

EL IMPULSO GLOBAL POR LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL



¿Qué es la Cobertura Sanitaria Universal?

Cobertura Sanitaria Universal (CSU) significa que todos puedan acceder a los servicios de salud de calidad que necesitan sin sufrir dificultades financieras.

¿QUIÉN?: Toda la población, enfatizando la inclusión de los más pobres y más vulnerables.

¿QUÉ?: Una amplia gama de servicios esenciales de salud, incluyendo la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la atención hospitalaria y el control del dolor.

¿CÓMO?: Solidarizando los costos entre toda la población a través de pre-pagos y compartiendo el riesgo, en lugar de dejarlo a costas de los enfermos. El acceso debe basarse en las necesidades y no estar relacionado con la capacidad de pago.

Los países de todos los niveles de ingresos, incluido México, están llevando a cabo reformas en sus sistemas de salud para lograr CSU.

- Más de 80 países desde 2010 han pedido asistencia técnica a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el movimiento hacia CSU.¹
- En diciembre de 2012, la Organización de las Naciones Unidas aprobó una resolución histórica respaldando acciones para alcanzar CSU.² Desde entonces, el grupo del Banco Mundial y la OMS han identificado CSU como una prioridad para el desarrollo sostenible.
- En este mismo año, México logró CSU a través del Seguro Popular, mismo que fue introducido en 2003, y que ahora garantiza el acceso a un paquete de servicios de salud integrales con protección financiera a más de 50 millones de mexicanos que no contaban con seguridad social. La Cobertura Sanitaria Universal en México es sinónimo de protección social en salud.³

¿Porqué invertir en CSU?

La CSU ayuda a sacar a la gente de la pobreza e impulsar el crecimiento económico.

CSU es fundamental, ya que 1,000 millones de personas en el mundo carecen de acceso a la atención básica de la salud, y otros 100 millones caen en la pobreza tratando de acceder a ella.⁴

Casi un tercio de los hogares en África y el sudeste de Asia tiene que pedir dinero prestado o vender activos para pagar la atención médica.⁵ La situación es similar para América Latina en donde entre un 20

al 25 por ciento de los hogares recurren a este tipo de mecanismos financieros, mientras que otro 30% pospone otros gastos y cerca de un 15% usa sus ahorros.⁶

Entre 2000 y 2011 las reformas en la salud condujeron a una cuarta parte del crecimiento en el ingreso total en los países en desarrollo. A este ritmo de cambio, se estima que cada US \$1 invertido en salud producirá entre US \$9 y US \$20 del crecimiento en el ingreso total en los próximos 20 años.⁷

El camino de México hacia la CSU

Reforma

En el 2003, se introduce el Sistema de Protección Social en Salud y el Seguro Popular de Salud. Éste genera un sistema de aseguramiento en salud financiado con recursos públicos para el sector pobre e informal y busca reducir las inequidades en salud que encontramos entre la población con seguridad social y la no asegurada.

mayor inversión federal y estatal en salud, sin embargo el nivel socioeconómico no llega a ser una limitante para el acceso dado que de inicio se incorporó un esquema no contributivo para las familias que por su condición económica no pueden aportar recursos al sistema.^{3,8}

Financiamiento y beneficios cubiertos

El mecanismo de financiamiento es tripartita entre el gobierno federal, estatal y las familias. Se previó una

Aunque la idea original de la prima para los afiliados atada a los ingresos cayó en gran parte, el paquete cubre el 95% de las causas de ingreso hospitalario.

Principios Básicos de la CSU

<p>Priorizar a los más pobres Los Esfuerzos de la CSU, en primer lugar, deben garantizar la cobertura de los pobres y vulnerables. En México, antes de la reforma de 2003 más del 50% del gasto en salud era privado. Esto mostraba una dependencia excesiva del gasto de bolsillo, que es ineficiente e inequitativo y exponía a los hogares, especialmente a los pobres y no asegurados, a gastos de salud catastróficos y empobrecedores.³</p> <p>Las inequidades en salud son cada vez mayores. La reforma de 2003, en México, fue motivada en gran medida por los desequilibrios que requerían de una armonización financiera de los proveedores públicos. Además, antes de 2003, el sistema se caracterizó por el reducido gasto total en salud, el predominio del gasto privado de bolsillo, la asignación inequitativa de recursos públicos entre asegurados y no asegurados y entre estados, la desigual contribución estatal al financiamiento de la salud, y la inversión insuficiente en equipamiento e infraestructura.³</p>	<p>Aumentar la dependencia del financiamiento público</p> <p>El financiamiento público es esencial para la CSU para lograr cubrir a las personas que no pueden contribuir debido a su bajo nivel económico.</p> <p>Esto implica un aumento en la generación y asignación de los recursos del gobierno a la salud, y un gasto más eficiente.</p> <p>México avanzó hacia la CSU aumentando el gasto público en salud en un promedio del 5% anual desde 2000 hasta 2006.⁹</p> <p>El objetivo de la CSU implicaba el compromiso de aumentar el gasto en salud en un punto porcentual del producto interno bruto, principalmente a través de la movilización de recursos públicos.³</p>	<p>Reducir, si no es que eliminar, los gastos de bolsillo en salud</p> <p>Los altos gastos de bolsillo en salud son una de las razones más importantes por las que las personas caen en la pobreza, ya sea al buscar la atención o por optar renunciar a ella.</p> <p>Hay evidencias que muestran avances importantes en la reducción de los gastos en salud catastróficos (GSC) y los gastos en salud empobrecedores (GSE).³ Los gastos en salud con efectos catastróficos o empobrecedores de 1992 a 2010 muestran una tendencia a la baja a largo plazo.^{10,11} En 2000, 3.1% de los hogares mostró GSC y 3.3% GSE. En 2010 estos valores se habían reducido a 2% para los GSC y 0.8% para los GSE.³</p>	<p>Desarrollar el Sistema de Salud eficiente</p> <p>CSU no se trata simplemente de financiamiento de la salud. Si los medicamentos, los trabajadores de salud y los centros de salud no existen, es difícil moverse hacia la CSU.</p> <p>En México, la reforma financiera se complementó con medidas de fortalecimiento de la oferta que incluyeron una reforma de la gestión hospitalaria, planes para mejorar el suministro de medicamentos, sistemas de información orientados a resultados, un plan maestro de infraestructura en salud y la evaluación de tecnologías.³</p>
--	---	---	--



Referencias:

1. Chan M. WHO Director-General Remarks to Global Vaccine and Immunization Research Forum. March 2014.
2. UNGA resolution A/67/L.36.
3. Knaul, F. M., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., ... & Frenk, J. (2012). The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *The Lancet*, 380(9849), 1259-1279.
4. WHO. Universal Health Coverage: Report by the Secretariat. January 2013.
5. Kruk ME et al. Borrowing and Selling to Pay for Health Care in Low- and Middle-Income Countries. *Health Affairs*. July/August 2009.
6. Baeza, C., Packard, T., & Torres, F. M. (2006). Beyond survival: protecting households from health shocks in Latin America. Stanford University Press.
7. The Lancet Commission on Investing in Health. *Global Health 2035: A world converging within a generation*. The Lancet. December 2013.
8. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Salud Pública de México* 2011; 53 (supl 2): S220-S232.
9. Garcia-Diaz R et al. Analysis of the distributional impact of out-of-pocket health payments: evidence from a public health insurance program for the poor in Mexico. *Journal of Health Economics*. December 2011.
10. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, et al. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *Lancet* 2006;368:1828-1841.
11. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez O, Wong R. Financiamiento y sistema de salud en México: evolución en la desigualdad en la carga financiera entre población afiliada a la seguridad social y afiliados al Seguro Popular de salud y no asegurados en México, 1992-2010. México: Fundación Mexicana para la Salud, 2011.