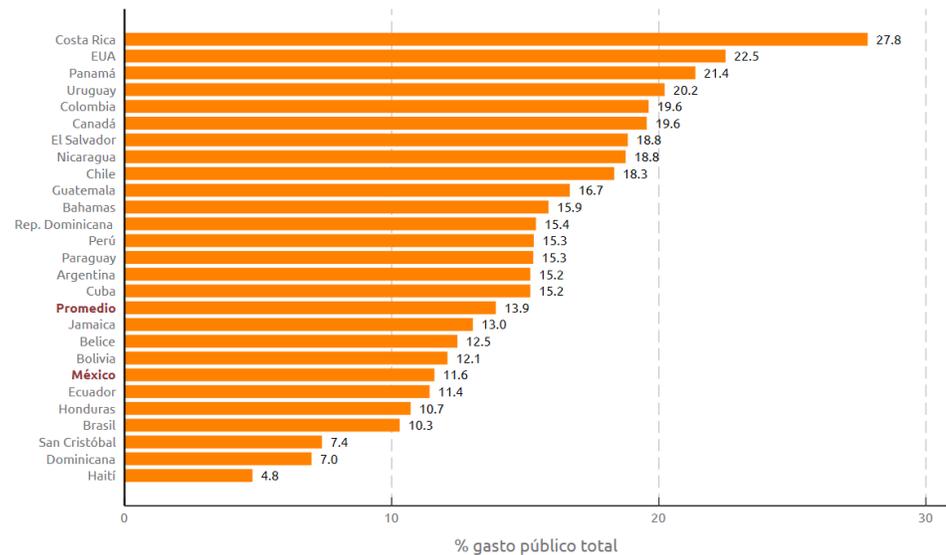
De acuerdo con el contexto y las posibilidades de generar ingresos, cada país puede incorporar nuevas medidas de recaudación. Estas opciones de **financiamiento innovador podrían aumentar el espacio fiscal para la salud**. El espacio fiscal se refiere a la capacidad de los gobiernos de proveer recursos presupuestarios adicionales para el sistema de salud sin afectar la situación financiera del sector público ni desplazar otros gastos socialmente necesarios (OMS; OPS, 2015). Aunque las nuevas fuentes de financiamiento deberán enmarcarse en sistemas mancomunados solidarios.

³ También se incluye una tercera que es aumentar el apoyo financiero externo que aplican sobre todo en países de ingresos bajos



3. MAYORES RECURSOS PARA SALUD

FIGURA 3.1. PRIORIDAD PRESUPUESTARIA PARA SALUD 2018



Nota 1: El gasto público de México corresponde a 2020.

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

El Cuadro 3.1 presenta algunas opciones de financiamiento adicionales a las que son utilizadas en México. Algunas de las opciones de impuestos pertenecen a la política tributaria heterodoxa⁴. Estas fuentes alternativas aumentarían la bolsa de recursos disponibles del Estado. En México, **68.4 % del financiamiento público en salud proviene de impuestos generales.**

IMPUESTO ESPECIAL SOBRE LAS GRANDES EMPRESAS RENTABLES

Como su nombre lo indica este impuesto busca gravar los ingresos de las empresas con mayor rentabilidad. En 2021, 130 países aprobaron el Impuesto Mínimo Global (IMG) que establece una serie de reglas para gravar los ingresos de multinacionales cuando la entidad receptora de los pagos tribute a una tasa efectiva inferior a una tasa mínima de referencia (OCDE, 2021). Con este impuesto, **México podría recaudar 30 mil mdp adicionales** (El Financiero, 2021). Estos recursos representarían 90.9 % de los recursos que se tomaron del FONSABI para el combate de la Covid-19 en abril de 2021.

Las empresas multinacionales buscan minimizar su carga tributaria al trasladar artificialmente sus utilidades a países con bajos requerimientos im-

⁴ El sistema tributario ortodoxo se divide en impuestos directos como el Impuesto Sobre la Renta (ISR) y el impuesto al patrimonio, y en impuestos indirectos como el IVA o IEPS.



3. MAYORES RECURSOS PARA SALUD

positivos⁵. Por tanto, el IMG se aplicaría a las ganancias en el extranjero de las empresas multinacionales con 868 millones de dólares de ventas en todo el mundo. Los gobiernos podrían continuar fijando un impuesto local, pero si las empresas pagan tasas más bajas en un determinado país, los gobiernos en sus países de origen podrían complementar sus impuestos hasta el mínimo del 15 %, eliminando la ventaja de trasladar las ganancias (OCDE, 2021).

**IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES
DE DIVISAS**

Es un impuesto proporcional o porcentual sobre las transacciones de cambio de divisas individuales⁶. Se aplica a los operadores del mercado de divisas y se recauda mediante sistemas de compensación o liquidación financiera. Los agentes de cambio de divisas son instituciones financieras que muestran tipos de cambio de oferta (compra) y demanda (venta) (Schmidt, R., 2007).

En América Latina, Argentina, Ecuador y Venezuela cuenta con este impuesto. **Se grava la compra de divisas y consumo de tarjetas en el exterior, salida de divisas y operaciones con divisas** (CIAT, 2021).

BONOS DIÁSPORAS

Bonos⁷ del gobierno a la venta para los ciudadanos residentes en el extranjero. Este bono es un instrumento de ahorro minorista emitido en denominaciones pequeñas para la venta a aquel segmento de la diáspora que tiene guardado dinero, pero carece del poder de organizar el capital como empresario (BM, 2011). **Los emigrantes pueden invertir su dinero** obteniendo rendimientos de mercado y contribuyendo al desarrollo económico del país de origen. Sin embargo, la disposición de los emigrantes para invertir en el país de origen depende de la confianza que se tenga en el gobierno.

Además, los bonos son instrumentos formales que se venden en el mercado de valores del país de destino, por lo que deberán cumplir con los reglamentos financieros locales. Desde 1950, Israel utiliza estos bonos para financiar obras de infraestructura como proyectos de agua potable, desarrollo y expansión de puertos, plantas de energía, etc (Aguirre, J., 2009).

⁵ Esta práctica se conoce como erosión de la base imponible y traslado de utilidades, en inglés, Base Erosion and Profit Shifting (BEPS).

⁶ Este impuesto es el sucesor conceptual del impuesto Tobin.

⁷ Un bono es un título de deuda emitido por el gobierno con el objetivo de obtener fondos directamente de los mercados financieros. El gobierno se compromete a devolver el capital requerido junto con intereses (Aguirre, J., 2009).



3. MAYORES RECURSOS PARA SALUD

IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES
FINANCIERAS

Este impuesto grava **las transferencias de fondos, el cobro de cheques, los giros bancarios** o cualquier retiro o depósito de una cuenta del sistema financiero. Con excepción de los depósitos por concepto de remuneraciones, pensiones o pago de servicios básicos. Algunas de sus críticas corresponden a que es un gravamen plurifásico acumulativo, que afecta especialmente a los contribuyentes cuya actividad conlleva un alto flujo de movimientos financieros, lo que puede afectar su rentabilidad (González, D., 2009).

Países como Gabón establecieron un impuesto de 1.5 % sobre los beneficiarios de las empresas que manejan transferencias y un impuesto de 10 % a los operadores de telefonía móvil, esto significó 30 millones de dólares en 2009 para la atención de la salud de grupos de bajos ingresos. En México, de 2008 a 2014, se contaba con el Impuesto a Depósitos en Efectivo (IDE), este impuesto se aplicaba a los depósitos en efectivo que excedían los 15 mil pesos (SAT, 2008).

IMPUESTO AL
TURISMO

Un impuesto al turismo grava las actividades relacionadas con los visitantes extranjeros, por ejemplo, las tasas de salidas del aeropuerto. **Unitaid**⁸ es financiada con las donaciones de varios países y en particular, **con la tasa solidaria sobre los boletos de avión en Francia** (Unitaid, 2021).

En 2021, en Quintana Roo entró en vigor el *visitax*: un impuesto de \$224 pesos que deben pagar las personas extranjeras mayores de 15 años (Gobierno de Quintana Roo, 2021).

IEPS

Los impuestos sobre los productos que son perjudiciales para la salud tienen un doble beneficio: mejorar la salud de la población mediante la disminución del consumo y recaudar más fondos. En México, el IEPS se aplica sobre los productos:

- Alcohol, alcohol desnaturalizado y mieles incristalizables
- Alimentos no básicos con alta densidad calórica
- Bebidas con contenido alcohólico y cerveza
- Bebidas energizantes
- Bebidas saborizadas

⁸ Es una agencia mundial de salud comprometida con las soluciones innovadoras para prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades, así como la compra de medicamentos para VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria para países de ingresos bajos y medios.



3. MAYORES RECURSOS PARA SALUD

- Combustibles automotrices
- Combustibles fósiles
- Plaguicidas
- Tabacos labrados

COMBUSTIBLES Sin embargo, a diferencia de otros países que de manera explícita etiquetan los recursos de estos productos para el financiamiento de los servicios de salud, en México, esto no ha sucedido. Nueva Zelanda ha etiquetado el 5 % de los ingresos provenientes de impuestos a los combustibles para financiar los costos de salud generados en accidentes automotrices. Si México destinara este mismo porcentaje en 2022 a la salud, significaría **15 mil 907 mdp equivalente a 0.057 puntos del PIB**.

TABACO En el caso del tabaco, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los impuestos totales al tabaco representen el 75 % o más del precio de venta final. Para lograr esto, en México, el IEPS específico por cigarro debería pasar de \$0.51 pesos a \$1.3 pesos, con ello, la recaudación por IEPS alcanzaría 58 mil 407 mdp en 2022. Idealmente, 70.5 % de los recursos podrían concentrarse en la Secretaría de Salud (SSa) (CIEP, 2021b). Esto es **41 mil 166 mdp (0.146 puntos del PIB)**, equivalentes a 53.1 % del presupuesto del programa Atención a la salud y medicamentos gratuitos para la población sin seguridad social laboral.

OTROS IMPUESTOS ETIQUETADOS En Estados Unidos, Alabama aplicó un impuesto sobre la energía hidroeléctrica, 58 % de los ingresos generados se destinan a la atención de la salud mental. Mientras que Illinois destina 20 % de los ingresos generados por las tarifas sobre los usuarios de llantas al Fondo de Emergencia de Salud Pública.

CO-FINANCIAMIENTO Otras estrategias de financiamiento abordan desde el crecimiento económico e impuestos progresivos hasta el co-financiamiento. Este último se refiere al costo de intervenciones con **resultados multisectoriales** que es compartido por los sectores beneficiados. Aprovechar la financiación en otros sectores podría mejorar la eficiencia en el financiamiento de la CUS y lograr simultáneamente los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud y el bienestar de los demás (McGuire, F., et al., 2019).

PARTICIPACIÓN DEL SECTOR PRIVADO Adicional a la recaudación de mayores ingresos para la salud, los sistemas de gestión de las finanzas públicas deben tener la capacidad de llegar a



3. MAYORES RECURSOS PARA SALUD

CUADRO 3.1. OPCIONES PARA EL FINANCIAMIENTO INNOVADOR

Opciones	Descripción	Potencial de recaudación	Ejemplos/supuestos
Tasa especial sobre las grandes empresas rentables	Impuesto/tasa que se impone a algunas de las grandes empresas económicas en el país	\$\$-\$\$\$	Australia ha impuesto una tasa a las compañías mineras; Gabón ha introducido un impuesto sobre empresas de telefonía móvil; Pakistán aplicó un impuesto sobre las empresas farmacéuticas
Tasa sobre las transacciones de divisas	Impuesto sobre las transacciones de divisas en los mercados de divisas	\$\$-\$\$\$	Países de ingresos medios cuentan con importantes mercados de transacción de divisas
Bonos diásporas	Bonos del gobierno a la venta para los ciudadanos residentes en el extranjero	\$\$	Reduce el costo de endeudamiento, India, Israel y Sri Lanka los han utilizado, pero no para el financiamiento de salud
Impuesto sobre las transacciones financieras	Impuesto a todas las transacciones de cuenta bancarias o en las transacciones de los giros	\$\$	Brasil utilizó impuestos a las transacciones bancarias durante los 90
Aportación solidaria con los teléfonos móviles	Contribuciones solidarias que permitan que las personas y las empresas realicen donaciones voluntarias a través de su factura mensual de teléfono móvil	\$\$	El mercado mundial de servicios de telefonía móvil de contrato es de 750 mil millones de dólares
Venta de franquicias de productos o servicios	Las empresas tienen licencia para vender los productos y un porcentaje de las ganancias está destinado a la salud (ProductRED del Fondo Mundial)	\$	Venta de productos o servicios en franquicia, con porcentaje de las ganancias destinado a la salud
Impuesto al turismo	Impuesto al turismo que se percibiría por las actividades relacionadas con los visitantes extranjeros	\$	Las tasas de salidas del aeropuerto ya están ampliamente aceptadas, se podría añadir un complemento para la salud

Nota 1: \$ capacidad baja de recaudación de fondos; \$\$ capacidad media de recaudación de fondos; \$\$\$ capacidad de alta recaudación de fondos.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de OMS (2010).



3. MAYORES RECURSOS PARA SALUD

acuerdos con organizaciones no gubernamentales y el sector privado para alcanzar objetivos de salud pública. La participación del sector privado es indispensable dado su papel en el desarrollo y el suministro de bienes y servicios de salud (OMS, 2019).

En países como Turquía y China, las instituciones privadas trabajan con esquemas públicos para asegurar que los pacientes tengan acceso a los servicios de salud, además de que estos servicios se vuelven asequibles para las personas de menores ingresos (IFC, 2021).

ASOCIACIONES
PÚBLICO-PRIVADAS (APP)

Las APP han sido definidas como acuerdos formales o contractuales a largo plazo entre el sector público y el privado para la provisión de bienes y servicios públicos. Las APP buscan **solventar las limitaciones de recursos públicos** para el desarrollo de infraestructura, para la atención de determinada necesidad, así como complementar las capacidades de gestión de ambos sectores para el logro de los objetivos acordados (MINSALUD, 2018).

Adicionalmente se han desarrollado otras estrategias de colaboración entre el sector público y privado que no requieren la estructuración de una APP.

BONOS DE IMPACTO

Los bonos de impacto son mecanismos que aprovechan el capital privado para impulsar los proyectos sociales y económicos, estos bonos promueven el alcance de resultados al hacer que **el reembolso este condicionado a su éxito**. Además, involucran tres clases de agentes principales: inversionistas, proveedores y patrocinadores (ETHOS; Brookings, 2018).

Los inversionistas otorgan el capital al proveedor de servicios, y el patrocinador acuerda reembolsar al inversionista si se logran los resultados predefinidos. A diferencia de los modelos tradicionales de APP, en los bonos de impacto, los inversionistas aportan capital de riesgo por adelantado y se agrega el rigor del sector privado en la gestión del desempeño para obtener los resultados (ETHOS; Brookings, 2018).

Hasta 2017, existían 81 bonos de impacto contratados para lograr diferentes resultados, como la provisión de educación preescolar, reducir la reincidencia carcelaria y aumentar el empleo para jóvenes, entre otros. En 2016, Israel lanzó el primer bono de impacto que buscó reducir la diabetes tipo II en pacientes de alto riesgo a través del ejercicio y una dieta saludable, este bono fue una alianza entre Social Finance Israel y el banco suizo de



3. MAYORES RECURSOS PARA SALUD

inversiones UBS, el cual invirtió 5.5 millones de dólares (ETHOS; Brookings, 2018).

4 | EFICIENCIA DEL GASTO

La recaudación de fondos adicionales o diversificar las fuentes de financiación del sector salud requiere también de una mayor eficiencia del gasto para alcanzar la CUS. La eficiencia se refiere a usar los recursos de manera inteligente: **hacer más con los mismos recursos**. Se han identificado diez fuentes principales de falta de eficiencia en los sistemas de salud. Estas fuentes engloban los medicamentos, productos y servicios de salud, el personal de salud, los servicios de salud y las intervenciones (OMS, 2010):

1. Infrautilización de los genéricos y precios de los medicamentos más elevados de lo necesario
2. Uso de medicamentos de baja calidad y falsificados
3. Uso inadecuado e ineficaz de medicamentos
4. Uso excesivo o suministro de equipos, investigaciones y procedimientos
5. Plantilla inadecuada o cara, trabajadores desmotivados
6. Admisiones hospitalarias y duración de la estancia inadecuadas
7. Tamaño inadecuado de los hospitales (infrautilización de las infraestructuras)
8. Errores médicos y calidad asistencial insuficiente
9. Corrupción y fraude en los sistemas de salud
10. Nivel inadecuado de estrategias⁹

Se estima que estos diez factores provocan que entre 20 % y 40 % del gasto para salud se malgaste. Estos recursos pueden ser liberados y por lo tanto podrían garantizar un progreso más rápido hacia la CUS (OMS, 2010).

El Cuadro 4.1 muestra que en el mejor escenario **México podría ahorrar entre 164 mil 836 mdp y 329 mil 672 mdp**, equivalentes a **0.59 y 1.17 puntos**

⁹ Intervenciones de costo elevado y bajo efecto, equilibrio incorrecto entre los niveles de asistencia y/o entre la prevención, la promoción y el tratamiento.



4. EFICIENCIA DEL GASTO

CUADRO 4.1. AHORROS POTENCIALES POR MEDIDAS DE EFICIENCIA

Categorías	Ahorro potencial (% del gasto total en salud)	mdp 2022
Recursos humanos	7 % - 14 %	57,693 - 115,385
Medicamentos	2 % - 5 %	16,484 - 41,209
Hospitales	5 % - 11 %	41,209 - 90,660
Pérdidas	5 % - 10 %	41,209 - 82,418
Combinación de intervención	10 % - 20 %	82,418 - 164,836
Total	20 % - 40 %	164,836 - 329,672
Puntos PIB		0.59 - 1.17

Nota 1: Se presentan los intervalos de ahorros potenciales para países de ingresos medios.

FUENTE: Elaborado por el CIEP, con información de OMS (2010).

del PIB. Sin embargo, la alta fragmentación del sistema de salud obstaculiza que este porcentaje se logre en su nivel máximo.

En México, de 2014 a 2019, a través de la compra consolidada a cargo del IMSS y la negociación de precios de medicamentos, se alcanzaron ahorros por 25 mil 509 mdp. Estos ahorros se obtuvieron al conseguir precios más asequibles de medicamentos en comparación con compras descentralizadas donde cada una de las instituciones de salud se encargaba de la compra de medicamentos. Los ahorros generados a través de esta herramienta de eficiencia podría redirigirse dentro del sector salud o a la compra de un mayor número de medicamentos, ya que 50.1 % de la población debe pagar por medicamentos cuando acude a consulta (CIEP, 2021a).

5 | CONCLUSIONES

En México, el gasto privado representa 49.9 % del gasto total en salud; solamente el gasto de bolsillo alcanza 2.3 puntos del PIB. Bajo esquemas de mancomunación de fondos y sistemas de prepago, este gasto podría redirigirse hacia el sector público de salud o esquemas de prepago y con ello evitar que personas de bajos ingresos padezcan gasto empobrecedor.

En este sentido, se tendría que buscar **trasladar el alto gasto de bolsillo a un esquema de prepago que evite poner en riesgo financiero a los hogares y, por otro lado, este gasto sería administrado por medio de fondos mancomunados**. En Colombia, las personas aseguradas en el sistema público eligen su aseguradora, escogen a los prestadores de servicios de salud de la red de la aseguradora y reciben un paquete de beneficios de salud comprado por las aseguradoras a prestadores privados y públicos mediante contratos (Glassman, A., et al., 2010).

Los países que se han acercado a la CUS utilizan algún tipo de plan de contribución obligatoria. México cuenta con las CSS que representan 22.9 %¹⁰ del financiamiento total en salud. El 60.5 % de estas cuotas son pagadas por el patrón y 4.8 % por el trabajador. **Se requiere modificar, no solo la estructura de contribución entre patrones y trabajadores si no también el monto o magnitud. En Colombia, la tasa efectiva de contribución de trabajadores y patrones es el doble que la tasa efectiva en México**¹¹.

Este último hallazgo trasciende los aspectos financieros y, por ende, deberá explorar consideraciones de política económica y laboral a fin de encontrar una vía posible, de la mano de la evolución del mercado laboral en México para el financiamiento del sistema de salud.

¹⁰Este valor corresponde a 2018 y se obtiene de (OMS, 2020).

¹¹La aportación es equivalente a 12.5 % de las remuneraciones de aquellos que tienen un ingreso superior al mínimo.

ACRÓNIMOS

- ASE** Aportación solidaria estatal
- ASF** Aportación solidaria federal
- APP** Asociaciones Público-Privadas
- BEPS** Base Erosion and Profit Shifting
- BM** Banco Mundial
- BID** Banco Interamericano de Desarrollo
- CCSS** Caja Costarricense del Seguro Social
- CIEP** Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C.
- COP** Cuotas obrero-patronales
- CUS** Cobertura Universal en Salud
- CSS** Contribuciones a la Seguridad Social
- DOF** Diario Oficial de la Federación
- ENIGH** Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
- FosyGA** Fondo de Solidaridad y Garantía
- FONSABI** Fondo de Salud para el Bienestar
- IDE** Impuesto a Depósitos en Efectivo
- IEPS** Impuesto Especial sobre Producción y Servicios
- IMG** Impuesto Mínimo Global
- IMSS** Instituto Mexicano del Seguro Social
- INPC** Índice Nacional de Precios al Consumidor
- INSABI** Instituto Nacional de Salud para el Bienestar
- ISR** Impuesto Sobre la Renta
- ISSFAM** Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de México
- ISSSTE** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado



IVA Impuesto al Valor Agregado

MDP millones de pesos

OCDE Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

ODS Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS Organización Mundial de la Salud

OPS Organización Panamericana de la Salud

PBS Plan de Beneficios en salud

PEMEX Petróleos Mexicanos

PIB Producto Interno Bruto

SAT Sistema de Administración Tributaria

SBC Salario Base de Cotización

SEM Seguro de Enfermedades y Maternidad

SHCP Secretaría de Hacienda y Crédito Público

SSA Secretaría de Salud

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre, J. (2009). Bonos de la diáspora mexicana como alternativa de financiamiento. <https://core.ac.uk/download/pdf/322550022.pdf>.

Andargie, G., et al (2014). *Health care financing*. Management Services for Health.

BID (2020). *¿Qué financiar en salud y a qué precio?* BID.

BM (2011). Aprovechar los recursos de la diáspora para promover el desarrollo de África. <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2011/06/16/harnessing-the-diasporas-resources-to-boost-african-development>.

CIAT (2021). El impuesto a las transacciones financieras (itf) en alc. <https://www.ciat.org/ciatblog-el-impuesto-a-las-transacciones-financieras-itf-en-alc/>.

CIEP (2021a). Eficiencia del gasto en salud: Compra consolidada de medicamentos. Disponible en <https://ciep.mx/4Ys7>.

CIEP (2021b). Simulador tabaco. <http://iepsaltabaco.ciep.mx/>.

Cruces, G. (2006). *Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos*. CEPAL.

DOF (2021). Ley general de salud. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>.

El Financiero (2021). Impuesto mínimo global, el reconocimiento a una economía sin fronteras. <https://www.elfinanciero.com.mx/opinion/colaborador-invitado/2021/08/23/impuesto-minimo-global-el-reconocimiento-a-una-economia-sin-fronteras>

ETHOS; Brookings (2018). *Bonos de Impacto en México: oportunidades y retos*. ETHOS.

Glassman, A., et al. (2010). *Salud al alcance de todos: Una década de expansión del seguro médico en Colombia*. BID; The Brookings Institution.

Gobierno de Quintana Roo (2021). Visitax. <http://cgc.qroo.gob.mx/a-partir-del-01-de-abril-de-2021-entra-en-vigor-visitax-para-facilita>



- González, D. (2009). *La política tributaria heterodoxa en los países de América Latina*. CEPAL.
- IFC (2021). *The role of the private sector in expanding health access to the base of the pyramid*. World Bank Group.
- IMSS (2021). Estadísticas e informes. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informes-estadisticas>.
- ISSSTE (2021). Informe financiero y actuarial. <https://www.gob.mx/issste/documentos/informe-financiero-y-actuarial-ifa>.
- McGuire, F., et al. (2019). *Financing intersectoral action for health: a systematic review of co-financing models*. Global health.
- MINSALUD (2018). *Asociaciones Público Privadas en el sector salud*. MINSALUD.
- Mossialos, E., et al. (2002). *Funding health care: options for Europe*. European Observatory on Health Care Systems series.
- Noriega, C., et al. (2006). *Financiamiento al Sistema de Salud en México*. Fundación Mexicana para la Salud, A.C; INSP.
- OCDE (2021). 130 países y jurisdicciones se integran en un nuevo y ambicioso marco para la reforma fiscal internacional. <https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/beps-if-impuestos-digitales.htm>.
- OMS (2010). *Informe sobre la salud en el mundo: financiación para la cobertura universal*. OMS.
- OMS (2019). *Mayor colaboración mejor salud: Plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos*. OMS.
- OMS (2020). The global health observatory. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators>.
- OMS; OPS (2015). Espacio fiscal para el aumento de la prioridad de salud en el gasto público en la región de las américas. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/espacio-fiscal-americas15.pdf>.
- OPS (2021). Cobertura universal de salud. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9748:cobertura-universal-salud-preguntas-frecuentes&Itemid=40690&lang=en.



SAT (2008). Ide. http://omawww.sat.gob.mx/fichas_tematicas/reforma_fiscal/Documents/PyR_IDE_190313.pdf.

Schmidt, R. (2007). *The Currency Transaction Tax: Rate and Revenue Estimates*. The North-South Institute.

SHCP (2021). Datos abiertos. https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/Datos_Abiertos.

Titelman et al. (2015). Universal health coverage in latin american countries: how to improve solidarity-based schemes. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2814%2961780-3>.

Unitaid (2021). Unitaid invests in better ways to prevent, diagnose and treat diseases. <https://unitaid.org/about-us/#en>.



ALTERNATIVAS DE FINANCIAMIENTO PARA EL SECTOR SALUD

Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C.

ciep.mx | **fb:** /ciepmx | **tw:** @ciepmx | **ig:** ciepmx | **yt:** /ciepmx