

# Propuesta de reforma estructural para el Sistema Nacional de Salud

Rodrigo Ares-Parga\*

Arapau y Asociados, S.C. México, D.F.

## Resumen

Desde la década de 1940, el Sistema Nacional de Salud (SNS) ha estado organizado según un modelo segmentado y poco vinculado entre los distintos prestadores de servicios. Esta segmentación se debe a que la población siempre ha sido el criterio que diferencia la prestación entre instituciones. Adicionalmente, estas instituciones han seguido estrategias condicionadas por su propio desarrollo y de acuerdo con las necesidades de los segmentos de la población a los que dan atención (sistema vertical: cada institución es responsable de la rectoría, financiamiento y prestación de servicios). De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la fragmentación del SNS en diversas organizaciones que integran verticalmente las funciones de financiamiento, seguridad y provisión genera ineficiencias e inequidades que afectan a los esfuerzos de los gobiernos federales por alcanzar la cobertura universal del sistema e impactan en su viabilidad financiera.

Uno de los primeros retos que enfrenta el SNS es el asociado al financiamiento, por ello, el presente trabajo tiene como objetivo desarrollar una propuesta de cambio estructural en la forma de financiar el sistema y cambios en la administración y prestación de los servicios de salud en México.

**PALABRAS CLAVE:** Sistema Nacional de Salud mexicano. Financiamiento del Sistema Nacional de Salud mexicano. Reforma del Sistema Nacional de Salud.

## Abstract

Since the forties, the National Health System has been organized based on a segmented and shortly linked model by the different service providers. This segmentation is because the population has always been the criterion that differentiates the provision among institutions. Additionally, these institutions have followed strategies conditioned by their own development and in accordance with the needs of population segments that they care (vertical system: each institution is responsible for stewardship, financing and service delivery). According to the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), the fragmentation of the National Health System (NHS) in various organizations that vertically integrate the functions of financing, security and provision, generates inefficiencies and inequities that affect the Federal government's efforts to achieve universal coverage, and impacting on its financial viability.

One of the first challenges facing the NHS is associated with the financing; therefore, this paper aims to develop a proposal for structural change in the way of financing the system and changes in management and delivery of health services Mexico.

**KEY WORDS:** Mexican National Health System. National Health System funding. Mexican National Health System reform.

### Correspondencia:

\*Rodrigo Ares-Parga

Arapau y Asociados, S.C.

P.º de las Palmas, 1930

Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, México, D.F.

E-mail: [rares1@arapau.com.mx](mailto:rares1@arapau.com.mx)

Fecha de recepción en versión modificada: 04-10-2011

Fecha de aceptación: 11-10-2011

## Introducción

Los procesos transicionales en los que se encuentra inmerso el país han elevado significativamente los costos de la atención médica y reducido los ingresos que el sistema de salud obtenía de la afiliación de los trabajadores al esquema formal de seguridad social. Como consecuencia, se han generado fuertes presiones de tipo económico que han puesto en duda la viabilidad operativa y financiera del SNS en el largo plazo.

Son muchas y de diversa índole las reformas que el sistema de salud necesita, sin embargo, existen cambios estructurales que por su impacto pueden ser los catalizadores de una reforma integral de largo plazo. Dentro de este amplio conjunto de cambios estructurales, las fuentes de financiamiento y la organización fragmentada del SNS son dos variables esenciales para lograr la redefinición del SNS en el largo plazo, de tal forma que, si se desea consolidar un SNS que garantice la cobertura universal y la sustentabilidad financiera en el largo plazo, es fundamental hacer una pausa y reflexionar sobre la definición de los mecanismos que pueden resolver la problemática que afecta y distorsiona la operación y funcionamiento del sistema.

Antes de presentar la propuesta de reforma, se describe el mecanismo actual de financiamiento del sistema en México y los problemas que existen en el modelo actual, que son los detonantes que justifican la necesidad de una reforma integral del SNS.

## Descripción del financiamiento de la salud en México

Los recursos económicos del SNS provienen de tres fuentes de financiamiento: recursos públicos, los cuales comprenden los presupuestos gubernamentales de ámbito federal y estatal; las contribuciones a la seguridad social; y el gasto privado que realizan de manera directa los hogares, ya sea a través de primas de seguro o gasto de bolsillo.

En documentos oficiales de la OCDE<sup>1</sup> se señala que México es el país que presenta el porcentaje de financiamiento público en salud más bajo en relación con el gasto total en salud entre sus países miembros. La participación de los recursos públicos en el total del gasto en salud representa solamente el 45%, mientras que la participación promedio del financiamiento público en el total del gasto en salud se ubica por arriba del 70% en los países miembros de la OCDE (Fig. 1).

El gasto privado (bolsillo y prepago) financia el otro 55% de los recursos que en nuestro país se utilizan para cubrir las necesidades de salud de la población. El hecho de que en México exista un elevado gasto de bolsillo es preocupante por las fuertes implicaciones sobre la equidad y eficiencia en el financiamiento de la atención de la salud. Con el gasto de bolsillo se rompe la solidaridad financiera del sistema de salud que busca que las personas enfermas y de ingreso bajo se beneficien de las aportaciones de las personas sanas y de mayores niveles de ingreso. Además, rompe con el principio básico de justicia financiera

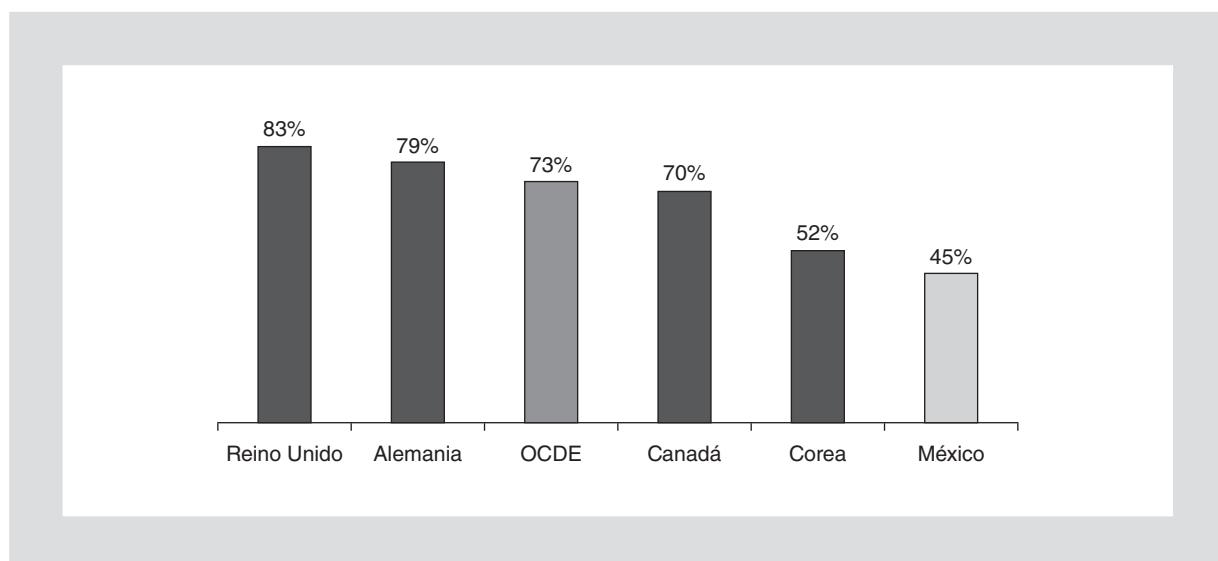
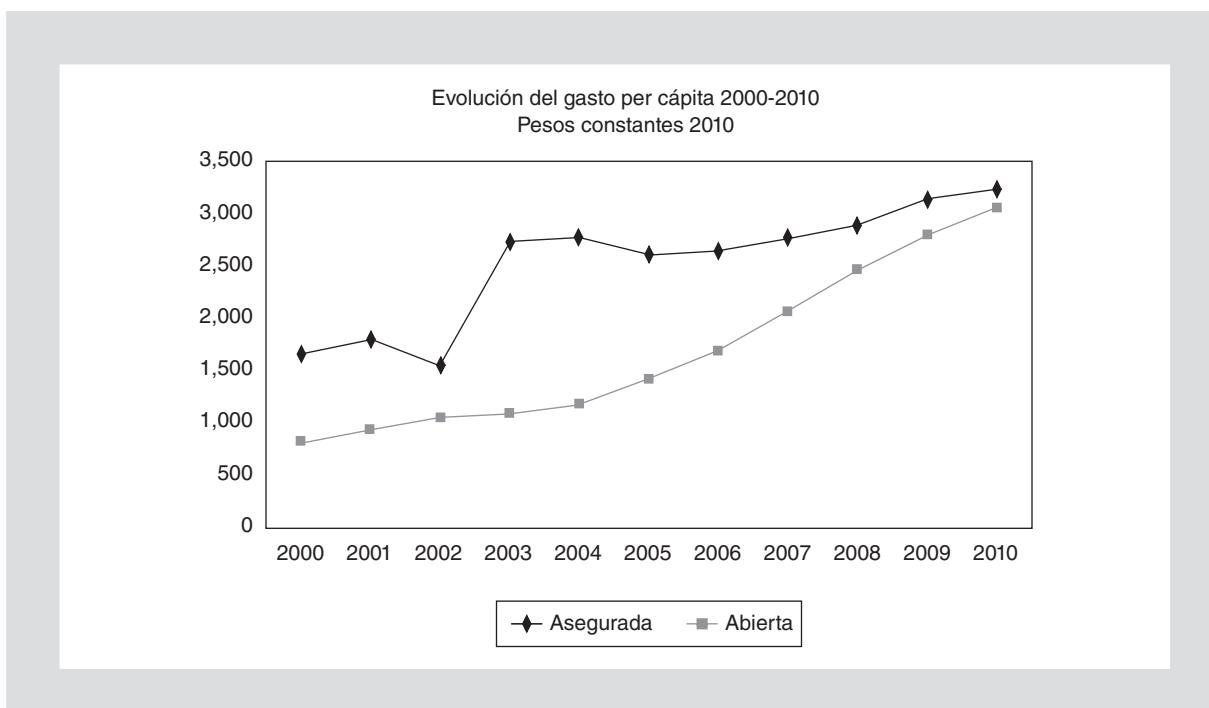


Figura 1. Comparativo del gasto público de salud. La gráfica representa el porcentaje de la participación de recursos públicos de manera comparativa entre diversos países y aquellos miembros de la OCDE (adaptado de OCDE, 2008).



**Figura 2.** Evolución del gasto per cápita 2000-2010. La gráfica representa el aumento de los recursos destinados al Seguro Popular del año 2000-2010 (adaptado del Consejo Nacional de Población [CONAPO], Sistema Nacional de Información en Salud [SINAIS] e informe de Gobierno).

en salud, que indica que los individuos deben aportar de acuerdo con su capacidad de pago y recibir servicios en función de sus necesidades de salud. En resumen, el gasto de bolsillo es sumamente regresivo y es uno de los principales factores del empobrecimiento y endeudamiento de las familias mexicanas.

Por otro lado, existen grandes diferencias entre estados en términos de disponibilidad de recursos per cápita para prestar servicios públicos de atención médica y de acceso en zonas rurales. Las desigualdades son el reflejo de distribuciones históricas e iniciales de recursos federales hacia las entidades federativas según los requerimientos determinados por la oferta de servicios.

Es dentro de este contexto que se instrumentó la última reforma financiera que fue la creación del Seguro Popular<sup>2</sup>. Con este esquema de aseguramiento el gobierno federal inyectó una cantidad muy importante de nuevos recursos federales, con el objetivo de incrementar el nivel de inversión en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB), eliminar los desequilibrios financieros y fortalecer la equidad entre las instituciones de salud. El Seguro Popular buscó homologar el gasto en salud per cápita entre población asegurada y población abierta, y de esta forma reequilibrar las transferencias financieras

del gobierno federal destinadas a satisfacer las necesidades de salud de la población. Desde su creación, los recursos destinados al Seguro Popular han aumentado exponencialmente, trayendo como consecuencia una convergencia en el gasto en salud per cápita para la población abierta y para la población asegurada (Fig. 2).

Por lo anterior, se vino a consolidar el incremento de la participación del gobierno federal en el financiamiento de las necesidades de salud de la población como uno de los cambios más significativos en materia de financiamiento. Antes de las reformas financieras de las instituciones de seguridad social, las cuotas obrero patronal (COP) representaban el 82% de los ingresos del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS). En la actualidad, las aportaciones del gobierno federal a la seguridad social representan el 32% del total de los recursos. De igual forma la participación del gobierno federal en el financiamiento del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) también se ha incrementado, aunque no tan significativamente como fue en el caso del IMSS<sup>3</sup>.

Sin embargo, a pesar de que el gasto como porcentaje del PIB en México se ha incrementado en los últimos años, los servicios han aumentado y la cobertura

de la población ha mejorado cualitativamente, siguen existiendo grandes deficiencias en el SNS, destacando las siguientes:

- Sistema fragmentado e inequitativo con diferentes niveles de primas y calidad en el servicio. Los problemas de equidad obedecen a que la asignación del presupuesto se realiza de forma inercial y no siempre alineada a las necesidades de atención de la población.
- Gasto en salud ineficiente e inequitativo, lo cual dificulta la cobertura universal de la población. Además, las necesidades de salud se han vuelto más costosas, producto de los procesos transicionales.
- Integración vertical entre las instituciones prestadoras de servicios y una población cautiva, occasionando la falta de competencia y de incentivos para mejorar la productividad de los prestadores de servicios.
- Estancamiento de la población derechohabiente del IMSS.

Los problemas anteriormente descritos han generando una presión sobre los recursos federales ante un presupuesto insuficiente y poco flexible. Por ello, es urgente reformar el esquema de financiamiento del SNS con el objetivo de corregir las condiciones que ponen en riesgo la viabilidad financiera del sistema en el largo plazo.

### **Propuesta de reforma del mecanismo de financiamiento del Sistema Nacional de Salud**

Dado el panorama descrito, se necesita una reforma integral que permita dotar al sistema de los recursos económicos necesarios que le aseguren sustentabilidad financiera en el largo plazo, logrando corregir las inequidades e ineficiencias del modelo actual. A continuación se presenta una propuesta de reforma del SNS que tiene su origen en la modificación del esquema de financiamiento, pero también considera cambios en las esferas de organización de las instituciones y en la prestación de los servicios de salud. La reforma encuentra sustento en los siguientes pilares:

- Con todo y las deficiencias actuales del SNS, hemos alcanzado casi una cobertura universal.
- La participación del gobierno federal en el financiamiento del gasto público en salud en la última década se ha incrementado significativamente.
- Las instituciones de seguridad social presentan graves problemas financieros.

- La fragmentación del SNS en sus ámbitos de financiamiento, administración y prestación de servicios generan importantes distorsiones en el mercado, lo que hace que el SNS sea un modelo inequitativo, ineficiente e ineficaz.

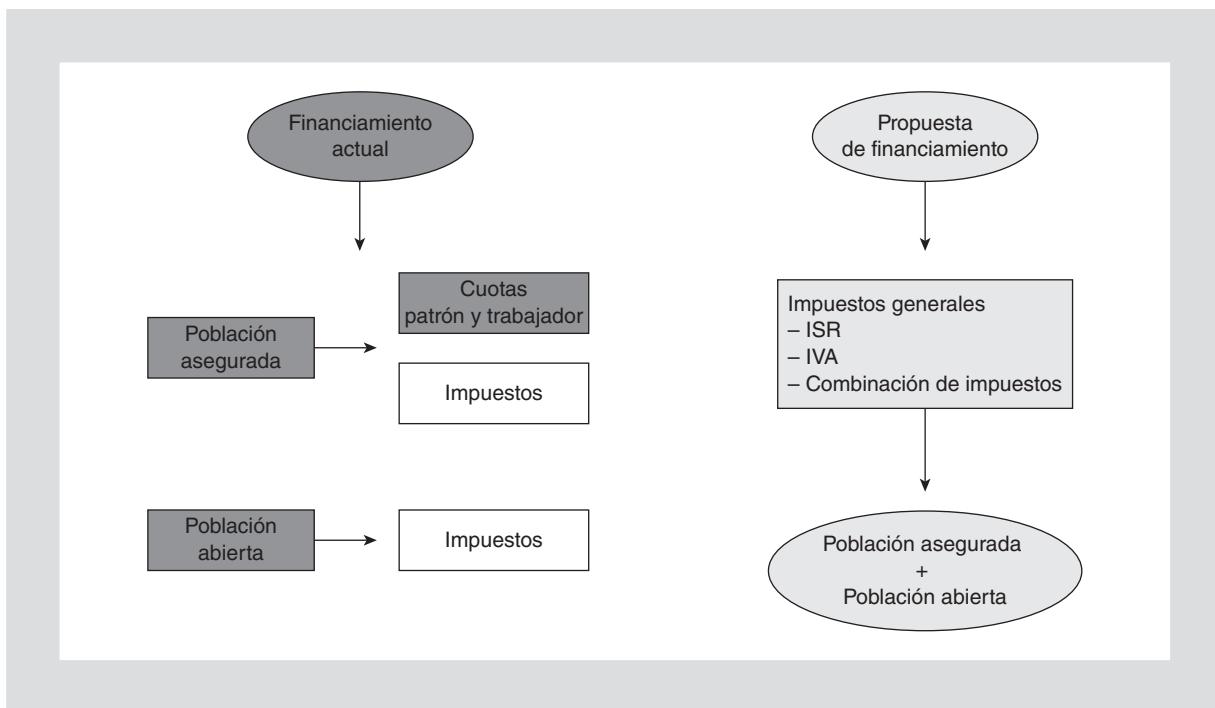
El objetivo que se persigue con esta propuesta de reforma es dotar al SNS de una nueva estructura financiera que garantice su viabilidad financiera en el largo plazo y que ayude a eficientar y a maximizar los recursos que el gobierno federal destina al gasto público en salud.

La propuesta de financiamiento se basa en sustituir los ingresos que se recaudan a través de las COP por un esquema general de financiamiento sustentado en impuestos (Fig. 3).

Con la implementación de este cambio en el financiamiento, al ser el gobierno quien distribuya los recursos a partir de una cápita, la modificación del esquema de financiamiento será acompañada de cambios en la organización y operación actual del SNS. Se propone eliminar la fragmentación del sistema en su parte administrativa, al fusionar en una sola entidad o Instituto de Salud a las distintas instituciones administradoras del SNS. Esta nueva instancia de gobierno será la única encargada de administrar y distribuir hacia las entidades federativas la totalidad de los recursos públicos necesarios para cubrir la demanda de sus poblaciones.

Al igual que en la administración, la presente reforma busca fortalecer la prestación de los servicios de salud en beneficio de los usuarios, lo anterior a través de fomentar la competencia entre los prestadores y maximizar el uso de los recursos del sistema mediante el uso eficiente de la infraestructura médica y hospitalaria que existe en el ámbito nacional. El intercambio de servicios, en primera instancia, tendrá que estar acotado a las instituciones públicas, de manera que en el largo plazo se podrá pensar en la introducción de prestadores privados en intervenciones específicas y controladas.

La propuesta de reforma integral sobre el financiamiento, como ya se describió, se centra en consolidar las distintas fuentes de financiamiento en una sola fuente basada en una combinación de impuestos generales. Con este cambio se espera generar las condiciones financieras adecuadas para garantizar la viabilidad de los recursos en el largo plazo. El instrumento fiscal que se propone para financiar el gasto público en salud es una combinación entre impuestos sobre la renta (ISR) para personas, ISR para empresas, un impuesto generalizado etiquetado a salud



**Figura 3.** Propuesta de modificación del esquema de financiamiento del SNS. Esquema de la nueva propuesta de financiamiento, eliminando la fragmentación administrativa, dependiendo ahora sólo de una sola institución.

(base impuesto sobre el valor añadido [IVA]) e impuestos locales.

Antes de explicar las razones de por qué el uso de un solo instrumento fiscal no es una alternativa viable para asegurar el financiamiento de las necesidades de salud, conviene señalar que la reforma propuesta implica, por una parte, una desgravación de impuestos con la eliminación de las COP y, a la vez, una nueva carga fiscal para las personas y empresas al incrementarse ciertos impuestos. Sin embargo, el efecto final que puede tener la propuesta sobre las empresas (eliminar COP e incrementar ISR) dependerá en gran medida de la composición entre capital humano y capital tecnológico que tengan las mismas. Se busca que los instrumentos fiscales propuestos ayuden a los gobiernos federal y estatal a recaudar los recursos necesarios para financiar el gasto público en salud, pero generando las menores distorsiones posibles al mercado.

Las alternativas fiscales que tiene el gobierno federal y los gobiernos estatales para financiar las necesidades públicas de salud son: incrementar el ISR, incrementar el IVA y, en el caso de los gobiernos estatales, incrementar un impuesto estatal o bien crear un nuevo impuesto destinado a los servicios de salud. Financiar la totalidad del gasto público en salud a través de incrementar el ISR a las personas, sin una modificación

en la internalización de los beneficios (servicios de salud recibidos) que las personas obtienen por los servicios recibidos, sin duda puede incentivar a que un mayor número de contribuyentes busquen eludir el pago de sus obligaciones fiscales y con ello en el agregado obtener una menor recaudación. Un efecto similar ocurriría si se buscara financiar la totalidad del gasto a través de incrementar el ISR a las empresas.

En los instrumentos fiscales hay que considerar las elasticidades del impuesto y conocer en qué parte de la curva de Laffer se encuentra la tasa impositiva, ya que hay que recordar que, una vez que se alcanza el óptimo, incrementos adicionales en la tasa no se traducen en mayores niveles de recaudación. En el caso del IVA, es un impuesto de fácil recaudación que no impacta al mercado laboral, pero que es altamente regresivo, lo que implicaría que la población de menores ingresos fuera gravemente afectada. Para cubrir las necesidades de salud se necesitaría incrementar en cuatro puntos porcentuales el IVA, lo que sin duda sería políticamente inviable, y, en caso de lograr la aprobación, se afectaría significativamente el nivel de ingreso de los más pobres.

Por lo anteriormente descrito, la alternativa que se propone para financiar el gasto público en salud es la de sustituir las COP por una combinación de diferentes impuestos a través de los cuales se logre la recolección

de los recursos necesarios para financiar el gasto público en salud, y a la vez mantener el equilibrio fiscal entre los agentes económicos, de tal forma que se generen las menores distorsiones económicas en el mercado.

En resumen, la sustitución del esquema de financiamiento buscaría en todo momento obtener los recursos necesarios para financiar el gasto en salud, pero generando las menores distorsiones y buscando mantener el equilibrio fiscal entre los agentes económicos que participan en el mercado. La gran bondad de modificar el esquema de financiamiento es que este cambio permitirá modificar la organización actual del SNS y la manera como se realiza la prestación de servicios. Es decir, se podrá instrumentar una reforma integral al SNS.

La eliminación de las COP y la reducción de los procesos administrativos será un incentivo para que las empresas creen nuevos empleos formales y se reduzca la economía informal. La creación de nuevos empleos permitirá al gobierno federal obtener mayores recursos por concepto de pago de impuestos y, finalmente, el sistema de salud se verá favorecido al poder obtener una mayor cantidad de recursos y con ello incrementar significativamente la calidad de los servicios.

Lo novedoso de la propuesta es que el cambio en el mecanismo de financiamiento no sólo dotará al SNS de los recursos necesarios para garantizar su viabilidad financiera, sino que, además, permitirá eficientar la administración, distribución y prestación de los servicios de salud en beneficio de la población. La consolidación del financiamiento público de salud en un solo esquema tiene que estar acompañada de la creación de una sola entidad responsable de la administración de los recursos. La incorporación de un administrador único impactará positivamente en dos sentidos el funcionamiento del SNS: en primer lugar, reducirá significativamente los costos administrativos innecesarios en la oferta de servicios que en la actualidad existen dada la estructura fragmentada del sistema de salud actual; en segundo lugar, eficientará y hará más equitativa la distribución de los recursos entre la población (la OCDE menciona que alrededor del 20% de los recursos totales del gasto público en salud se destinan para cubrir el gasto administrativo del sector).

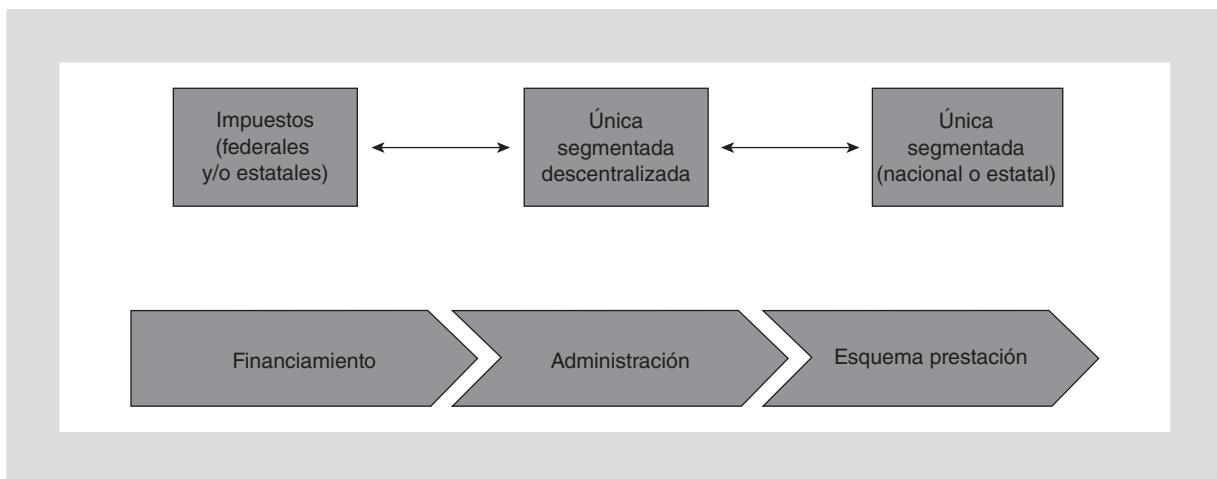
La instrumentación de una sola fuente de financiamiento y la creación de una única entidad administradora de los recursos permitirán eliminar el gasto administrativo excesivo que en la actualidad eroga cada una de las tres instituciones prestadoras de servicios de salud. Además, con la administración única

de los recursos del sistema, se eliminará la falta de coordinación que existe hoy en día entre estas instituciones, lo que permitirá optimizar los recursos del sistema y hacer su uso más eficiente. De igual forma, permitirá la instrumentación de mecanismos de compras consolidadas y mecanismos de subasta que, sin duda, generarán efectos positivos en la adquisición de insumos. Asimismo, la creación de planes sectoriales, por una parte, eliminará las duplicidades de cobertura de especialistas y de instalaciones que en la actualidad existen en el sistema, y por otra, asegurará la construcción de los hospitales y clínicas de salud en zonas o regiones en las cuales existe la demanda suficiente para justificar la construcción de nueva infraestructura hospitalaria.

Por otra parte, la fusión de la administración en una sola entidad permitirá eliminar las barreras de acceso y mejorar la distribución de los recursos de salud hacia la población. La adopción de una sola fuente de financiamiento coadyuvará a eliminar las inequidades del sistema actual, ya que se sustituirá la distribución inercial y los presupuestos históricos de los recursos por un mecanismo que favorezca la eficiencia, equidad y eficacia en el desempeño del sistema de salud, como podría ser la adopción de una distribución capitada nacional ajustada de acuerdo con las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población, donde se vincularía estrechamente las necesidades de salud con el gasto.

Finalmente, con la consolidación del financiamiento del gasto público en salud en el nuevo esquema, será necesario modificar la prestación de los servicios y hacerla más eficiente y competitiva. En el sistema actual, la población solamente puede atender sus necesidades de salud en los establecimientos de la institución a la que pertenece. Esta segmentación genera muchas ineficiencias, inequidades y distorsiones en la prestación de los servicios. Por ello, la instrumentación de un impuesto general eliminará las barreras de acceso en la prestación y permitirá que las personas, de manera limitada y controlada, puedan cambiar a su prestador de servicio, lo que impactará positivamente en la eficiencia y competencia del mercado.

La modificación que se propone es lograr la descentralización total de los servicios de salud hacia las entidades federativas. Se propone mantener la existencia de las tres instituciones prestadoras de servicios en cada una de las 32 entidades federativas y lograr que se genere competencia entre ellas en el mediano plazo. Como ya se explicó, los recursos serán asignados a la persona (pago capitado ajustado) y no



**Figura 4.** Propuesta integral de reforma para el SNS. Esquema de la distribución de las funciones dentro de la Propuesta integral de reforma para el Sistema Nacional de Salud, donde cada sección (financiamiento, administración y esquema de prestación) es dirigida por áreas únicas, evitando la segmentación.

a las instituciones. En un principio cada institución conservaría su población original, y al término de 5 años se podrá permitir que la población tenga la posibilidad de quedarse con su prestador original o bien seleccionar otro. Con este esquema de prestación, los gobiernos estatales responsables de las necesidades de salud de su población tendrían que asignar a los distintos prestadores los recursos en el mediano plazo según el número de usuarios atendidos o cubiertos. Este esquema de prestación generaría los incentivos necesarios para que los prestadores aumenten significativamente su productividad y eficiencia operativa. Cabe señalar que para lograr esto se necesitará que la prestación de los servicios de salud esté basada en procedimientos costo-efectivos y en resultados, y no en procedimientos basados en insumos. Además, con la separación de la prestación de los servicios de la administración, se podrá eficientar y maximizar el uso de los recursos del sistema al equilibrar de mejor forma la oferta y demanda de los servicios médicos (Fig. 4).

Una reforma integral del Sistema Nacional de Salud es inminente. Muchos expertos en el sector salud se han dedicado en los últimos años a decidir en qué debe consistir dicha reforma. En estos momentos es indudable la necesidad de eliminar la fragmentación del sistema en su parte administrativa, de fortalecer la prestación de los servicios de salud y de consolidar las distintas fuentes de financiamiento en una sola. Lo que debe ser debatido ahora –y que debe ser un punto clave en las propuestas de los candidatos a la presidencia de la República para el año 2012– no es la necesidad de una reforma integral del Sistema Nacional de Salud sino cómo llevarla a cabo.

## Bibliografía

1. Health expenditure and financing. En: *Health at a glance 2009. OECD indicators*, 2009. [Internet]. Available at: [www.oecd.org/dataoecd/55/2/44117530.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/55/2/44117530.pdf)
2. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. México: Diario Oficial de la Federación. 2003.
3. Arzoz J, Knaul FM. Inequidad en el gasto del gobierno en salud. *Caleidoscopio de la Salud*. México, D.F.: FUNSALUD. 2003.