

MONITOREO Y ANÁLISIS
DEL GASTO PÚBLICO

Serie SALUD

Gasto en Salud:

Propuestas para la Mesa
de Gasto de la Convención
Nacional Hacendaria

Briseida Lavielle, Rocío Moreno, Manuela Garza y Daniela Díaz

Serie SALUD

Gasto en Salud:

Propuestas para la Mesa
de Gasto de la Convención
Nacional Hacendaria

Briseida Lavielle, Rocío Moreno, Manuela Garza y Daniela Díaz

CONTENIDO

GASTO EN SALUD: Propuestas para la Mesa de Gasto de la Convención Nacional Hacendaria

Esta publicación se realizó en el marco del Proyecto de Presupuestos con Sentido Social gracias al apoyo de la Fundación Ford.

Autores: Briseida Lavielle, Rocío Moreno, Manuela Garza, Daniela Díaz

Diseño Gráfico: Deikon

©2004, Fundar Centro de Análisis e Investigación

Popotla 96 5; Tizapán San Angel; México D.F.

Impreso en México / Printed in Mexico

Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C. es una institución independiente, plural e interdisciplinaria dedicada al análisis de problemas relacionados con la democracia de México. La principal línea de trabajo de la organización es el análisis de presupuestos públicos.

RESUMEN EJECUTIVO 5

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO 9

 a) La descentralización de los servicios de salud 9

 b) Las fallas del esquema de descentralización 12

 c) Creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) 15

 d) Transparencia y Rendición de Cuentas 19

II. DESIGUALDAD DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE LA SALUD 25

III. DESIGUALDAD DEL DESARROLLO ENTRE LOS ESTADOS 34

IV. GASTO EN SALUD 42

 a) Fondo de Aportaciones para los Servicios de la Salud: Desigualdad añeja 44

 b) El Sistema de Protección Social en Salud SPSS: Desigualdad futura 49

V. EL CASO DE LA MORTALIDAD MATERNA 62

VI. CONCLUSIONES GENERALES 68

VII. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA Y PROPUESTAS DE SOLUCIÓN 70

 a) Problema 1: Deficiencia en infraestructura 70

 b) Problema 2: Bajos ingresos propios de los gobiernos estatales como limitantes para la realización de las aportaciones solidarias estatales 71

 c) Problema 3: Suspensión de la transferencia de los recursos federales 75

 d) Problema 4. Mortalidad materna 76

ILUSTRACIONES

GRÁFICA 1 .Tasa de mortalidad infantil 1960, 2002	25
GRÁFICA 2. Población abierta, 2002	26
TABLA 1. Estados de la República Mexicana por Nivel de Marginación, 2000	27
GRÁFICA 3. Médicos por 100,000 habitantes, 2001	27
GRÁFICA 4. Camas de hospital por 100,000 habitantes, 2001	28
GRÁFICA 5. Consultorios por 100,000 habitantes, 2001	29
GRÁFICA 6. Consultas médicas por 100,000 habitantes	30
TABLA 2. Consultas Externas en los Estados de Alta y Muy Alta Marginación	30
TABLA 3. Consultas Externas en los Estados de Baja y muy Baja Marginación	31
TABLA 4. Indicadores Socioeconómicos y de Salud, FUNSALUD 2000	32
GRÁFICA 7. Producto Interno Bruto per cápita por entidad federativa	35
GRÁFICA 8. Porcentaje de participación de los sectores industria manufacturera y agricultura y ganadería en el PIB estatal	36
GRÁFICA 9. Aportaciones y participaciones como porcentaje del ingreso estatal	38
GRÁFICA 10. Porcentaje de trabajadores por tipo de empleo por entidad federativa	39
GRÁFICA 11. Porcentaje de trabajadores que ganan menos de un salario mínimo	40
GRÁFICA 12. Gasto público total de los tres ámbitos de gobierno, 1993	42
GRÁFICA 13. Gasto público en países de América Latina	43
GRÁFICA 14. Gasto federal en salud, 2003	44
GRÁFICA 15. Gasto FASSA, 1998 - 2002	45
GRÁFICA 16. Distribución del FASSA entre los estados y per cápita, 1991	45
GRÁFICA 17. FASSA por gasto per cápita, 2002	46
FIGURA 1. Mapa médicos por 1000 habitantes, 1997, 2000	47
GRÁFICA 18. Gasto para infraestructura social básica del FASSA y obra pública de la SSA	48
GRÁFICA 19. FASSA-P y Aportación Solidaria Federal	54
GRÁFICA 20. FASSA-P 2004 y Aportación Solidaria Federal	55
GRÁFICA 21. Población abierta, 2001	57
GRÁFICA 22. Aportación solidaria estatal al SPSS e Ingresos estatales, 2003	58
GRÁFICA 23. Aportación solidaria estatal al SPSS	59
GRÁFICA 24. Proyección crecimiento de previsión presupuestal anual para infraestructura	60
GRÁFICA 25. Tasa de Mortalidad Materna 2002	63
ANEXO. Financiamiento y ejercicio de los recursos	78

RESUMEN EJECUTIVO

Este documento tiene como objetivo presentar un diagnóstico del gasto en salud en México señalando las causas estructurales y de política pública que han provocado que éste presente una serie de vacíos relacionados con la eficiente, eficaz y equitativa prestación de los servicios de salud. Con base en el diagnóstico se presentan una serie de propuestas encaminadas a corregir las deficiencias y a fortalecer los criterios a través de los cuales se diseñan las políticas de gasto en salud. El documento está dividido en siete secciones que abordan los siguientes temas:

La primera sección apunta algunas de las deficiencias del proceso de descentralización del sector salud entre las cuales prevalecen las siguientes:

- El inicio de la descentralización del sector salud parte de un grave y evidente contexto de inequidad;
- La insuficiencia de fuentes alternativas de ingresos a nivel estatal provoca que muchos no sean capaces de atender la creciente demanda de servicios de manera adecuada;
- La descentralización del gasto también se da en un contexto en donde la rendición de cuentas a nivel estatal es precaria. En la medida en que se ha ido descentralizando y otorgando facultades a los estados, el control de la correcta utilización de los recursos es cada vez más difícil.

En el segundo apartado se trata el tema de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud. Lo que se observa, a través de una serie de indicadores relacionados con los recursos y servicios de salud, es que los estados cuyos niveles de marginación son más altos, son aquellos cuyo acceso a los servicios en salud son más limitados. En estos estados marginados las personas tienen acceso mayoritariamente a servicios de salud de primer nivel a través de consultas externas que no tienen capacidad resolutive para padecimientos de mayor complicación y/o que requieren de un nivel de especialización más elevado.

La tercera sección de este documento alude a la desigualdad que prevalece entre los estados para generar mayores ingresos que les permitan contribuir a ofrecer mayores y mejores servicios de salud a la población. En este sentido, se subraya la enorme dependencia de recursos que, a pesar del proceso de descentralización, prevalece de los estados hacia la federación. Los datos que se presentan en este capítulo muestran las dificultades que enfrentan los estados de mayor marginación para generar mayores ingresos y, por lo tanto, su dependencia estructural hacia los recursos de la federación.

El cuarto apartado es uno de los más importantes, en tanto que apunta directamente al tema central del documento que es el gasto en salud. A pesar de que se puede observar un aumento en el gasto en salud, éste no es significativo si se analiza cada uno de sus componentes y se profundiza en sus criterios de asignación y funcionamiento. Dentro de este capítulo, se desarrollan los temas siguientes: el tema de la distribución del gasto en salud entre la federación y las entidades federativas; la estructura y comportamiento del gasto descentralizado a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud y sus deficiencias para atender las necesidades en la medida que su distribución ha sido inversa a las necesidades de los estados reproduciendo así el contexto de desigualdad; la inversión en infraestructura y obra pública en salud; y finalmente el esquema del Sistema de Protección Social en Salud SPSS y su financiamiento.

La sección quinta se refiere al caso del presupuesto para combatir la mortalidad materna como un ejemplo de las deficiencias que existen en términos del gasto en salud, así como del contexto prevaleciente de desigualdad de acceso a los servicios de salud. Pese a los avances registrados a la fecha, las tasas de muerte materna se han mantenido sin variaciones durante la década de los años noventa y siguen existiendo brechas significativas en el número de muertes entre países desarrollados y subdesarrollados. Tal realidad demuestra que las políticas

ejecutadas hasta la fecha no han sido del todo exitosas.

Finalmente, a partir de las conclusiones generales de cada uno de los apartados, presentadas en la sexta sección del documento, en la última sección se plantean las propuestas que a continuación se resumen.

PROBLEMA 1. DEFICIENCIA EN INFRAESTRUCTURA

Los recursos dedicados a la expansión y mantenimiento de la infraestructura han mostrado una tendencia decreciente a lo largo de los últimos años. Actualmente existe una gran disparidad en los estados respecto a la disponibilidad de infraestructura, acusadamente los estados con niveles de marginación muy alto y alto son los más rezagados.

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

Creación de un fondo con recursos federales que complemente la provisión anual para infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en las jurisdicciones sanitarias de mayor marginalidad social, y de alta especialidad en los estados que no cuenten con ella, de acuerdo al plan maestro que para tal efecto elabore la Secretaría de Salud. El Fondo deberá ser suficiente para que anualmente se dispongan de provisiones presupuestarias de manera tal que, en un plazo no mayor de diez años se haya resuelto la deficiencia en infraestructura.

Procedimiento	Ventaja
Adición de artículo 77 Bis 20 a la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.	Acabar con el rezago de infraestructura en un plazo de diez años.

PROBLEMA 2. BAJOS INGRESOS PROPIOS DE LOS ESTADOS COMO LIMITANTES PARA LA REALIZACIÓN DE LAS APORTACIONES SOLIDARIAS ESTATALES.

Para evitar que las entidades federativas que no tienen capacidad suficiente para generar ingresos propios y por ende incumplan con la responsabilidad de realizar la aportación solidaria estatal afectando, con ello, el servicio de salud se propone:

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

Complementar la aportación solidaria estatal con recursos federales cuando ésta represente un elevado porcentaje de los ingresos propios de la entidad. El porcentaje deberá ser discutido ampliamente por los responsables de Salud y Finanzas de las entidades, académicos, organizaciones de la sociedad civil y por los miembros del Congreso de la Unión, a propuesta de la Secretaría de Salud en un plazo no mayor a noventa días a partir de la fecha de publicación del decreto correspondiente.

Procedimiento	Ventaja
Adición al artículo 77 bis 13, con la fracción III, de Ley General de Salud. Reforma al artículo 84 del Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Protección social en Salud.	Se garantiza el subsidio a las entidades con insuficientes recursos propios.

PROBLEMA 3. SUSPENSIÓN DE LA TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS FEDERALES

La medida de suspender la transferencia de los recursos federales a las entidades federativas hacia los gobiernos de los estados afectaría la prestación de los servicios así como los derechos laborales del personal de salud. Esta disposición va en contra del derecho a la salud.

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

Eliminar la medida establecida en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

Procedimiento	Ventaja
Reforma al artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. Modificación del segundo párrafo del artículo 77 Bis 12 de la Ley.	Se garantiza la continuidad del servicio de salud.

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO

El esquema de descentralización de los servicios de salud, que se ha venido instrumentando en México a lo largo de los últimos cuatro sexenios, presenta serias limitantes, que restringen el éxito en la prestación de servicios de salud en el país. Entre estas limitantes, destacan tres:

- (1) El proceso descentralizador se ha llevado a cabo sin resolver los problemas estructurales del sector salud;
- (2) Al negociarse en bloque, las funciones y responsabilidades se han descentralizado al margen del contexto de cada uno de los estados que componen el sistema federal, reproduciendo así la desigualdad entre éstos
- (3) Finalmente, la descentralización de las responsabilidades de gasto del gobierno federal hacia los estados se ha llevado a cabo sin haber modificado los mecanismos de generación de ingresos, es decir una descentralización fiscal. Esto ha provocado la alta dependencia de las transferencias de recursos federales para poder cumplir con las responsabilidades de salud. A lo cual se adiciona el hecho de que los recursos se han distribuido de manera desigual entre las entidades federativas, agudizando las desigualdades regionales y locales.

A) LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La descentralización del sector salud en México comenzó a definirse durante el periodo presidencial de Miguel de la Madrid (1982-1988), cuando se elevó a rango constitucional el derecho a la protección de la salud y se estableció la concurrencia del gobierno federal y los

gobiernos estatales en materia de salubridad general (en 1983). El proceso se puso en marcha poco después de las reformas que establecieron el Sistema Nacional de Planeación otorgando a las dependencias del gobierno Federal el rol de coordinación de la política sectorial. En el *Plan Nacional de Desarrollo* de la administración de Miguel de la Madrid, se estableció la descentralización de los servicios de salud de primero y segundo nivel dirigidos a la población abierta (Cardozo en Cabrero, 1998 p.194) y con la promulgación de la Ley General de Salud, en 1984, se distribuyeron las competencias entre la federación y los estados. La operación de este nuevo esquema se instrumentaría con base en el Plan Nacional de Salud 1984-1988 y la Ley General de Salud (Lavielle, Lara y Díaz, 2001, p.8).

En esta primera etapa, ubicada en la década de los ochenta, la descentralización de los servicios de salud involucró únicamente a catorce entidades federativas mediante la firma de acuerdos de coordinación que, de acuerdo a lo establecido por el artículo 13 de la Ley General de Salud, tendrían la facultad de proveer los servicios de salud a la población abierta. Por su parte, el ejecutivo federal, a través de la Secretaría de Salud, se reservó las funciones normativas y de regulación con lo cual siguió siendo responsable de definir la política de salud nacional, certificar a los profesionales de la salud y consolidar la información estadística (Moreno, 2001, p.3).

En esta década, la descentralización de la salud no involucró la transferencia de las responsabilidades del gasto a los estados, sino que los servicios de salud a la población abierta se financiaban por medio de los recursos provenientes de fondos manejados por la Secretaría de Salud y a través de aportaciones estatales y cuotas de recuperación. La Secretaría de Salud federal mantuvo las facultades de programación, presupuestación y ejercicio del gasto, así como la atribución de control y evaluación (Moreno, 2001, p.8). Se estima que la proporción de financiamiento proveniente de los estados durante la descentralización de los ochenta fue aproximadamente de 20 por ciento con respecto al financiamiento total, y que esto representó su único margen de autonomía con respecto a la federación (Moreno, 2001, p. 8 y Cardozo, 1998 p. 206).

El primer periodo del proceso de descentralización de los servicios de salud fue limitado por tres razones: la primera es que involucró sólo a catorce de treinta y dos entidades federativas (incluyendo al DF), por lo cual, el resto continuó operando bajo un esquema centralizado. La segunda es que no implicó la descentralización de las facultades presupuestarias. La tercera, que no acercó el diseño de la política pública en materia de

salud a las necesidades estatales. Todo esto significa que el modelo no cumplió con uno de los preceptos más importantes del federalismo: el fortalecimiento del vínculo con lo local y la formulación de las estrategias con base en las necesidades.

A mediados de la década de los noventa, durante la administración del presidente Ernesto Zedillo, se puso en marcha el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, con el propósito de “acercar la toma de decisiones y los presupuestos de los servicios de salud a los lugares en que éstos se prestan, en particular a favor de los grupos que más lo necesitan.”¹ El programa sostenía como objetivo central ampliar y profundizar del proceso de descentralización de los servicios de salud a la población abierta. Esta descentralización se materializó en el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, firmado en 1996 por el gobierno federal, los gobiernos estatales y el Sindicato de Trabajadores de la Secretaría de Salud. El acuerdo incorporó a todos los gobiernos estatales al esquema de descentralización, con base en el Programa de Reforma sectorial que promovía una distribución más racional del gasto federal en salud, tomando en consideración indicadores de mortalidad y marginación y equilibrando el gasto per cápita en la materia. Se buscaba una mayor eficiencia con equidad.² El Acuerdo Nacional, firmado por las entidades federativas, establecía una serie de principios, de entre los cuales destacan³:

- Los estados manejarían y operarían directamente
 - A) los servicios de salud en el ámbito de su competencia, y
 - B) los recursos financieros, con la posibilidad de distribuirlos de forma acorde con las necesidades de los servicios y con las prioridades locales.
- Los estados participarían efectivamente en el diseño e instrumentación de la Política Nacional de Salud.
- El fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud se habría de basar en la consolidación de los sistemas estatales.
- Las estructuras administrativas que operaban los servicios federales de salud se integrarían paulatinamente al ámbito estatal⁴.

A diferencia del esquema de descentralización de los ochenta, a través del Acuerdo Nacional

¹ Discurso pronunciado por Ernesto Zedillo en Los Pinos el día 20 de agosto de 1996 durante la ceremonia en la que atestiguó la firma de acuerdos y convenios para la descentralización de los servicios de salud.

² Antecedente 3 del Acuerdo de Coordinación que celebra el Ejecutivo del Estado de Veracruz para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud de la Entidad.

para la Descentralización de los Servicios de Salud, se transferían a las entidades federativas los recursos federales, así como cierto margen de responsabilidad en la coordinación y operación directa de los servicios de salud.

El 29 de diciembre de 1997 se publicó en el DOF la adición del capítulo V para normar las transferencias de la federación a los estados de los Fondos de Aportaciones en la Ley de Coordinación Fiscal, Ramo 33, entre los que se encuentra el Fondo de Aportaciones para los Servicios de la Salud (FASSA). En el FASSA, se incluían los recursos hasta entonces administrados por la Secretaría de Salud, que ahora se destinarían a apoyar el ejercicio de las atribuciones que los estados asumieron con la firma del Acuerdo Nacional, y se sumaban a los Convenios de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud.

Con la creación del FASSA, los estados obtienen mayor independencia de la federación para ejercer el presupuesto descentralizado en salud. La rendición de cuentas sobre el uso de los recursos se realiza a través de la cuenta pública y la fiscalización corresponde ahora a los congresos locales. Volveremos más adelante sobre este tema.

B) LAS FALLAS DEL ESQUEMA DE DESCENTRALIZACIÓN

A diez años de iniciado el proceso de descentralización del Sistema de Salud, los resultados han sido inversos a los esperados. Especialistas en el tema coinciden en que el proceso de descentralización de la salud ha derivado en una profundización de la desigualdad; no ha resarcido la ineficiencia en la prestación de los servicios; ha generado confusión con respecto a las atribuciones de los distintos niveles de gobierno; no ha logrado combatir la dependencia de los estados hacia la federación y ha creado mayores vacíos en términos de rendición de cuentas.

Una de las principales causas de las ineficiencias antes mencionadas es que la descentralización del sector salud parte de un grave y evidente contexto de inequidad. Al momento de descentralizar, el modelo implementado en los noventa únicamente tomó en

³ Además de estos principios, en el Acuerdo se enumeran cuatro estrategias primordiales: la descentralización a las entidades federativas de los servicios de salud para la población abierta; la configuración de Sistemas Estatales de Salud; la ampliación de la cobertura a través de un paquete básico de salud; mejorar la calidad y eficacia de las instituciones por medio de la coordinación sectorial (Moreno, 2001).

⁴ Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.

cuenta la infraestructura y la plantilla de personal existente en cada estado, pasando por alto si ésta era suficiente y/o si operaba de manera efectiva. Aún más grave, quienes llevan a cabo este proceso no se basaron en un diagnóstico situacional y de necesidades de cada estado; esto es no se basan en los perfiles epidemiológicos, el esparcimiento geográfico y la densidad de población y sus proyecciones futuras (es decir, la demanda de servicios a futuro), la composición cultural (en el caso de estados con una población indígena importante) y tasas de mortalidad, entre otras cosas⁵. En consecuencia, la descentralización de la salud validó “las distorsiones e inequidades acumuladas a lo largo de la historia” (Huerta, 2003, p.9).

Así lo evidencia el capítulo V artículo 30 de la Ley de Coordinación Fiscal, que establece que los criterios de asignación del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) se basan en:

1. *“El inventario de infraestructura médica y las plantillas de personal, utilizados para los cálculos de los recursos presupuestarios transferidos a las entidades federativas...;”*
2. *los recursos que con cargo a las Previsiones para Servicios Personales contenidas al efecto en el Presupuesto de Egresos de la Federación que se hayan transferido a las entidades federativas durante el ejercicio fiscal inmediato anterior a aquel que se presupueste, para cubrir el gasto en servicios personales...;*
3. *los recursos que la Federación haya transferido a las entidades federativas durante el ejercicio fiscal inmediato anterior a aquel que se presupueste, para cubrir el gasto de operación e inversión, excluyendo los gastos eventuales de inversión en infraestructura y equipamiento que la Federación y las entidades correspondientes convengan;*
4. *otros recursos que, en su caso, se destinen expresamente en el Presupuesto de Egresos de la Federación a fin de promover la equidad en los servicios de salud, mismos que serán distribuidos conforme a lo dispuesto en el artículo siguiente”.*

La Ley de Coordinación Fiscal basa la distribución del FASSA de manera prioritaria en la infraestructura y la plantilla de personal existente, así como en los recursos asignados en el año fiscal anterior. El criterio de equidad queda condicionado a la aprobación de recursos⁶. De este modo, como lo muestran varios estudios sobre el gasto descentralizado en salud, la

⁵ La variabilidad de los perfiles epidemiológicos de cada estado es una muestra de las diferencias en los niveles de desarrollo y de la heterogeneidad de las necesidades en términos de salud pública; hay estados en donde hay enfermedades que en otros no existen o en donde los índices son sustancialmente diferentes, como lo es el caso de la muerte materna. La localización geográfica y la dispersión de la población es otro elemento sustancial ya que mientras hay estados en donde la población se concentra en pocos municipios bien comunicados hay otros, como Oaxaca y Chiapas, en donde la población se encuentra sumamente aislada, y en donde el acceso a los servicios básicos de salud está muy condicionado.

distribución del FASSA se mueve a la inversa de las necesidades de los estados (Huerta, 2003). Si la base es lo que ya existe, independientemente de si es suficiente, entonces lo que se está haciendo es reproducir al infinito la desigualdad y la ineficacia de los servicios de salud. Las consecuencias, en términos sociales, resultan obvias, particularmente para las poblaciones más vulnerables como son las personas marginadas, los indígenas, las mujeres y los niños.

La razón de ello es que no se han asignado recursos *"a fin de promover la equidad en los servicios de salud"* como establece el artículo 30 de la Ley de Coordinación Fiscal. De acuerdo con el Informe del Resultado de la Revisión y Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2001 de la Auditoría Superior de la Federación (ASF), no se otorgaron recursos bajo el criterio de equidad. La Auditoría realizó para este ejercicio fiscal 7 observaciones generales y 7 recomendaciones al FASSA que apuntan a una disminución en la asignación de los recursos. Las observaciones más relevantes de la ASF en términos generales fueron:⁷

- El gobierno debería dar a conocer las causas por las cuales no se otorgaron recursos al sector salud de 2001, relativos al concepto de "equidad de los servicios de salud", según el apartado IV del artículo 30 de la LCF;
- Aclarar la metodología para determinar la asignación de los recursos FASSA correspondientes a gastos de operación e inversión;
- Aclarar e informar sobre las causas de las disminuciones de la asignación de los recursos del FASSA en el ejercicio 2001 ante el reto del incremento en la demanda en los servicios de salud; y que se informe de estos resultados a la ASF.

La Secretaría de Salud (SSA), por su parte, debía informar sobre:

- El avance en la aplicación de la nueva fórmula de equidad de los servicios de salud, así como la modificación del marco jurídico-normativo;
- Las medidas concretas que se han tomado respecto de los sistemas que están desarrollando para el registro, control y evaluación de estos recursos y del avance en los acuerdos sobre esta materia con las entidades federativas;

⁶ El artículo 31 de la Ley de Coordinación Fiscal dice: *Para la distribución de los recursos a que se refiere la fracción iv del artículo anterior, se aplicará la siguiente fórmula de asignación de recursos, donde \sum representa la sumatoria correspondiente a las entidades federativas y el subíndice i se refiere a la i -ésima entidad federativa: $\sum Fi = \sum (M^* Ti)$ y en donde $Ti = Di/DM$. Esto último incluye la población abierta, presupuesto mínimo per capita aceptado, razón estandarizada de mortalidad de la i -ésima entidad federativa, índice estandarizado de marginación de la i -ésima entidad federativa y el gasto total federal que para población abierta se ejerza en las entidades federativas sin incluir el ejercicio fiscal correspondiente. (Ley de Coordinación Fiscal, Capítulo V. art. 31)*

⁷ Informe de la Auditoría Superior de la Federación 2001, Síntesis de Acciones Promovidas.

- Las razones por las cuales no se notifica a los estados, cuando se realizan convenios y acuerdos con el Sindicato Nacional.

La explicación de la Secretaría de Salud fue que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) no ministra los recursos dirigidos a aplicar el criterio de equidad estipulado en el artículo 30 de la LCF; la auditoría prevé que "en tanto estos recursos no se ministren, el rezago de dichos servicios se incrementará." Uno de los señalamientos más significativos gira en torno a un estancamiento en la autorización a la modificación de la fórmula del FASSA para que ésta se base más en la equidad, modificación que, por cierto, es referida en el Programa Nacional de Salud 2001-2006.

En síntesis, la asignación presupuestaria ha sido inercial e inequitativa y la insensibilidad de la Secretaría de Hacienda para ministrar recursos, y para promover la equidad ha perpetuado las desigualdades ancestrales entre los estados en infraestructura médica.

La descentralización en México responde a políticas que son ciegas a la heterogeneidad social y económica prevaleciente. La descentralización del sector salud hacia los estados no es más que una transferencia de responsabilidades del centro al nivel local, transferencia que no corresponde con la capacidad real para su cumplimiento y ejecución. La insuficiencia de fuentes alternativas de ingresos a nivel estatal provoca que muchos no sean capaces de atender la creciente demanda de servicios de manera adecuada, con lo cual se provoca que, al ser necesario aportar mayores recursos a un rubro, se desprovea de recursos a otros rubros (Huerta, 2003 p.17). En este contexto, se establecen nuevas reformas al esquema de financiamiento del Sector, que lejos de resolver los problemas o los agravan o los replican. A continuación analizamos esta tercera etapa de reformas al sector. En el capítulo segundo, analizaremos las diferencias estructurales entre los estados, con el fin de dimensionar hasta qué punto afectan la eficiente, eficaz y equitativa prestación de los servicios de salud.

C) CREACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD (SPSS)

En noviembre de 2002, la administración del presidente Vicente Fox introdujo una nueva propuesta de reforma. El objetivo fundamental de la reforma a la Ley General de Salud era transformar la estructura financiera del sector salud, y aunque se propuso como una modificación del esquema de financiamiento, en realidad, implica una profundización de

las características del modelo de descentralización en el país. Introducida en el Senado y deliberada, la reforma se aprobó y publicó en mayo de 2003.

Con la reforma se fortalece la idea previamente establecida con el Programa de Seguro Popular de Salud (que era sólo un *programa*). Se crea un Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que, entre otros aspectos, propone un esquema de seguro prototípico.

De acuerdo con las autoridades, el Sistema de Protección Social en Salud "se constituye bajo los valores de inclusión social, igualdad de oportunidades, justicia financiera, corresponsabilidad y autonomía de las personas y de acuerdo con los principios de universalidad, solidaridad financiera, subsidiariedad, presupuestación democrática y rendición de cuentas."⁸ Uno de los principios fundamentales de la propuesta (que los individuos aporten de acuerdo con su capacidad de pago) fue modificado en el Senado a fin de establecer que habrá un sector de la población, el más marginado, que no aporte recursos⁹.

¿Cómo opera el nuevo sistema? Con la finalidad de *alinear* la inversión en salud, el Gobierno Federal se compromete anualmente con una "cuota social" por cada familia beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud. Asimismo, las reformas a la ley prevén que las entidades federativas realicen una "aportación solidaria". Con la reforma, se constituyen dos nuevos fondos de aportaciones, uno vinculado con los servicios de salud a la persona y otro con los servicios de salud a la comunidad, con reglas diferenciadas. Las entidades federativas recibirían los recursos correspondientes a la prestación de servicios de salud a la persona y a la prestación de servicios de salud a la comunidad de manera independiente y bajo una lógica de asignación de recursos que toma en cuenta la diferente naturaleza de cada uno de estos servicios.

A partir de que los estados firman convenio con la federación, el *monto total* de los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud del Ramo 33, creado con la reforma de 1997-1998, se destinan al pago de los dos rubros de servicios de salud previstos con la Reforma. El FASSA deja de existir como tal. Si bien, en teoría, los estados cuentan con mayor discrecionalidad para prever, planear y asignar el gasto correspondiente, en realidad el gasto sigue asociado directamente a los servicios que el estado debe proveer de manera inmediata y suficiente. A pesar de la encomiable intención, los criterios de asignación a nivel estatal *reproducen*, no contrarrestan, la desigualdad, como será explicado más adelante.

El nuevo esquema se propone integrar al sistema de salud a 45 millones de mexicanos gradualmente. Es claro que hoy no se cuenta ni con los recursos ni con la infraestructura necesaria, y también es evidente que la reforma no establece las condiciones necesarias— indispensables— en ese ámbito para garantizar condiciones de equidad en el acceso a los servicios.

En general, la reforma sigue los parámetros establecidos por las reformas a los sistemas de salud pública en el mundo desde principios de los ochenta, que insisten en la eficiencia e importancia de los esquemas de financiamiento que involucran de alguna manera a los beneficiarios de la provisión de los servicios de salud. Una de las tendencias de los procesos de reforma a nivel global es que **no se establecen criterios de equidad para garantizar que las reformas sean efectivas.**

En teoría, las reformas tienen distintos objetivos: mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud, garantizar la sustentabilidad y la calidad en la provisión de los servicios y mejorar también las condiciones de equidad del sistema de salud pública, es decir, establecer mecanismos a fin de garantizar que se brinden servicios a los grupos de población marginados del sistema. El objetivo no es la eficiencia, sino promover que los servicios se provean de manera eficiente al mayor número de personas posible.

Lejos de este planteamiento ideal, en México la reforma se promovió con tres fines solamente: promover la inversión pública, ordenar las asignaciones y corregir los desequilibrios presupuestales existentes¹⁰. Posteriormente, se agregaron otros objetivos, particularmente establecer la corresponsabilidad entre órdenes de gobierno y con la ciudadanía¹¹.

De acuerdo con un documento de investigación de la Organización Mundial de la Salud, de 13,000 estudios relacionados con la reforma al sector en el mundo entre 1990 y 2002 sólo unos 200 (menos del 2 por ciento) establecían previsiones en materia de equidad¹². Éste es un requisito indispensable para promover la mejoría en la calidad del servicio a nivel global y para cumplir con los objetivos de subsidiariedad y justicia social del sistema de salud, pero ha sido consistentemente marginado.

⁸ Conforme lo establece comunicado de prensa 031 de la Secretaría de Salud, 19 de febrero 2003

⁹ Conforme lo establece el dictamen aprobado en el Senado, 23 de Abril de 2003.

¹⁰ Conforme lo establece comunicado de prensa 031 de la Secretaría de Salud, 19 de febrero 2003

¹¹ Conforme lo establece comunicado de prensa 102 de la Secretaría de Salud, fechado el 13 de mayo de 2003, cuando el Presidente Firmó el Decreto que reforma la Ley

Por ello es importante destacar que la propuesta de reforma al sector salud solamente incorpora criterios cuestionables de equidad en lo individual (al establecer una escala de aportaciones), y esto por las importantes modificaciones en el Senado. Pero éste no es ni el único ni el más importante criterio de equidad. En contraste con la retórica, la reforma omite completamente criterios de subsidiariedad, incluso consideraciones elementales de vinculación y estructura organizacional.

De acuerdo con las tendencias de los procesos de reforma a los sistemas de salud, uno de los retos más importantes de la descentralización y devolución de facultades a las entidades y municipios es la necesidad de a) contar con, promover y/o mantener una sólida y eficiente estructura de organización a fin de poder vincular efectivamente los distintos ordenes al federal, y de b) aumentar la capacidad técnica y ejecutiva en todos los niveles del sistema¹³. Sin estas previsiones, y sin establecer en la ley y en la estructura organizacional del gobierno los cambios necesarios para garantizar esta vinculación, la reforma no sólo se desvía de los parámetros internacionales sino que implica un retroceso importante que puede ser peligroso en el mediano plazo.

Los resultados de estudios recientes¹⁴ sugieren que las reformas tienen un limitado margen de éxito. Aunado a esto la reforma aprobada en 2003 carece de previsión y reglamentación clara. En este contexto, presentamos las propuestas que se detallan en el último capítulo.

D) TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS

Un elemento importante a destacar es el tema de la transparencia y la rendición de cuentas dentro del contexto de la descentralización. El esquema de los noventa transformó, por lo menos en términos normativos, el esquema de distribución de competencias en los servicios de salud. Sin embargo, y como consecuencia del contexto en que se descentraliza el gasto en salud, las atribuciones de la federación, estados y municipios son, en algunos momentos,

¹² Ver Erik Blas y Norman Hearst (eds): (2002) Health Sector Reform and Equity – Learning from Evidence? Health Policy and Planning (Vol 17, Supp 1.)

¹³ Drache Sullivan Health Reform: Public Success, Private Failure (Londres: Routledge, 1999) ver también A. Langer, G. Nigenda y J. Catino Health Sector Reform and Reproductive Health in Latin America and the Caribbean: Strengthening the Links en Bulletin of the WHO Vol. 78 No. 5, 2000

¹⁴ Ibid.

ambiguas¹⁵.

Las atribuciones de los distintos órdenes de gobierno se enumeran en el artículo 13 de la Ley General de Salud, sin embargo no define una línea divisoria clara entre las facultades exclusivas de la federación y las exclusivas de los estados (Martínez, 1996, p.49). Las competencias y facultades en los servicios de salud son de cinco distintos tipos: existen facultades exclusivas de la federación que no incorporan en forma alguna la participación de los niveles locales; hay otro grupo de facultades coordinadas entre estados y federación y que se refieren en gran medida a la operación de los servicios; en las facultades de los estados puede haber participación “temporal” por parte de la federación y de los municipios; las facultades exclusivas de los estados que se encuentran plasmadas en las leyes estatales de salud y que regulan la concurrencia de facultades entre estados y municipios; el quinto grupo y último de facultades son las concurrentes entre estados y federación y que son aquellas que pueden ejercerse por separado (Martínez, 1996, p.49).

El real cumplimiento de estas atribuciones está condicionado por la alta dependencia de los estados a los recursos provenientes de la federación. La autonomía de los estados y de los municipios depende en gran medida de la infraestructura con la que cuentan, así como de los recursos adicionales provenientes de sus haciendas locales. La ambigüedad en términos de competencia que produce el hecho de que existan facultades concurrentes y coordinadas provoca que todos o nadie se haga responsable de la eficiente prestación de los servicios.

En el caso de México, la descentralización del gasto también se da en un contexto en donde la rendición de cuentas a nivel estatal es precaria. La realidad es que en la medida en que se ha ido descentralizando y otorgando facultades a los estados, el control de la correcta utilización de los recursos es cada vez más difícil. La asignación de recursos en bolsas grandes de dinero provoca que los montos no se registren en el Presupuesto de Egresos de la Federación y que, por lo tanto, no sean fiscalizables a través de la Cuenta Pública correspondiente. Éste es el caso particular de los recursos del ramo 33 que se refieren al gasto descentralizado, particularmente

¹⁵ Para revisar las atribuciones de cada orden de gobierno en términos de salud pública ver Anexo pag. 78-79

en el caso del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA).

La preocupación por mejorar los esquemas de rendición de cuentas, en el contexto de la descentralización, ha sido expresada por el Poder Legislativo a través de los Decretos de Presupuesto de Egresos de la Federación. En el caso del Decreto 2002, el Título Segundo, Capítulo I, artículo 7, se establece que para mejorar el sistema de rendición de cuentas de los estados con respecto a los fondos del ramo 33, la Cámara de Diputados a través de la Auditoría Superior de la Federación deberá¹⁶:

- *Acordar con los respectivos órganos técnicos de vigilancia de las legislaturas locales, medidas para que la comprobación de los recursos del Ramo General 33 se realice en los términos de las disposiciones presupuestarias federales, previendo el establecimiento por parte de las entidades federativas de una cuenta específica por cada fondo que identifique los recursos públicos federales;*
- *Impulsar acciones que permitan fiscalizar el ejercicio de dichos recursos, sin que ello implique limitaciones o restricciones en la administración y ejercicio de los mismos.*

El artículo 7, a pesar de que expresa un interés por la fiscalización de los recursos descentralizados, en realidad no deja claro cuáles serán estos nuevos mecanismos que permitan fiscalizar el ejercicio de los recursos de manera eficiente y eficaz por parte de las entidades federativas.

Sin embargo, se debe reconocer un avance en esta materia dentro del Decreto de Presupuesto 2003. La inquietud por fiscalizar estos recursos se plasma en el artículo 9° del Capítulo I, en el cual se especifican los acuerdos que la Auditoría Superior de la Federación deberá tener con los órganos técnicos estatales. Dichos acuerdos se dividen en cuatro apartados, adicionando dos más a los de 2002¹⁷:

1. A los acuerdos de coordinación y colaboración entre los órganos técnicos y la Auditoría Superior de la Federación para la fiscalización del ejercicio de los recursos federales;
2. La apertura de las cuentas separadas por fondo para identificar los recursos públicos

conferidos a cada uno;

3. *La aplicación, conforme a las reglas de la Auditoría Superior de la Federación, de los recursos previstos en el Programa para la Fiscalización del Gasto Federalizado, que se destinarán a los órganos técnicos de fiscalización de las legislaturas locales, para la fiscalización del ejercicio de los recursos públicos federales. Los órganos técnicos de fiscalización locales deberán destinar por lo menos el 50 por ciento de los recursos que reciban, para la fiscalización de los recursos correspondientes a los fondos de aportaciones para la Infraestructura Social Municipal, y para el Fortalecimiento de Municipios y Demarcaciones Territoriales del Distrito Federal;*
4. *Las erogaciones del Programa para la Fiscalización del Gasto Federalizado se distribuirán a las entidades con cargo en el Presupuesto de la ASF, en proporción directa a los recursos que cada entidad federativa reciba por conceptos de los ramos 33 y 39¹⁸.*

Lo más significativo de este artículo es que se crea un nuevo programa cuyo objetivo es el de asignar recursos para mejorar la capacidad de fiscalización de los órganos locales; esto sienta un precedente importante en tanto que hay un esfuerzo por dotar, presupuestariamente, de mayores capacidades y asistencia a los estados en términos de sus sistemas de rendición de cuentas. Esto es sumamente importante, dado que si no se puede monitorear el gasto a través del PEF y la CP a nivel federal, la ASF, podrá tener acceso a la contabilidad de los estados en cuanto al ejercicio de estos fondos descentralizados. Sin embargo, hay que tomar en cuenta lo siguiente:

1. No hay, a nivel estatal, indicadores claros que evalúen el desempeño del gasto en las políticas de salud y en otros rubros fuera del ramo 33. (CIDAC, abril 2004); además de que los montos presupuestarios que las entidades invierten en la rendición de cuentas son sumamente heterogéneos y dependen en gran medida de la voluntad política.
2. Así mismo, el hecho de que exista un mecanismo de rendición de cuentas del ramo 33 para con la ASF, no implica que se pueda saber el destino del gasto en todos los programas incluidos dentro de los fondos descentralizados, en la medida en que éstos han desaparecido de las categorías programáticas del PEF. Se puede saber qué cantidad

¹⁶ Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2002 Publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 1 de enero de 2002.

¹⁷ Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2003 Publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 1 de enero de 2003.

¹⁸ Cabe señalar lo siguiente: Esta fiscalización no va en perjuicio de que la ASF ejerza directamente las atribuciones que le confiere la Ley de Fiscalización Superior de la Federación, una de las cuales es la fiscalización de todo el gasto público, incluidos los fondos descentralizados.

de recursos se da al FASSA, más no cuánto del FASSA se destina a ciertos programas, por lo cual aún a pesar del esfuerzo, siguen existiendo vacíos en cuanto a la rendición de cuentas de estos fondos;

3. El artículo 9 establece que los recursos que el Programa para la Fiscalización del Gasto Federalizado otorgará a las legislaturas estatales serán proporcionales a los montos asignados en el ramo 33 y el ramo 29. Esto puede resultar en el fortalecimiento inequitativo de las capacidades de fiscalización en tanto que los montos que los estados reciben no son los mismos. Por lo tanto, si el estado A recibe sustancialmente menos fondos del ramo 33 y del ramo 29 que el estado B, recibirá también menores recursos para fortalecer su rendición de cuentas;
4. Un elemento importante es que no hay información disponible en cuanto a los montos asignados en el PEF 2003 para el *Programa para Fiscalización del Gasto Federalizado*; sin embargo, el dinero no es monitoreable, puesto que se presenta de manera agregada dentro del presupuesto total de la Auditoría Superior de la Federación. Esto implica que es un mecanismo, hasta este momento, poco transparente.

En el Decreto de Presupuesto 2004, se repite el mismo esquema en el artículo 11 reforzando, para el presente ejercicio fiscal el mecanismo de rendición de cuentas a través del Programa para la Fiscalización del Gasto Federalizado. Sin embargo, resulta interesante que para este año, en el Proyecto de Presupuesto de la Federación 2004, de acuerdo a las recomendaciones y observaciones del Auditor Superior de la Federación, se sugiere un monto específico y etiquetado para el Programa para la Fiscalización del Gasto Federalizado, el cual provendría de los 1,051.9 millones de pesos que se pedían para la ASF. Empero, el proyecto presentado por la ASF se diluye en la Cámara de Diputados al interior de la Junta de Coordinación Política. Al pasar al Pleno, el monto total del presupuesto para la ASF se reduce a 613 millones de pesos. Finalmente, a pesar de que en el Proyecto de Presupuesto 2004 aparecía un monto etiquetado y desglosado para este programa de fortalecimiento a los órganos de fiscalización estatales, el PEF aprobado lo elimina. El artículo 11 estipula la existencia de este fondo, y del programa mencionado, cuyo desglose se supone se integraba en el Anexo 8 del Decreto, mismo que no forma parte del documento final. Por lo tanto, este año parece que el dinero para este programa no solo no está etiquetado, simplemente no existe presupuesto para la transparencia y la rendición de cuentas estatal.

Dentro del nuevo esquema de la descentralización de la salud a través del Seguro Popular,

el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social establece algunas disposiciones en materia de transparencia y rendición de cuentas que vale la pena resaltar. Los elementos relacionados con esta materia se encuentran contenidos dentro del Capítulo VII, artículos 77 Bis 31, y 32 de la Ley General de Salud y a grandes rasgos estipulan que:

- Art. 77 Bis 31: El Sistema de Protección Social en Salud, la Federación y los estados, a través de los servicios estatales de salud, dispondrán de todo lo necesario para operar de acuerdo a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información. Esto es:
 - Difundirán *toda la información que tengan disponible* en materia de universo, cobertura, servicios ofrecidos y manejo financiero del Sistema de Protección Social en Salud.
 - Los regímenes estatales de protección social en salud recibirán y evaluarán las propuestas que los beneficiarios formulen con respecto a los recursos que aportan a través de sus cuotas; en este sentido se obliga a que los regímenes estatales hagan pública la información sobre los recursos a los usuarios del servicio para que éstos tengan conocimiento del uso de los mismos;
 - La SSA tiene la obligación de presentar un informe semestral al Congreso de la Unión informando de las acciones que se hayan realizado con respecto a lo que este artículo estipula.
- Art. 77 Bis 32: Este artículo señala quiénes están facultados para controlar y supervisar el manejo de los recursos federales que se aportan al Seguro Popular dentro de cada una de las etapas de asignación y utilización de los recursos:
 - *Secretaría de la Función Pública*: Desde el inicio del proceso de presupuestación hasta la entrega de los recursos correspondientes a los estados y el D.F.;
 - *Autoridades de Control y Supervisión Interna de los Gobiernos Estatales*: al tiempo de la recepción de los recursos hasta su erogación total. Esta fracción señala que: “la supervisión y vigilancia no podrán implicar limitaciones ni restricciones de cualquier índole en la administración y ejercicio de dichos recursos”;
 - *El Congreso Local* fiscalizará las cuentas públicas estatales y del D.F. de acuerdo a sus propias leyes con el objeto de fiscalizar a las dependencias locales en cuanto a la correcta aplicación de los recursos;
 - *Auditoría Superior de la Federación* tiene la facultad de verificar, al momento de

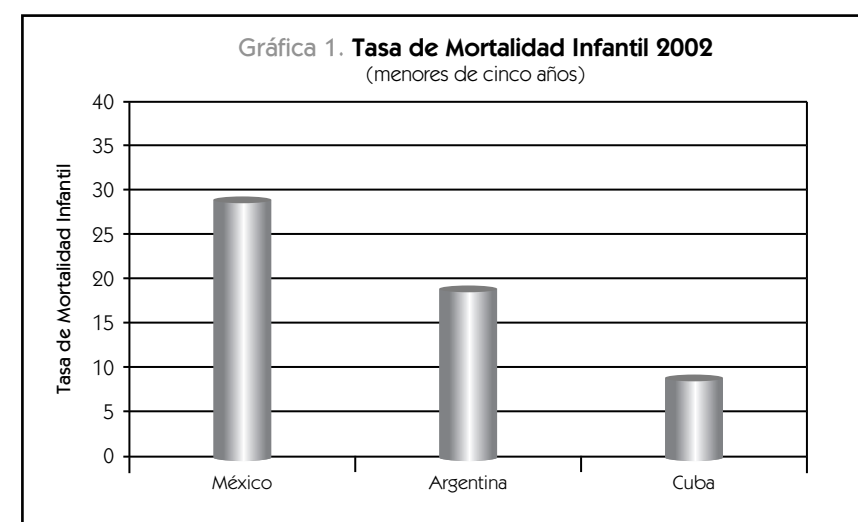
fiscalizar la Cuenta Pública, si las dependencias federales cumplieron con las disposiciones legales y administrativas federales así como la correcta utilización de los recursos de acuerdo a lo que estipula la Ley de Fiscalización Superior de la Federación.

Todo lo anterior deja ver un retroceso más en materia de transparencia y rendición de cuentas implícitas en las medidas más recientes en términos de la descentralización del gasto en salud y del gasto en general. En este sentido, se contradice uno de los preceptos más importantes del federalismo. En principio, el federalismo acerca la política pública a las necesidades reales de las personas, y esta cercanía funge como un motor para que estas personas tengan un control mayor sobre el uso eficiente de estos recursos. Sin embargo, en términos de la descentralización del gasto en salud, el efecto ha sido el contrario. No se ha promovido en los Estados la capacidad administrativa para generar mecanismos eficientes en términos de rendición de cuentas y de transparencia. Esto conlleva un riesgo fundamental en la medida en que entre más lejos estemos de monitorear el gasto, más lejos estamos de lograr que éste se aplique de manera efectiva y que garantice lo que el artículo 4to constitucional establece como un derecho: la salud para todos.

II. DESIGUALDAD DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Las fallas en el esquema de la descentralización ha perpetuado la desigualdad de acceso a los servicios de salud entre los estados y al interior de los mismos. Las altas tasas de muertes evitables existentes, sobre todo infantiles y maternas --a la cual dedicaremos un capítulo especial--, derivan de la falta de acceso oportuno y de calidad a servicios de salud, a las cuales el proceso de descentralización no dio respuesta.

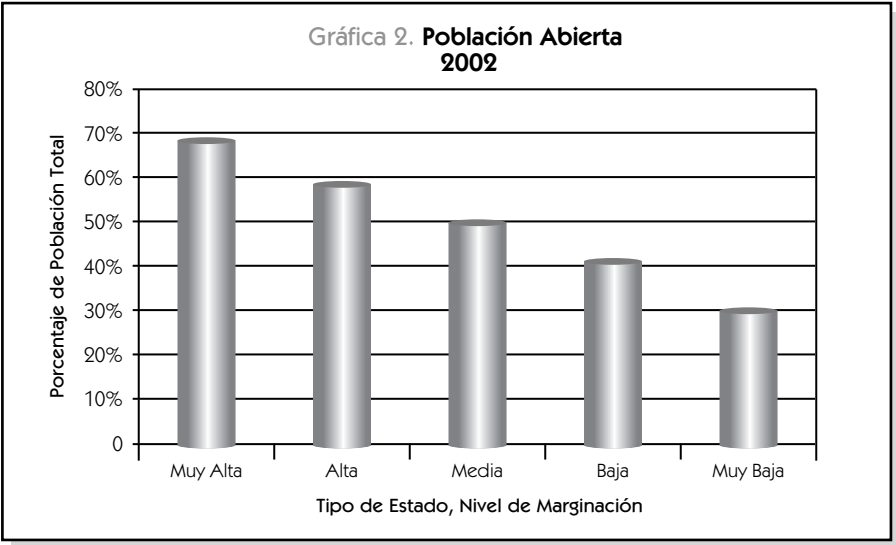
Comparando uno de los indicadores clave respecto a la atención a la salud, como es la tasa de mortalidad infantil, se puede observar que no obstante los avances en su contención, México se sitúa con una alta tasa. Comparado con otros países, México, que para 2002 registró un PIB per cápita mayor que el de Argentina o el de Cuba, registró una tasa de mortalidad infantil superior a esos países.



Fuente: Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la Salud en el Mundo 2004

POBLACIÓN ABIERTA

En México existe una relación positiva entre nivel de marginación y cantidad de población abierta, de tal modo que los estados con los mayores niveles de marginación, según CONAPO muy altos y altos, son los mismos cuyo porcentaje de personas desprovistas de seguridad social son los más elevados. Asimismo, los estados con la mayor proporción de trabajadores sin pago y por cuenta propia son Oaxaca, Guerrero y Chiapas; estos estados se encuentran también entre los de mayores niveles de marginación.



Fuente: Elaboración propia con datos de la SSA, INEGI y el Índice de Marginación Municipal 2000, Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2000.

La gráfica anterior muestra que el más alto porcentaje de población sin protección en salud se ubica en los estados de muy alta y alta marginación en donde en el primer caso la cifra es de casi 70 por ciento y en el segundo de casi 60 por ciento. En contraste, los estados cuyos niveles de marginación son muy bajos cuentan con el nivel de población abierta más bajo. Esto se relaciona también con que los estados de mayor nivel de marginación tienen los índices de desempleo y subempleo más elevados.

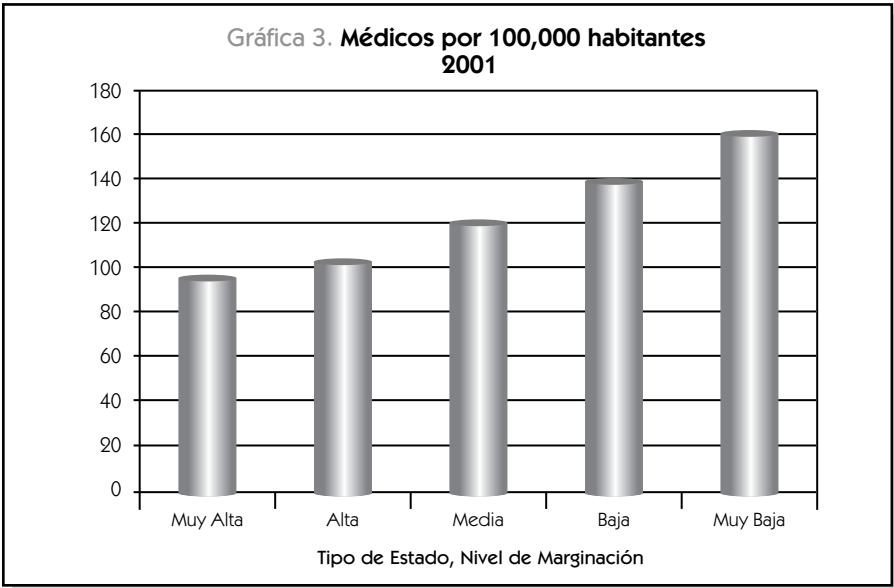
TABLA 1. Estados de la República Mexicana por Nivel de Marginación 2000

Muy Alta	% Población Abierta 2002	Alta	% Población Abierta 2002	Media	% Población Abierta 2002	Baja	% Población Abierta 2002	Muy Baja	% Población Abierta 2002
Chiapas	77.30%	Campeche	49.10%	Durango	40.10%	Aguascalientes	34.0%	Baja Calif.	32.20%
Guerrero	71.40%	Guanajuato	56.30%	Morelos	55.40%	Baja Calif. S.	31.60%	Coahuila	20.20%
Hidalgo	63.10%	Michoacán	66.20%	Querétaro	44.00%	Chihuahua	31.90%	Distrito Fed.	34.30%
Oaxaca	71.10%	Nayarit	52.20%	Quintana Roo	42.70%	Colima	41.10%	Nvo. León	22.70%
Veracruz	59.60%	Puebla	66.40%	Sinaloa	52.40%	Jalisco	43.80%		
		S. Luis Potosí	36.60%	Tlaxcala	58.90%	México	46.50%		
		Tabasco	60.40%			Sonora	30.50%		
		Yucatán	43.20%			Tamaulipas	36.80%		
		Zacatecas	60.50%						

Fuente: Elaboración propia con datos de la SSA, de INEGI e Índice de Marginación Municipal, Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2000.

DISPONIBILIDAD DE MÉDICOS

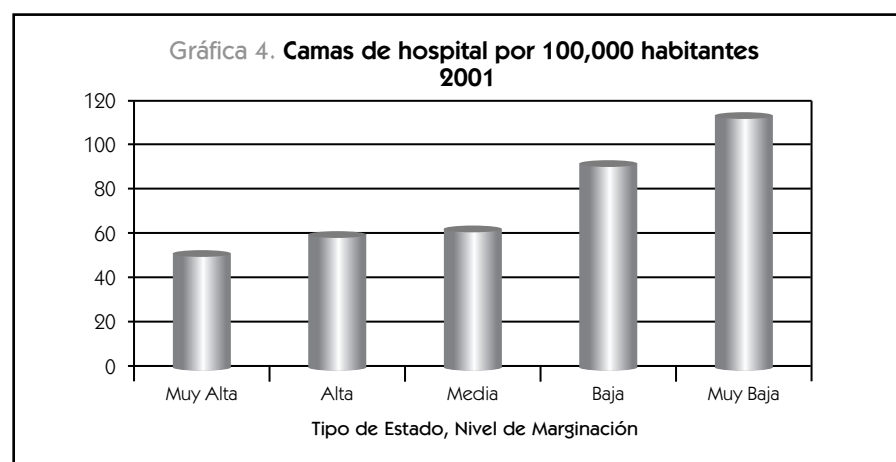
En el caso de México, la población marginada es la que goza de la menor disponibilidad de médicos por cada 100 mil habitantes; esto implica que la atención se reparte entre un mayor número de personas, aproximadamente 100 médicos por cada 100 mil habitantes, lo que indirectamente produce una menor calidad en la atención. Esto contrasta radicalmente con lo que sucede en los estados de muy bajos niveles de marginación, donde la cantidad de médicos por cada 100 mil habitantes es 66 por ciento mayor.



Fuente: Elaboración Propia con datos del Boletín Estadístico No. 21, SSA, 2002; y el índice Municipal de Marginación, Consejo Nacional de Población, (CONAPO), 2000.

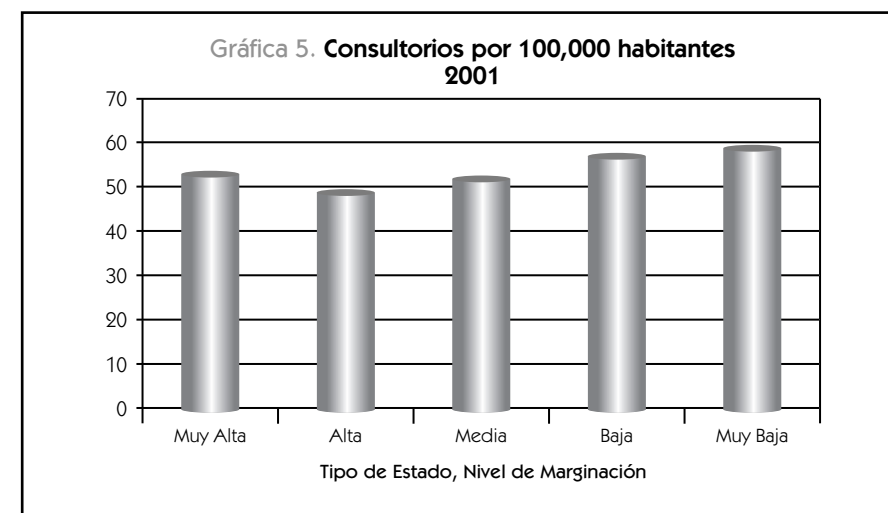
DISPONIBILIDAD DE CAMAS Y CONSULTORIOS

Otro indicador importante que revela la desigualdad entre los estados por niveles de marginación es la cantidad de camas que hay en los hospitales. Los estados más pobres cuentan con 50 camas hospitalarias por cada 100 mil habitantes o una cama por cada 2,000 personas. Los menos marginados tienen el doble, cuentan con 110 camas por 100 mil habitantes o 1 cama por cada 900 personas. La falta de acceso para los niveles más altos de marginación es más que evidente y se traduce en el grave hecho de que el acceso a los niveles secundarios y terciarios de salud es muy limitado para el grupo de personas que se encuentran en desventaja (Hofbauer y Lara, 2004).



Fuente: Elaboración Propia con datos del Boletín Estadístico No. 21, SSA, 2002; y el índice Municipal de Marginación, Consejo Nacional de Población, (CONAPO), 2000

Si la población marginada tiene casi nulo acceso a los niveles de salud más altos, su opción es únicamente atenderse en los niveles de salud básicos, que no garantizan una atención completa a la salud.

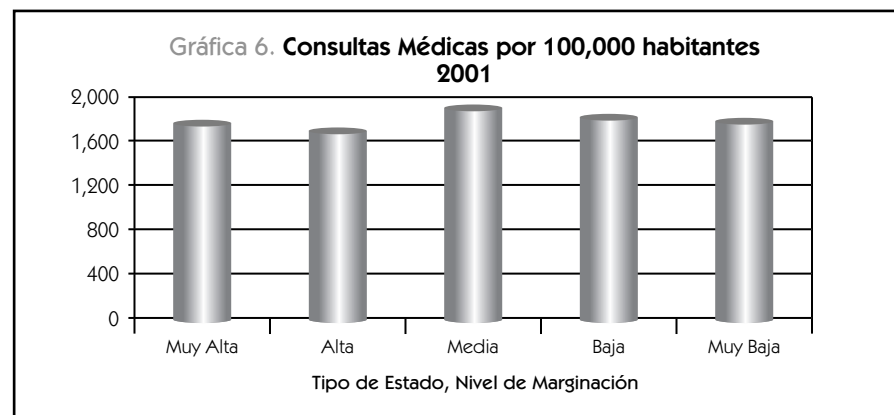


Fuente: Elaboración propia con datos del Boletín Estadístico No. 21, SSA, 2002; y el índice Municipal de Marginación, Consejo Nacional de Población, (CONAPO), 2000.

La gráfica anterior muestra la cantidad de consultorios por cada 100 mil habitantes por niveles de marginación. Como se aprecia, la cantidad de consultorios es similar para todos los niveles de marginación. Además, en la gráfica se observa que la cantidad de consultorios es casi la misma para estados marginados que para estados no marginados (Hofbauer y Lara, 2004).

CONSULTAS MÉDICAS

Este patrón se repite si revisamos la cantidad de consultas por habitante en cada una de las clasificaciones de marginación de los estados. En este caso lo que encontramos es que el número de consultas es bastante similar entre los estados marginados y los no marginados.



Fuente: Elaboración propia con datos del Boletín Estadístico No. 21, SSA, 2002; y el índice Municipal de Marginación, Consejo Nacional de Población, (CONAPO), 2000.

A pesar de que la gráfica anterior muestra que se otorgan una cantidad similar de consultas médicas no importando el nivel de marginación, es importante precisar a qué tipo de consultas se refieren los datos. En las dos siguientes tablas observamos el tipo de consultas que se ofrecen a cada uno de los estados, de acuerdo a sus niveles de marginación:

TABLA 2. Consultas Externas en los Estados de Alta y Muy Alta Marginación

ALTA Y MUY ALTA MARGINACIÓN		CONSULTA EXTERNA						
ESTADO	Total de unidades médicas	Total de unidades de consulta ext.	% Rural	% Móvil	% Brigada Móvil	% Urbana	% Con Hospitalización	% Clínica de Especialidad
Chiapas	851	835	31.0	9.9	53.0	3.4	2.4	0.0
Guerrero	942	928	86.3	5.2	0.0	3.4	1.8	0.0
Hidalgo	451	440	93.4	0.7	0.0	4.8	1.1	0.0
Oaxaca	656	639	80.3	16.6	0.2	2.3	0.5	0.2
Veracruz	741	709	74.8	13.0	0.0	10.6	1.7	0.0
Campeche	150	139	66.9	28.1	0.0	4.3	0.7	0.0
Guanajuato	518	505	76.6	8.7	0.0	11.9	2.8	0.0
Michoacán	412	394	63.2	28.2	0.0	8.1	0.5	0.0
Nayarit	203	199	78.4	13.1	0.0	5.5	3.0	0.0
Puebla	512	484	87.0	8.5	0.0	4.5	0.0	0.0
S. L. Potosí	271	265	46.4	41.1	0.0	10.6	1.9	0.0
Tabasco	510	495	74.1	19.8	0.0	3.8	1.6	0.6
Yucatán	169	164	77.4	13.4	0.0	8.5	0.0	0.6
Zacatecas	183	179	62.0	24.6	0.0	7.3	5.6	0.0

Nota: El resto de unidades de consultas médicas son las unidades hospitalarias.
Fuente: Elaboración propia con datos de la SSA

Según esta clasificación, en los estados de muy alta y alta marginación las consultas externas que prevalecen son las que se dan en las unidades rurales y las unidades móviles. Su acceso a consultas externas en el nivel urbano y con hospitalización es mínimo; en cuanto al porcentaje de clínicas de especialidad, los datos hablan por sí solos: el promedio es de 0.0 por ciento. Esto quiere decir que las personas más marginadas, tienen acceso mayoritariamente a los servicios básicos de salud, por medio de unidades de consulta externa que brindan atención primaria en caso de enfermedad. Las unidades móviles por ejemplo, no atienden partos, enfermedades crónico-degenerativas y otro tipo de padecimientos que requieren de mayor nivel de especialización. Aunado a esto, el acceso a servicios más especializados, donde se pueden tratar estos padecimientos, es casi nulo.

TABLA 3. Consultas Externas en los Estados de Baja y Muy Baja Marginación

BAJA Y MUY BAJA MARGINACIÓN		CONSULTA EXTERNA						
ESTADO	Total de unidades médicas	Total de unidades de consulta ext.	% Rural	% Móvil	% Brigada Móvil	% Urbana	% Con Hospitalización	% Clínica de Especialidad
Aguascalientes	86	80	75.0	0.0	0.0	23.8	0.0	1.3
Baja Calif. S.	78	73	68.5	16.4	0.0	12.3	2.7	0.0
Chihuahua	285	265	55.8	18.1	0.0	12.1	1.5	1.1
Colima	128	124	76.6	9.7	0.0	12.9	0.0	0.8
Jalisco	757	739	61.6	21.9	0.0	14.1	1.8	0.7
México	991	957	77.2	5.6	0.7	14.0	1.7	0.7
Sonora	232	214	84.6	4.7	0.0	7.5	0.5	2.8
Tamaulipas	274	260	50.0	11.5	0.0	36.2	1.9	0.4
Baja Calif.	130	127	38.6	20.5	0.0	39.4	1.6	0.0
Coahuila	182	169	50.9	23.1	0.0	16.6	3.6	5.9
Distrito Fed.	407	364	0.0	6.0	0.0	58.8	0.0	35.2
Nvo. León	449	440	58.0	10.0	0.0	31.4	0.2	0.5

Nota: El resto de unidades de consultas médicas son las unidades hospitalarias.
Fuente: Elaboración propia con datos de la SSA

En contraste, los estados con niveles de marginación baja y muy baja, según la clasificación de la CONAPO, no dependen en gran medida de las unidades móviles y las brigadas móviles. Al mismo tiempo, observamos que hay un mayor número de unidades con hospitalización y unidades de atención urbanas. Hay casos que saltan a la vista como es el Distrito Federal en donde se cuenta con 35 por ciento en clínicas de especialidad. Éste es un caso único y excepcional que no se presenta ni en los estados marginados ni en los no marginados, lo cual

nos muestra la centralización de los servicios de salud especializados en el país. Cabe resaltar que en varios de los estados con bajos niveles de marginación como el Estado de México, Sonora y Tamaulipas, la mayor parte de las unidades médicas son de consulta externa que se reparten entre unidades rurales y urbanas.

El cuadro siguiente elaborado por FUNSALUD deja ver las diferencias en las necesidades en términos de atención a la salud por perfil epidemiológico entre municipios marginados y no marginados:

TABLA 4. Indicadores Socioeconómicos y de Salud, FUNSALUD 2000

INDICADOR	MUNICIPIO		
	I	II	III
Marginación	Muy Alta	Media	Baja
Población Indígena %	100	0.4	0.1
Promedio de Educación (años)	4.2	5.7	8.2
Acceso a Agua Potable (%)	4	73	95
Gasto Público en Salud per capita	19 pesos	69 pesos	291 pesos
Esperanza de Vida (años)	62.3	67.8	70.6
Mortalidad Infantil (x 1,000)	45	22	11
Causas Mortalidad			
Diarrea Aguda	200	13.7	4.2
Enfermedades Cardiovasculares	102	17	107
Desnutrición	50.4	18.4	3.8
Lesiones Accidentales	18.9	47.4	33.3

Nota: I San Juan Cancún, Chis. II. Paso de Ovejas, Ver. III. Nicolás Garza García, N.L.
Fuente: "Hacia un México más Saludable: una visión del sector privado, FUNSALUD, 2000.

Los datos anteriores muestran las enormes diferencias que hay entre los perfiles epidemiológicos de los municipios marginados, los de marginación media y los de baja marginación. Como es evidente, el de mayor marginación no sólo tiene una población exclusivamente indígena, casi analfabeta y con prácticamente nulo acceso al agua potable (gran causa de muchas enfermedades) sino que además es el que menos recursos recibe para la atención a la salud. Es importante destacar que las causas de mortalidad difieren significativamente de acuerdo al tipo de municipios del que se trate, como se puede observar en la tabla 4; estas muertes serían prevenibles si se contara con servicios de salud adecuados,

y no así, con los servicios básicos y no permanentes como los que ya estudiamos prevalecen en estados como Chiapas.

En síntesis, los estados con niveles de muy alta y alta marginación tienen menor disponibilidad de servicios médicos; son los que tienen mayor proporción de población abierta que atender con esos servicios; y son los estados que tienen las más altas tasas de mortalidad por causas evitables mediante el acceso oportuno y de calidad.

La posibilidad de mejorar las condiciones de salud en estos estados radica en corregir las fallas de la descentralización en materia de infraestructura, capacidades técnicas y administrativas, así como de rendición de cuentas, que no fueron contempladas. Para que los gobiernos locales puedan desempeñar sus funciones descentralizadas de manera eficiente, deben tener un adecuado nivel de ingresos, ya sea recaudados localmente o transferidos del gobierno federal. En el siguiente capítulo se analizan las posibilidades estatales para generar recursos.

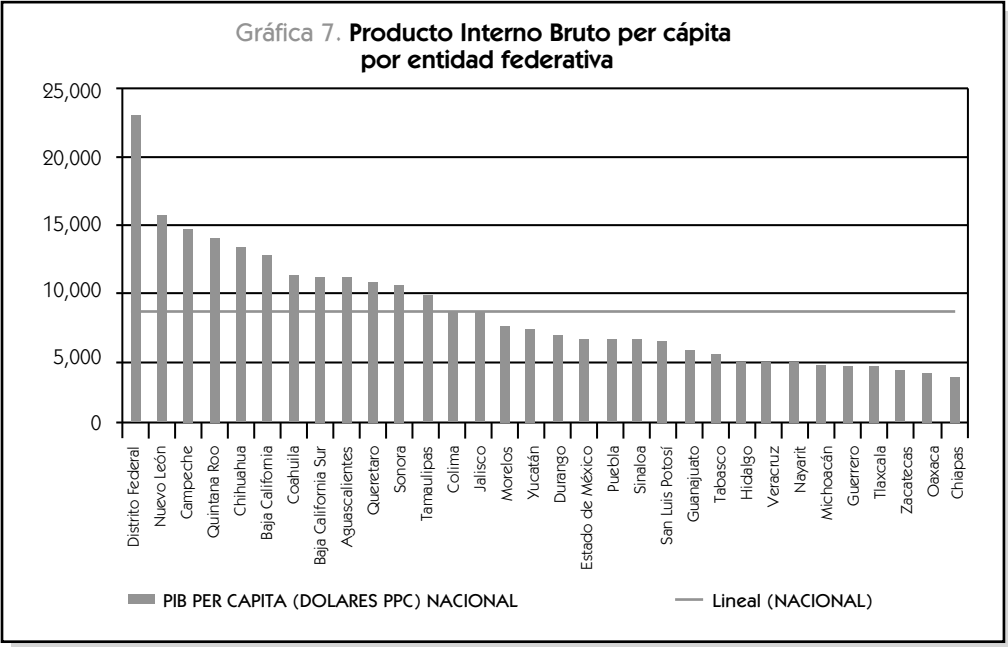
III. DESIGUALDAD DEL DESARROLLO ENTRE LOS ESTADOS

Con el proceso de descentralización en nuestro país se han traspasado responsabilidades de la federación a los estados de la República Mexicana, con la idea de que éstos podrían hacer más eficiente el ejercicio de los recursos, en la medida que se encuentran más cerca de las necesidades y demandas de la población. La transferencia de responsabilidades no se aparejó con el suficiente flujo de recursos para cumplirlas. Tampoco se tomó en cuenta que los Estados no tenían mecanismos de recaudación para satisfacer las necesidades de gasto y que esto mantendría la dependencia hacia los recursos federales.

Se ha dicho que los estados no están aprovechando sus atribuciones para obtener más recursos, pero dadas las condiciones actuales ¿realmente existen posibilidades en los estados para generar más ingresos? En este capítulo se aportan elementos para responder esta interrogante a través del análisis de la estructura productiva de las entidades, de los ingresos propios y la correlación que existe entre ambas variables.

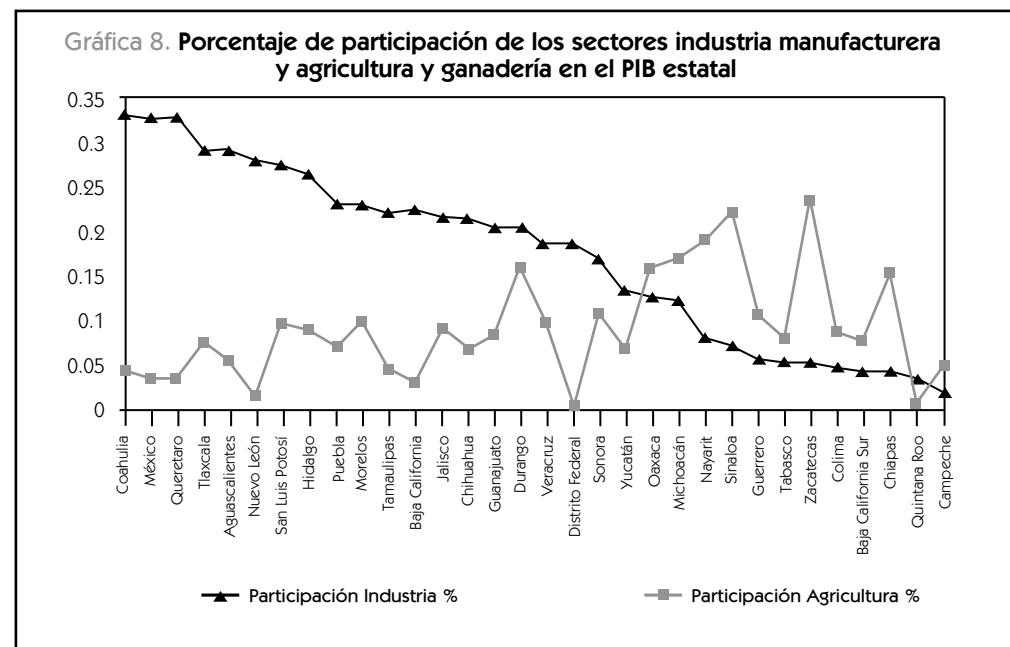
ESTRUCTURA PRODUCTIVA DE LOS ESTADOS

Si se analiza el Producto Interno Bruto (PIB) de cada uno de los 31 estados y el Distrito Federal se observa una gran disparidad: mientras que el Distrito Federal y el Estado de México contribuyen con el 33 por ciento del PIB nacional, el restante 67 por ciento es aportado entre las 30 entidades restantes. El PIB del Distrito Federal corresponde a 22 por ciento del PIB nacional, mientras que el PIB de Oaxaca contribuye únicamente en 1.5 por ciento.



Fuente: Elaboración propia con datos del Informe Sobre Desarrollo Humano, PNUD, 2002

Si ahora se analiza el PIB nacional por componente se puede observar que los más importantes son el sector de la industria manufacturera y el de comercio y restaurantes. El primer sector contribuye al PIB en casi 21 por ciento mientras que el segundo, contribuye en 21.5 por ciento. Cabe señalar que únicamente 5 por ciento del PIB nacional es obtenido a través de la agricultura, lo que significa que la dependencia económica nacional hacia este sector es mínima. Aunque se podría pensar que esta relación se da también a nivel estatal, la realidad es otra.



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI, 2001

En promedio, el PIB estatal está compuesto en 17 por ciento por recursos provenientes del sector industrial. Del total de las entidades, 18 de éstas se encuentran por encima de la media porcentual. El PIB de Coahuila está compuesto en 33 por ciento por recursos de este sector, mientras que para Chiapas sólo representa 4 por ciento. En su mayoría, los estados que se encuentran por debajo de la media son los ubicados al sur del país.

Los estados que no están obteniendo recursos a través de la industria lo están haciendo primordialmente a través del sector primario, entre otros sectores. Se observa también que estos estados no industrializados son aquellos que tienen los niveles de PIB más bajos además de tener condiciones de rezago muy marcadas.

Si se analizan los datos de Chiapas, Guerrero y Oaxaca se encuentra que la disparidad económica que tienen estos estados con relación a la que se observa a nivel nacional es muy notoria ya que su estructura económica no tiene parecido con el promedio nacional. Los dos estados que tienen mayores similitudes en cuanto a estructura son Chiapas y Oaxaca. El sector de la agricultura representa 15 por ciento del total de PIB de ambas entidades, mientras que

en Guerrero únicamente representa 9 por ciento; sin embargo, el sector más fuerte en esta entidad es el de comercio y restaurantes ya que representa casi 30 por ciento de su PIB. Este sector también tiene importancia en los otros dos estados, pero únicamente representa en promedio 15 por ciento. A diferencia de lo que se puede observar a nivel nacional para el sector industrial, en estos tres estados únicamente representa, en promedio, 7 por ciento.

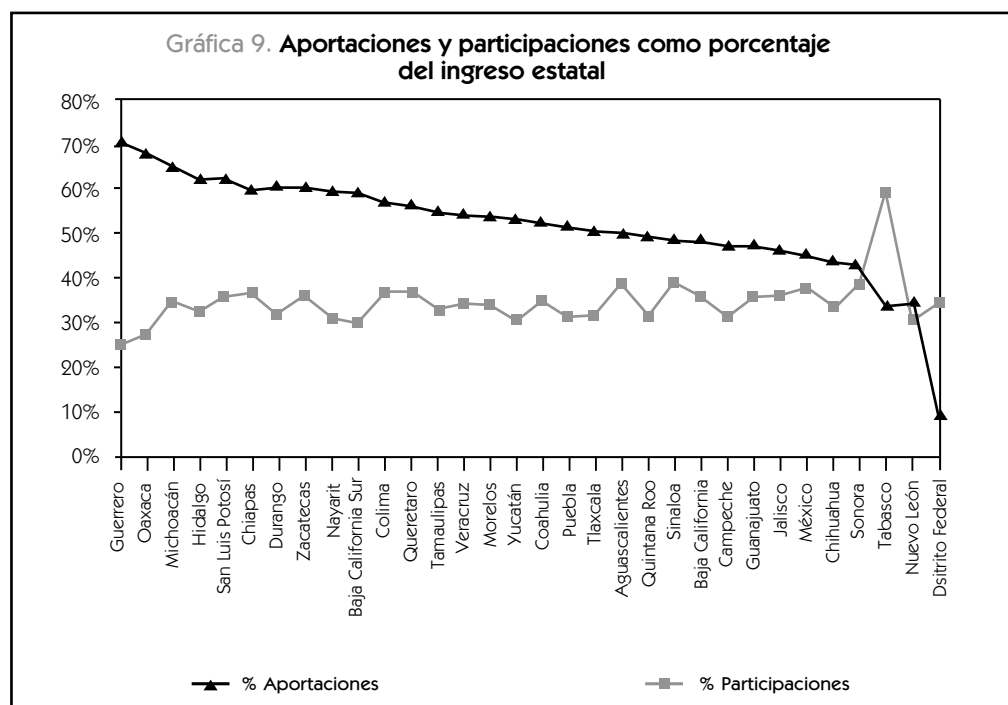
En estos estados del sur, “predomina la práctica de la agricultura tradicional para la obtención de los satisfactores destinados al autoconsumo y cuando excepcionalmente se generan excedentes, se concurre a los mercados de los centros rectores (cabeceras municipales) para venderlos. Sin embargo, dada la carencia de infraestructura para el acopio y comercialización de sus productos, son presa fácil de los intermediarios y, en consecuencia, se ven despojados de parte significativa del valor de los mismos”¹⁹.

Con base en los datos anteriores, se puede concluir que estos estados tienen una economía débil ocasionando que la generación de recursos sea más difícil.

ESTRUCTURA DE LOS INGRESOS DE LOS GOBIERNOS ESTATALES

Actualmente se observa que los estados tienen una gran dependencia de las transferencias de recursos federales. En promedio, 51 por ciento de los ingresos estatales están compuestos por aportaciones (Ramo 33), mientras que 37 por ciento de los recursos provienen de las participaciones federales. Es decir, 88 por ciento de sus recursos provienen de la federación. Si se analiza la situación de cada uno de los estados, la situación es más radical. Un ejemplo de esto es Guerrero: 70 por ciento de sus ingresos provienen de las aportaciones (Ramo 33) y 24 por ciento corresponde a las participaciones federales. Es decir, los ingresos de Guerrero dependen en 95 por ciento de las transferencias federales. La única entidad que no tiene una dependencia tan marcada es el Distrito Federal, ya que éste depende únicamente en 51 por ciento.

¹⁹ Fuente: <http://www.cddhcu.gob.mx/bibliot/publica/inveyana/polisoc/puebindi/3economi.htm>



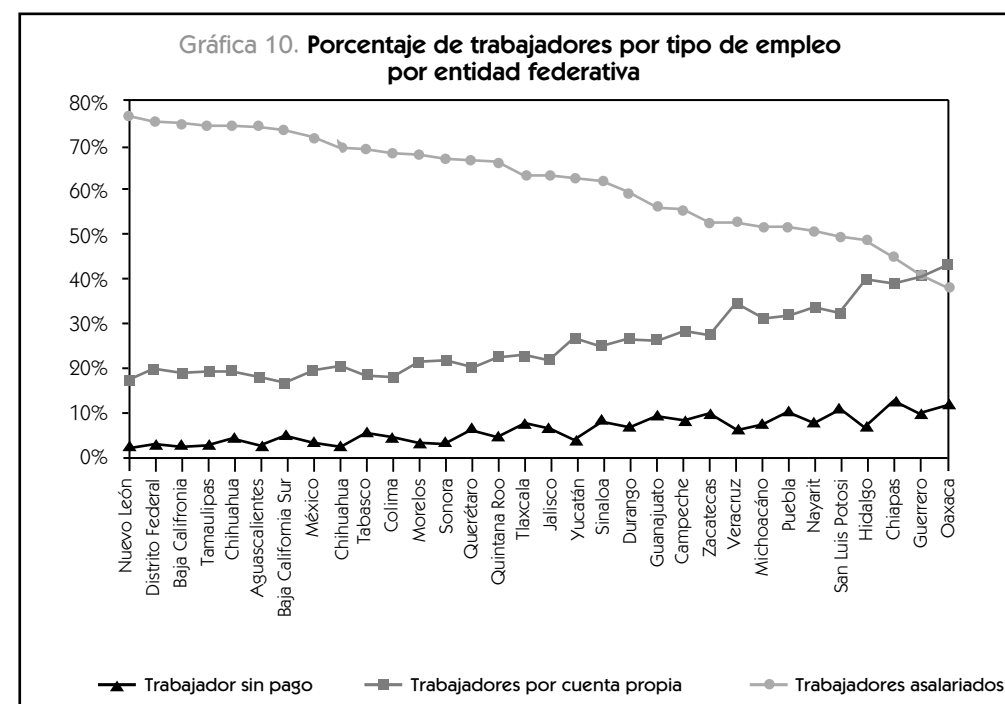
Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI, 2001

La desigualdad económica que existe entre las entidades federativas es muy marcada: la forma en que los estados están generando recursos económicos es muy diversa y el problema es que no todos los sectores generan la misma cantidad de ingresos.

Si se hace una correlación entre los ingresos totales de las entidades (que comprenden ingresos propios, participaciones federales, aportaciones federales e ingresos por cuenta de terceros) y el PIB se puede observar que existe una relación positiva entre ambas variables además de que el coeficiente de correlación es igual a 0.9. Esto significa que a mayor PIB, mayores ingresos de los gobiernos estatales y que este aumento sería casi en la misma proporción. Esta misma relación se observa al hacer un análisis de los ingresos propios, que son recursos recaudados directamente por los estados. Con esto podemos concluir que mientras más fuerte es la economía del estado, su capacidad recaudatoria será mayor y al mismo tiempo recibirá mayores recursos por parte de la federación, además de que la dependencia existente hacia ésta irá disminuyendo. Las economías de las entidades son completamente heterogéneas y los gobiernos estatales no tienen las mismas capacidades recaudatorias. Si una

entidad tiene una economía débil, que no está generando recursos ¿se puede suponer que su capacidad de recaudar impuestos será alta? Evidentemente no. Los estados que presentan un alto grado de rezago tanto en términos económicos, como de desarrollo social, presentan otras limitantes para generar ingresos como las condiciones laborales.

Como se ha visto, los estados recaudan un porcentaje muy pequeño de sus ingresos. Las posibilidades que tienen las entidades para generar recursos se desprenden de las potestades tributarias que tienen. Entre los impuestos más importantes por su potencial recaudatorio se encuentra el impuesto sobre la nómina²⁰. Si bien este impuesto podría ser una gran fuente de ingreso para algunos estados para otros estados no lo es, como son los casos de Chiapas, Guerrero ó Oaxaca pues el sector formal, en el cual hay nóminas, es muy pequeño por lo que no se pueden generar grandes cantidades de recursos. Si se analiza el mercado laboral se observa que existen disparidades entre los estados tanto en cuestiones salariales como en el tipo de trabajo.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, 2003

²⁰ Convención Nacional Hacendaria, Diagnóstico general y por temas pertinentes de la Convención Nacional Hacendaria. Ingreso. Enero de 2004

Si se analiza el porcentaje de los trabajadores por tipo de empleo se encuentra que a nivel nacional, en promedio, 62 por ciento de los trabajadores son asalariados, 25 por ciento trabajan por cuenta propia, 9 por ciento son trabajadores que no reciben remuneración y únicamente 4 por ciento son empleadores. Si se analizan los estados del sur se observa que estas proporciones son muy diferentes: para Chiapas, Guerrero y Oaxaca se observa que en promedio 41 por ciento de los trabajadores son asalariados, 17 por ciento de los trabajadores no reciben pago y el 41 por ciento trabajan por cuenta propia. En estos tres estados, la cantidad de personas que se encuentran inscritas en nómina es menor a la media nacional por lo que la cantidad de recursos que se puedan recaudar serán menores que los que se pudieran obtener de estados como Nuevo León donde el 75 por ciento de los trabajadores son asalariados.

más de 5 salarios mínimos.

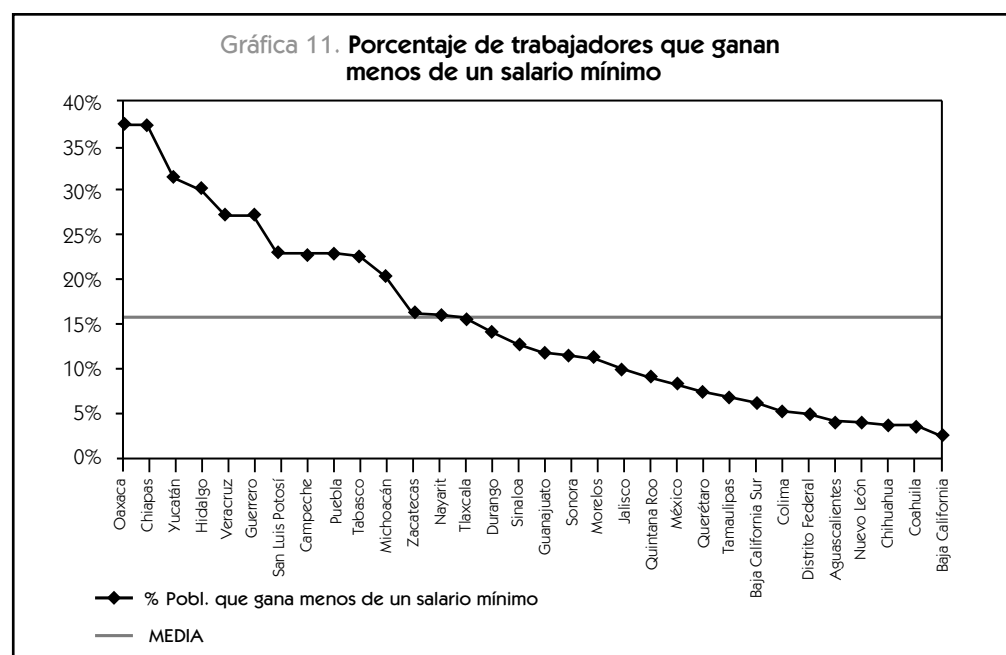
Partiendo de las observaciones anteriores se encuentra que existen dos problemas por los cuales resulta más difícil generar recursos en los estados más pobres. En primer lugar, porque muchas de las personas que trabajan no reciben salario. En segundo lugar, porque en estos estados el porcentaje de la población que recibe menos de un salario mínimo es mayor que en cualquier otro estado. Evidentemente, a mayores salarios mayores son los impuestos que se podrían recaudar, por lo que en estados como Oaxaca o Chiapas la cantidad de recursos que se podrían recaudar serían bajos.

En resumen, en México existe una desigualdad económica evidente entre las entidades. Esta desigualdad se traduce también en dificultades en los estados para generar más ingresos propios y con ellos financiar las responsabilidades de gasto derivadas de la descentralización en salud.

Aunque la descentralización fiscal tiene una diversidad de formas, para satisfacer las necesidades de gasto de las entidades y municipios generalmente se utilizan dos elementos:

- la expansión de la recaudación local por medio de impuestos a la propiedad o al consumo; y
- transferencias intergubernamentales que traspasan la recaudación de impuestos recaudados por el gobierno federal para usos específicos.

En México, se ha seguido de manera muy peculiar la segunda posibilidad, otorgando prioridad al gasto descentralizado transferido a los estados y municipios por medio de las participaciones y principalmente los fondos de aportaciones del Ramo 33. En el siguiente capítulo se analiza la evolución y distribución de estas aportaciones en lo concerniente al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud.



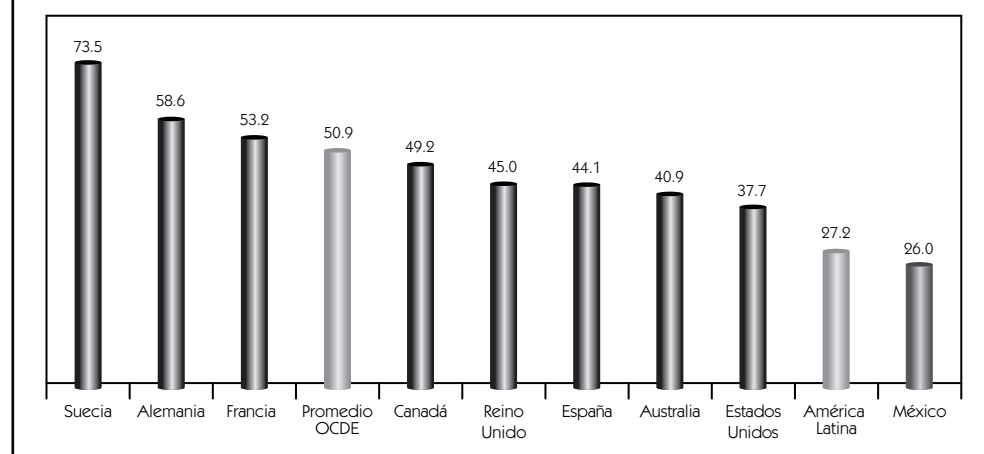
Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, 2003

Si ahora se analiza la remuneración, se observa que, en promedio, 16 por ciento de los trabajadores asalariados ganan menos de un salario mínimo. Evidentemente, este porcentaje aumenta en los estados que presentan mayores rezagos. En el estado de Chiapas 37 por ciento de los empleados recibe menos de un salario mínimo; en Oaxaca se observa que 16 por ciento de la población no recibe ingresos; y en Guerrero, se observa que 26 por ciento de la población gana menos de un salario mínimo, mientras que únicamente 3 por ciento de la población gana

IV. GASTO EN SALUD

El proceso de adelgazamiento del Estado que ha aparejado la restricción presupuestaria ha dado como resultado que en nuestro país el gasto público registre una constante tendencia a la baja. México tiene un gasto público, como proporción del producto interno bruto, inferior al promedio de los países de América Latina y se encuentra muy lejano del porcentaje de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, OCDE. Mientras en México el gasto público total, incluyendo el gasto de las entidades federativas, representa 26 por ciento del producto interno bruto, en Estados Unidos es de 37.7 por ciento, en Alemania de 58.6 por ciento y en Suecia de 73.5 por ciento. Para el conjunto de los países de América Latina el gasto público equivale a 27.2 por ciento del PIB.

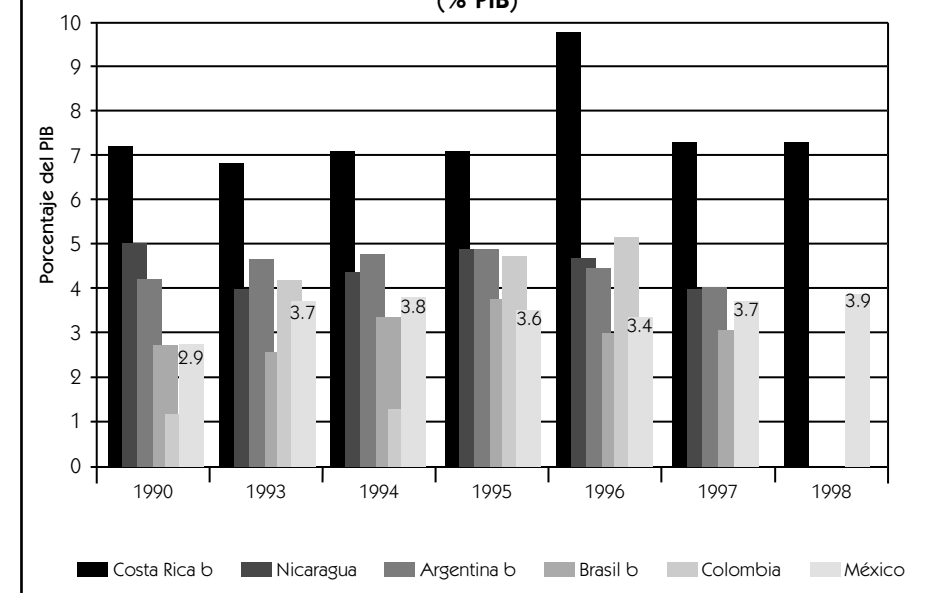
Gráfica 12. Gasto Público Total de los tres ámbitos de Gobierno 1993 (porcentaje del PIB)



Fuente: CNH, Diagnóstico de la evolución y situación actual del gasto público en México. Una mirada desde la perspectiva del federalismo hacendario, México, enero 2004.

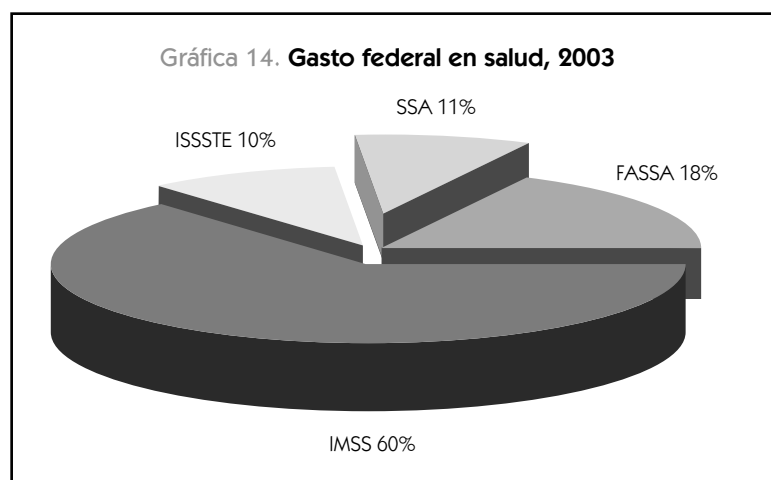
Aunque la tendencia del gasto en salud ha sido creciente, aún representa un bajo porcentaje del producto interno bruto, en consonancia con el bajo nivel del gasto público. De acuerdo con datos de la CEPAL, en 1998 México destinó proporcionalmente menos recursos para el gasto en salud que países como Colombia, Nicaragua, Costa Rica y Argentina, que para ese año destinó el equivalente a 3.9 por ciento del PIB.

Gráfica 13. Gasto público en países de América Latina (% PIB)



Fuente: Elaboración propia con datos de la CEPAL, Indicadores del desarrollo socioeconómico de América Latina y el Caribe

El gasto público del Sistema Nacional de Salud está compuesto por el presupuesto del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de los servicios de salud de la Secretaría de Defensa, de la Secretaría de Marina y de Petróleos Mexicanos, todos ellos ofrecen seguridad social a sus afiliados, además se encuentran las instituciones públicas que cubren a la población no derechohabiente en los Sistemas Estatales de Salud. El gasto federal para la atención de la salud de la población abierta, representó 29 por ciento del gasto federal en salud, no obstante que poco más de 50 millones de mexicanos carecen de seguridad social y, por ende, son los usuarios de este servicio de salud en el país.



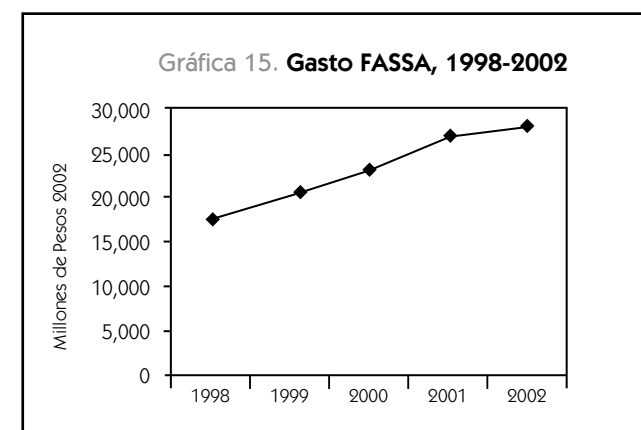
Fuente: Elaboración propia con datos del Presupuesto de Egresos de la Federación 2003

Adicional al gasto federal, los gobiernos estatales dedican recursos propios para sus Sistemas Estatales de Salud. No obstante, en la mayoría de los casos las aportaciones estatales son marginales. La atención de la población abierta en los últimos años se realiza mediante los Sistemas Estatales de Salud financiados principalmente con recursos federales a través de presupuesto del Fassa y marginalmente con recursos estatales.

A) FONDO DE APORTACIONES PARA LOS SERVICIOS DE LA SALUD: DESIGUALDAD AÑEJA

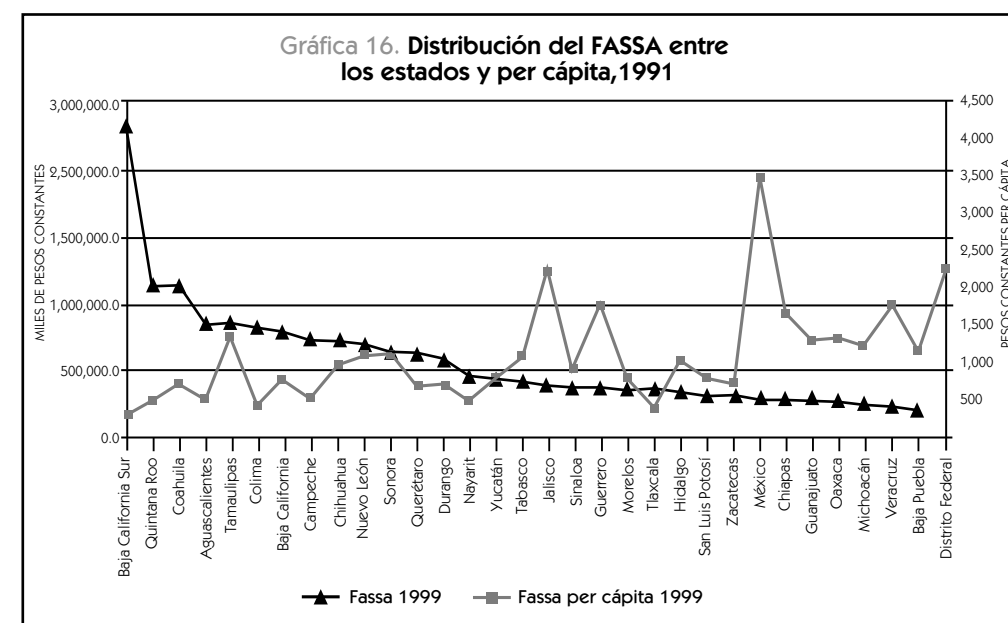
El análisis del presupuesto destinado a la salud es de suma importancia y debe ser estudiado, en la medida en que tiene un impacto directo en la calidad y cantidad de los servicios de salud; esto, en términos de qué tan disponible y funcional es el sistema de salud el cual, en un escenario ideal, debe contar con instalaciones, programas, personal y medicamentos adecuados (Hofbauer, Lara, 2004).

Desde la creación del FASSA se observa una tendencia a elevar el monto total de recursos para este fondo del ramo 33. Aún cuando ha habido un esfuerzo por aumentar estos recursos año con año, la distribución per cápita no ha sido la más apropiada (Hofbauer, Lara 2004).



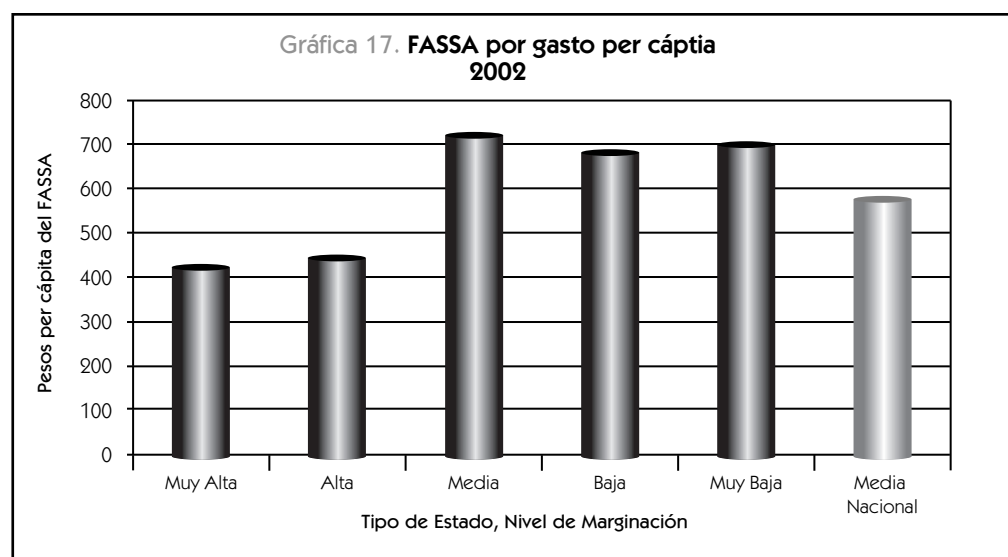
Fuente: Elaboración Propia con datos de la Cuenta Pública 1998-2002

Se esperaba que aquellos estados con los niveles más altos de población abierta recibieran la mayor cantidad de recursos del FASSA en la medida en que éstos requieren sufragar mayores gastos. Aunque en términos absolutos los recursos corresponden con el número de población abierta, la distribución per cápita va en sentido contrario, como se muestra en la gráfica 16:



Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta Pública 1999 y Boletín de Información Estadística 1999.

Adicionalmente, se puede observar que, de acuerdo al nivel de marginación, aquellos estados de niveles de marginación muy alta y alta, y que por ende alojan al mayor porcentaje de población abierta, son los que reciben la menor proporción per capita de los recursos del FASSA. Estos estados reciben recursos sustancialmente menores que los estados con niveles de marginación media, baja y muy baja (y que alojan a una menor cantidad de población abierta), y además los recursos que reciben se encuentran por debajo de la media nacional.

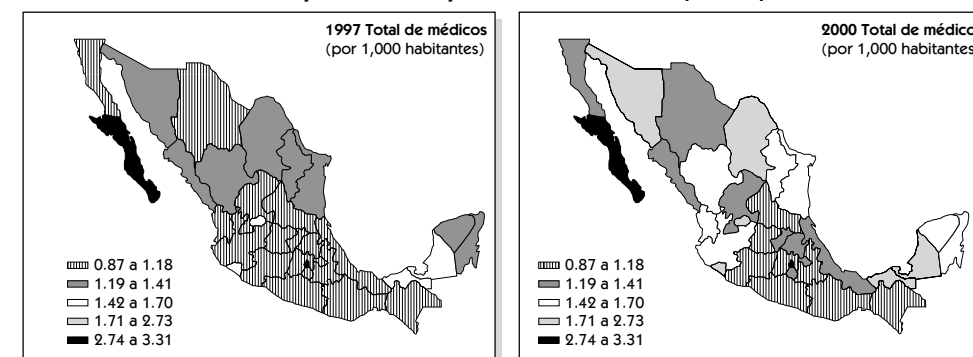


Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta Pública 2002 y el Índice Municipal de Marginación, Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2000.

Los datos con los que se construye esta gráfica indican que la cantidad de dinero que se gasta en cada persona de la población abierta en los estados de muy alta y alta marginación alcanza apenas 420 pesos por año. En contraste, la cantidad que se gasta en aquellos estados cuyos niveles de marginación son medios, bajos y muy bajos es de 700 pesos al año (Hofbauer, Lara 2004).

A unos años iniciada la distribución del FASSA, las entidades más rezagadas respecto al número de médicos por habitante seguían siendo Hidalgo, Zacatecas, San Luis Potosí, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Chiapas, Puebla, Guanajuato y México que en 2000 contaban con apenas un médico por cada mil habitantes. Coincidentemente, estos estados son también los que reciben menos presupuesto per cápita.

FIGURA 1. Mapa médicos por 1000 habitantes, 1997, 2000.

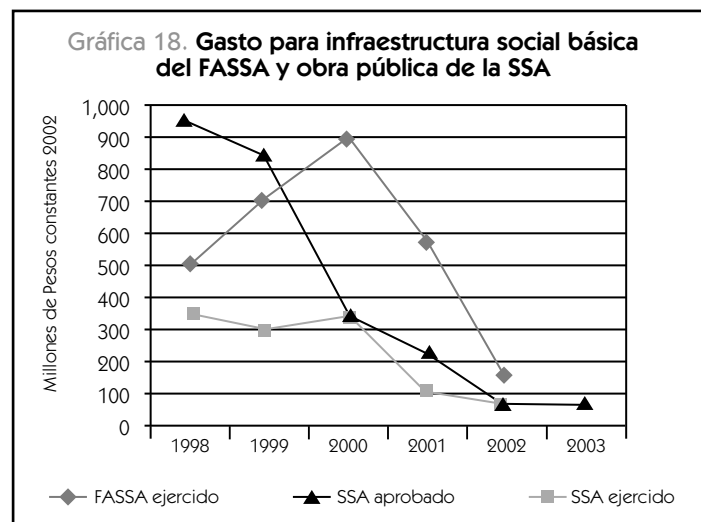


Fuente: Dirección de Informática y Geografía Médica, Instituto Nacional de Salud Pública

Estas tendencias obedecen a que, como se ha señalado, una de las grandes deficiencias en la distribución del presupuesto del FASSA ha sido la falta de aplicación del criterio de promoción de la equidad de los servicios de salud establecido en la fracción IV del artículo 30 de la LCF.

GASTO EN INFRAESTRUCTURA Y OBRA PÚBLICA

Con referencia a la inversión en infraestructura a través del FASSA y de obra pública con fondos de la Secretaría de Salud, destinada a dotar de infraestructura y obra pública para población abierta, los resultados no son alentadores pues el gasto ha mostrado una tendencia decreciente en los últimos años a pesar de que existe una acusada carencia de infraestructura.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta Pública 1998-2002, y el PEF 2003.

En cuanto a los recursos asignados por medio de la SSA a obra pública, lo que observamos es una disminución constante y significativa desde 1998. Lo que resalta no es sólo la caída de los recursos sino también el patrón de subejercicio de los mismos que se da en todos los años, salvo en 2000. No sólo se fueron disminuyendo significativamente los recursos, sino que además éstos no fueron ejercidos. Se puede observar que, en 1998 y 1999, el presupuesto aprobado para la obra pública en la SSA sobrepasó los 800 millones de pesos, de los cuales fueron gastados 400 millones, es decir la mitad. En el año 2001, la SSA se gastó también la mitad de los recursos que se habían etiquetado para la obra pública.

Resulta inquietante la evidencia de que los recursos abocados a la expansión de la infraestructura muestren tales tendencias decrecientes a lo largo de los últimos años. A nivel más desagregado, esto ha implicado que 11 estados no hayan recibido recursos para este rubro en 2002 y en 2003 (Hofbauer y Lara 2004).

En un federalismo que funciona, si las unidades son heterogéneas, las demandas y las respuestas públicas deberán ser tan variadas como las condiciones de cada localidad. Los gobiernos locales tendrán que ser fuertes y competentes para realizar efectivamente sus funciones. Pero, un régimen federal también implica que las partes se encuentran unidas para realizar labores comunes por medio de un **gobierno federal, que debe**

ser lo suficientemente competente como para llevar a cabo labores subsidiarias y compensatorias. (Díaz Cayeros). Sin embargo, la tendencia del gasto para la atención a la salud muestra que el gobierno federal no ha sido competente para compensar las desigualdades entre las entidades federativas.

B) EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD SPSS: DESIGUALDAD FUTURA

En mayo de 2003 se aprobaron las reformas a la Ley General de Salud con la finalidad de establecer el Sistema Público de Protección Social en Salud (SPSS)²¹. En las consideraciones del dictamen se plantea que “la iniciativa tiene como objetivo corregir los desequilibrios financieros existentes en el sistema público de salud; definir la corresponsabilidad entre órdenes de gobierno y con la ciudadanía; y dar contenido efectivo al ejercicio pleno de los derechos sociales, incluido el derecho a la protección de la salud, haciendo explícitos los derechos y las obligaciones tanto de las instituciones de salud como de los propios usuarios de los servicios de acuerdo a sus reales posibilidades, sin poner en cuestionamiento sus derechos constitucionales.”²²

De acuerdo con la Ley General de Salud, “la protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Incluye servicios de consulta externa en el primer nivel de atención y consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, gineco - obstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención”²³.

²¹ Dictamen de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. Gaceta Parlamentaria, Cámara de Diputados, número 1240-II, martes 29 de abril de 2003

²² Dictamen de la Comisión de salud de la Cámara de Diputados. Gaceta Parlamentaria, Cámara de Diputados, número 1240-II, martes 29 de abril de 2003

²³ Ley General de Salud, Capítulo I Disposiciones generales Artículo 77 bis 1

El SPSS inició su implantación en 2004 y se prevé que en 2010 llegará a su plena operación. Cada año, incorporará a 14.3 por ciento de la población abierta incluyendo primero a los más pobres. Durante 2004, se pretende incorporar a 1.6 millones de familias. El SPSS opera a partir de la firma de Acuerdos de Coordinación entre los Estados y la SSA. Durante 2004, se tiene la meta de que 18 entidades firmen estos Acuerdos.

La creación del SPSS tiene implicaciones de diverso orden, entre las que se pueden señalar que reduce el derecho a la salud pues limita la atención únicamente a un determinado número de intervenciones seleccionadas y, en caso de que el tratamiento de alguna enfermedad sea de alto costo, solamente se atenderá a los beneficiarios si el padecimiento que tiene está incluido en la lista de enfermedades definida por el Consejo de Salubridad General. De otra forma, el acceso a los servicios de alta especialidad seguirá operando como se encuentra actualmente. Al respecto, cabe señalar que la mayor parte de los servicios de tercer nivel están concentrados en el DF o en algunas ciudades del país, lo que implica imposibilidad real de acceder a ellos para las personas que se encuentren en localidades marginadas. La reforma segmenta aún más a un sistema que ya operaba con claras divisiones en cuanto a la calidad y el acceso a los servicios. Crea un nuevo tipo de derechohabiente y, sin embargo, aquellos que no puedan ingresar al sistema van a ser los excluidos dentro de los ya excluidos. Este esquema de atención viola el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el que está reconocido el derecho a la salud, la reforma es regresiva en tanto que ahora la población tiene limitados su derecho de atención a determinado número de intervenciones.

Por otro lado, la incorporación de programas federales al esquema del SPSS, como el programa de Arranque Parejo, no permite dilucidar los montos de recursos que se destinarán para fines específicos. Aunque el reglamento prevé la acreditación de clínicas y hospitales, la creación de un sistema de información y la entrega de información a los diputados acerca del universo, la cobertura, los servicios ofrecidos, así como información sobre el manejo financiero, no existen mecanismos explícitos que garanticen que las entidades federativas cumplan las obligaciones señaladas en la Ley. Asimismo, en el área de control y fiscalización de los recursos no se plantean nuevos mecanismos a pesar de que hasta ahora la fiscalización de los recursos federales ha tenido serias deficiencias.

En cuanto a las implicaciones financieras, se puede señalar que la propuesta de financiamiento no permitirá cerrar las brechas de desigualdad existentes ni tampoco garantiza

el financiamiento suficiente para la creación de infraestructura. Además de que elimina el principio de gratuidad sin condicionamiento, antes existente en la LGS, al introducir el prepago de las familias beneficiarias. Sobre este tema versa la siguiente sección.

ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO

El financiamiento federal del SPSS se realizará a través de dos fondos federales --el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (para financiar la prestación de servicios de salud pública) y el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (para financiar la atención médica a las familias)-- con las aportaciones de las entidades y con las cuotas familiares y de recuperación que pagarán los beneficiarios.

La ley prevé que el financiamiento del SPSS sea a través de las aportaciones de los beneficiarios, de los gobiernos de los estados y el Distrito Federal y de la federación, de acuerdo al siguiente esquema de cuotas y aportaciones:

I) BENEFICIARIOS

- Cuota familiar: Los beneficiarios participarán en el financiamiento del SPSS con cuotas familiares que serán anticipadas, anuales y progresivas que se determinarán con base en las condiciones socioeconómicas de la familia. El reglamento determinará los lineamientos para los casos en que los beneficiarios no aportarán cuota familiar.
- Cuota reguladora: Estas cuotas se podrán establecer para algunos servicios en razón de la frecuencia de su uso o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados.

Las cuotas familiares podrán ser revisadas anualmente tomando como base el INPC y serán destinadas específicamente al abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud.

II) GOBIERNOS ESTATALES:

- Aportación solidaria: Aportación estatal mínima equivalente a la mitad de la cuota social del gobierno federal.

III) GOBIERNO FEDERAL:

- Cuota social: Cubrirá anualmente una por cada familia beneficiaria del SPSS, equivalente a quince por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. Esta cuota se hará efectiva a las entidades que cumplan con la aportación solidaria por familia.
- Aportación solidaria: Deberá representar al menos una y media veces el monto de la cuota social.

La aportación federal se realizará mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P) de conformidad con la fórmula establecida en las disposiciones reglamentarias de la LGS.

1. APORTACIÓN SOLIDARIA FEDERAL²⁴

La aportación solidaria por parte del gobierno federal se realizará mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona. El monto total anual²⁵ de recursos federales asociados al fondo será distribuido entre las entidades federativas conforme a cada uno de los componentes de asignación en el año a presupuestar, señalados en la ecuación:

- Familia beneficiaria: proporcional al número de familias beneficiarias en la entidad. (Número de familias beneficiarias del Sistema en la entidad estimadas / total de familias beneficiarias del Sistema en las entidades federativas)
- Necesidades de salud: la asignación correspondiente a cada entidad será proporcional a la población beneficiaria en la entidad ajustada por necesidades de salud. El ajuste por necesidades de salud de la población beneficiaria se efectuará con base en el conjunto de variables que se definan para medir las diferencias relativas entre entidades en las necesidades de salud de la población, identificando específicamente aquellas diferencias asociadas a la población infantil y a la población adulta.
- Esfuerzo estatal: la entidad federativa recibirá una asignación proporcional a las aportaciones adicionales que ésta realice. Por aportación adicional se entenderá el

²⁴ Reglamento de la Ley General de Salud en materia de protección social en salud.

²⁵ Para determinar el monto anual de la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal, para financiar los servicios de salud a la persona, el número de familias beneficiarias por entidad federativa se cuantificará anualmente por la Comisión a partir de:

monto de recursos erogado para el financiamiento, tanto de los servicios de salud a la persona para las familias beneficiarias, como de los servicios de salud a la comunidad, en adición a la aportación solidaria estatal y hasta por un monto equivalente a dos veces la aportación solidaria estatal.

- Desempeño: la asignación correspondiente a cada entidad federativa será proporcional al desempeño de la entidad. La variable de desempeño a utilizar será definida por la Secretaría tomando en cuenta el conjunto de variables necesario para medir de manera objetiva la cobertura efectiva de los servicios, considerando las dificultades intrínsecas, la disponibilidad de recursos y los logros asociados. Con base en la información disponible, se deberá tomar en cuenta el grado de heterogeneidad en el desempeño observado al interior de la entidad.

La Secretaría determinará anualmente los parámetros necesarios para definir la participación de cada uno de los componentes de asignación: por familia beneficiaria, por necesidades de salud, por esfuerzo estatal y por desempeño, respectivamente, como parte de la fórmula. Asimismo, definirá el valor del parámetro θ para definir la participación de los componentes del ajuste de necesidades de salud en función de la población infantil y adulta, respectivamente.

El factor correspondiente al componente de asignación por familia beneficiaria del Sistema no podrá ser menor al ochenta por ciento de la aportación solidaria federal.

La inequidad ha sido una de las características de la distribución de los recursos del FASSA desde su creación. Es importante analizar si la nueva forma de asignación de los recursos federales revierte esta característica de inequidad. Como ya se mencionó, los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud del Ramo 33, se destinarán al financiamiento de los dos Fondos de Aportaciones para los Servicios de Salud – a la Comunidad y a la Persona- previstos con la reforma. Conforme los estados firmen los Acuerdos del SPSS dejarán de recibir recursos con arreglo a la fórmula de la Ley de Coordinación Fiscal y lo harán de acuerdo a las fórmulas establecidas en la Ley General de Salud.

- el Padrón vigente al término del año fiscal inmediato anterior

- la proyección de la población beneficiaria potencial

- la capacidad existente para la provisión de los servicios y

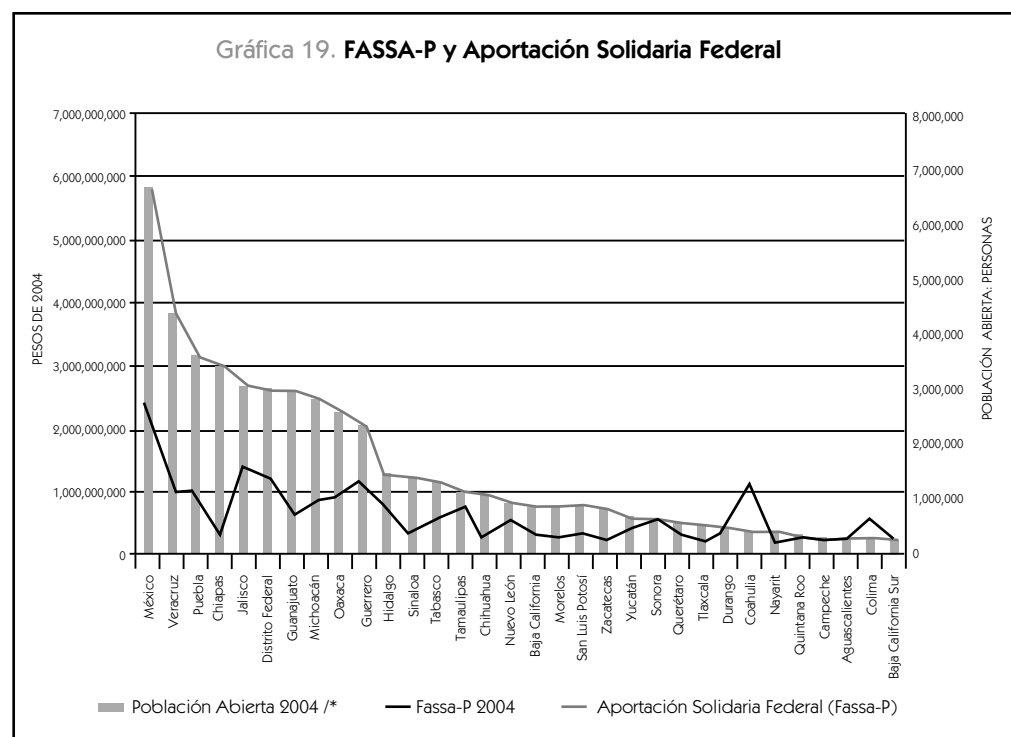
- las metas de incorporación de familias al Sistema, con criterios de equidad en la distribución de la meta nacional, según se convenga con las entidades federativas en los anexos de los acuerdos de coordinación correspondientes y

- tomando en consideración la disponibilidad de recursos presupuestarios para el ejercicio fiscal correspondiente.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de protección social en salud. Artículo 87.

Partiendo de las nuevas reglas para la distribución de los recursos federales del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona, se pueden realizar algunas estimaciones que muestren la nueva distribución de estos recursos. Es importante aclarar que en la medida que los parámetros necesarios para calcular la asignación del fondo no están disponibles, las estimaciones serán sólo aproximadas. Sin embargo, es importante destacar que el principal componente de la nueva fórmula es el número de familias beneficiarias y representará 80 por ciento de la aportación solidaria federal.

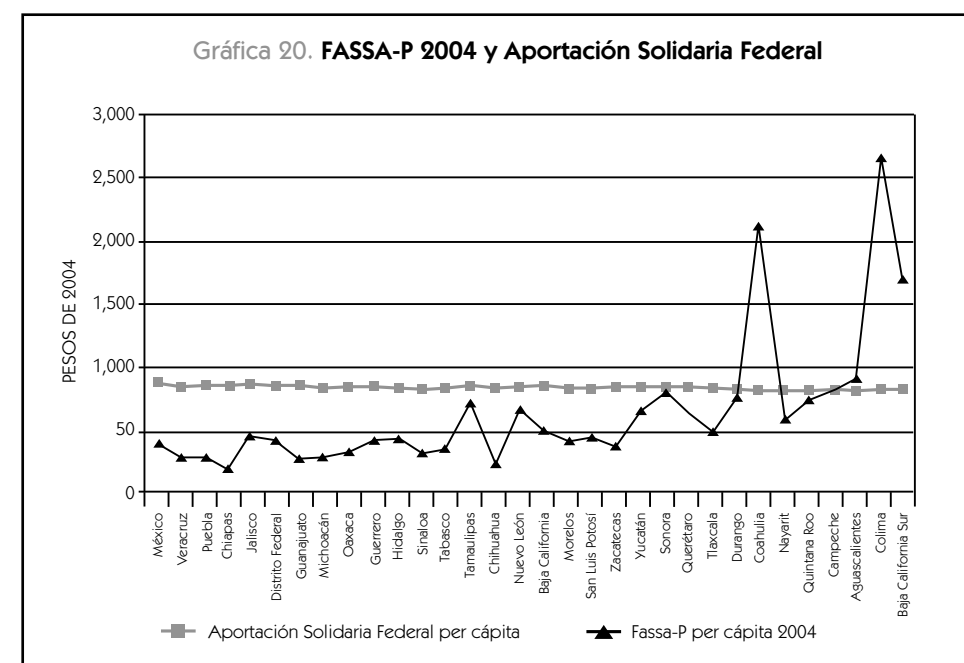
Considerando que el principal componente para la distribución de la Aportación Solidaria Federal es el número de familias beneficiarias, la distribución del presupuesto se alinearía con la población abierta a atender. Esta distribución contrasta con la forma como se venían distribuyendo los recursos del ramo 33 para salud. La gráfica 18 compara la distribución del presupuesto del FASSA-P en 2004 con la estimación de acuerdo a la nueva fórmula.



Fuente: Elaboración propia con datos del PEF 2004 Aprobado y CONAPO
Nota: La Aportación Solidaria Federal se calculó como 1.5 veces la cuota social anual (15 por ciento del salario mínimo general del Distrito Federal) por familia beneficiaria. Se consideró el 100 por ciento de las familias pertenecientes a la población abierta.

En términos del monto total de recursos, es notorio el incremento que obtendrían algunos gobiernos estatales que actualmente reciben magras asignaciones presupuestarias, como por ejemplo Chiapas, que incrementaría su presupuesto en 618 por ciento con relación a lo que recibieron en 2004 por concepto de FASSA-P.

De manera semejante, con la aplicación del criterio de familia beneficiaria, la distribución del presupuesto de la aportación solidaria federal en términos per cápita sería más homogénea, como se ilustra en la gráfica 19.



Fuente: Elaboración propia con datos del PEF 2004 Aprobado y CONAPO

Los recursos provenientes de las aportaciones solidarias federales, las aportaciones solidarias estatales, la cuota social, así como el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos servirán para financiar los servicios de salud a la persona cubiertos por el Sistema²⁶.

²⁶ Ley General de Salud, Capítulo I Disposiciones generales Artículo 77 bis 1

Aparentemente, este esquema mejora la distribución de los recursos, sin embargo dado el largo período de desarrollo desigual y, como quedó explicado en el capítulo de acceso a los servicios de salud, los estados de muy alta y alta marginación tienen una insuficiencia ancestral de infraestructura en salud. Por ello hace falta, además de equilibrar la distribución de los recursos federales, invertir en salud para revertir la desigualdad existente.

Es importante señalar dos elementos: primero, implícitamente se reconoce la incapacidad para la prestación de los servicios y segundo, la asignación de recursos es incierta pues éstos dependerán de lo que anualmente se apruebe en el presupuesto. Lo anterior se desprende del contenido del artículo 78 del Reglamento que a la letra dice: “Con objeto de determinar el monto anual correspondiente a la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal, para financiar los servicios de salud a la persona cubiertos por el Sistema, el número de familias beneficiarias por entidad federativa se cuantificará anualmente por la Comisión a partir del Padrón vigente al término del año fiscal inmediato anterior, de la proyección de la población beneficiaria potencial, de la **capacidad existente para la provisión de los servicios** y de las metas de incorporación de familias al Sistema, con criterios de equidad en la distribución de la meta nacional, según se convenga con las entidades federativas en los anexos de los acuerdos de coordinación correspondientes y **tomando en consideración la disponibilidad de recursos presupuestarios para el ejercicio fiscal correspondiente.**”

De acuerdo con estas estimaciones, el presupuesto actual del Fondo de aportaciones para los servicios de salud a la persona deberá duplicarse con relación a lo aprobado para 2004 para cubrir la aportación solidaria federal de la totalidad de las familias que actualmente no tienen seguridad social y son susceptibles de incorporarse al SPSS.

En síntesis, con la nueva fórmula del FASSA-P, mejora la equidad de su distribución entre las entidades en tanto que se alinea con la población abierta a atender. Sin embargo, es indispensable realizar importantes inversiones en salud para revertir el atraso añejo en las regiones con niveles de muy alta y alta marginación.

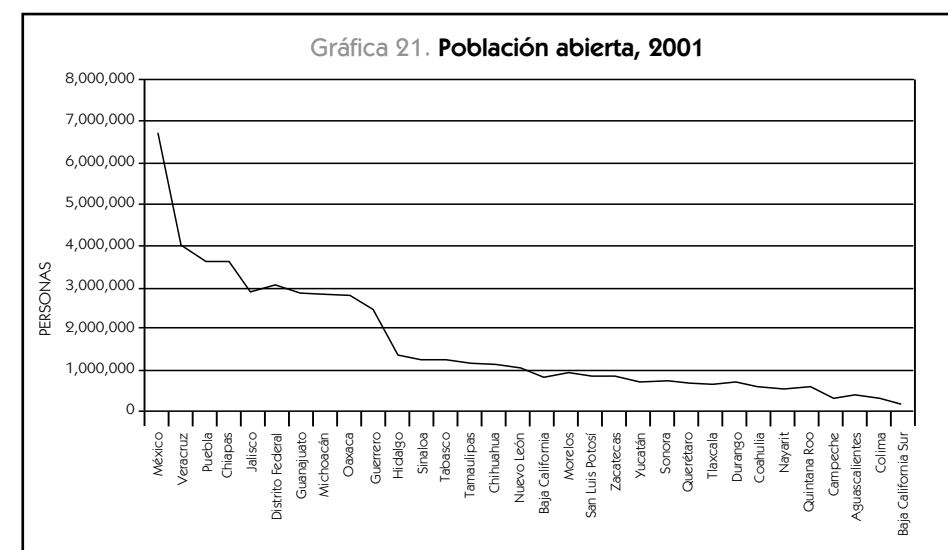
Es preocupante que no exista obligatoriedad para la federación de ministrar los recursos para la salud y se deje a la discrecionalidad de la Secretaría de Hacienda y/o de la Cámara de Diputados “la disponibilidad de recursos”. Como quedó expuesto en el capítulo I, la Secretaría de Hacienda no ministraba los recursos del FASSA para distribuir entre los estados de acuerdo al criterio de equidad.

2. APORTACIÓN SOLIDARIA ESTATAL

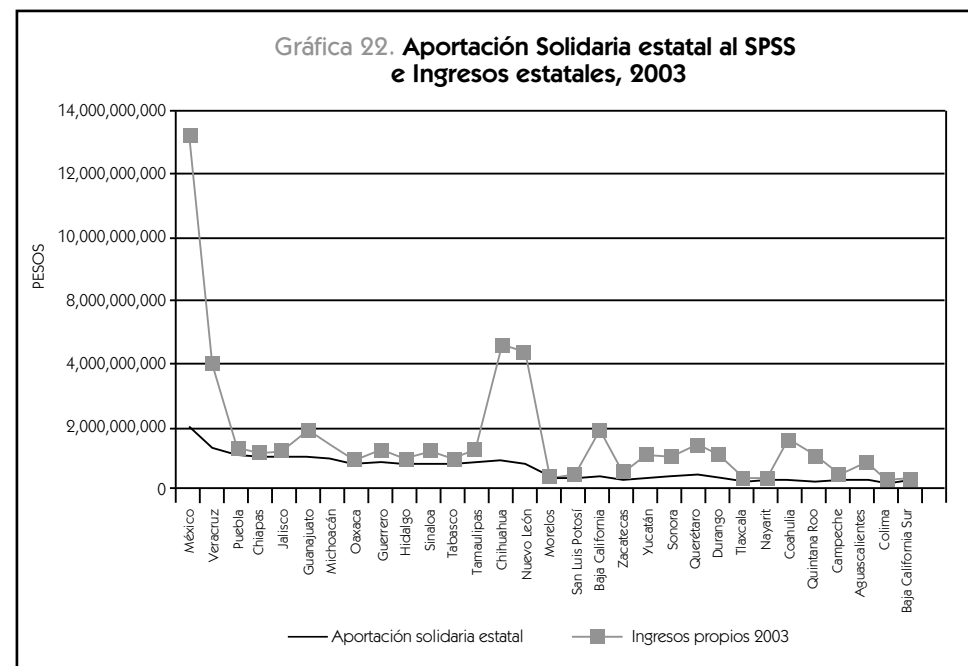
De acuerdo con la Ley General de Salud, los estados deberán realizar una aportación mínima por cada familia incorporada al Sistema, por ende la aportación solidaria estatal será proporcional a la población abierta a atender en cada entidad. El establecimiento de obligaciones específicas de las entidades para financiar los servicios de salud, sin duda es una medida conveniente. Sin embargo, existen disparidades entre los estados que hacen inviable la forma de financiamiento que se propone.

De acuerdo con el criterio establecido en la Ley, las entidades con mayor número de población abierta deberán realizar mayores aportaciones, con cargo a los ingresos propios de los gobiernos estatales.

Las entidades con mayor número de población abierta son aquellas que tienen una población total más alta (como es el caso de Jalisco o el Distrito Federal) o aquellas que, aunque con población total menor tienen alto porcentaje de población abierta (en el caso extremo se encuentran Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Puebla, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas cuya población abierta es superior al 60 por ciento de su población total).



FUENTE: Elaboración propia con datos de CONAPO y a partir de Síntesis Ejecutiva. Poblaciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud de México: Definición y Construcción. SSA/Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, 2001.

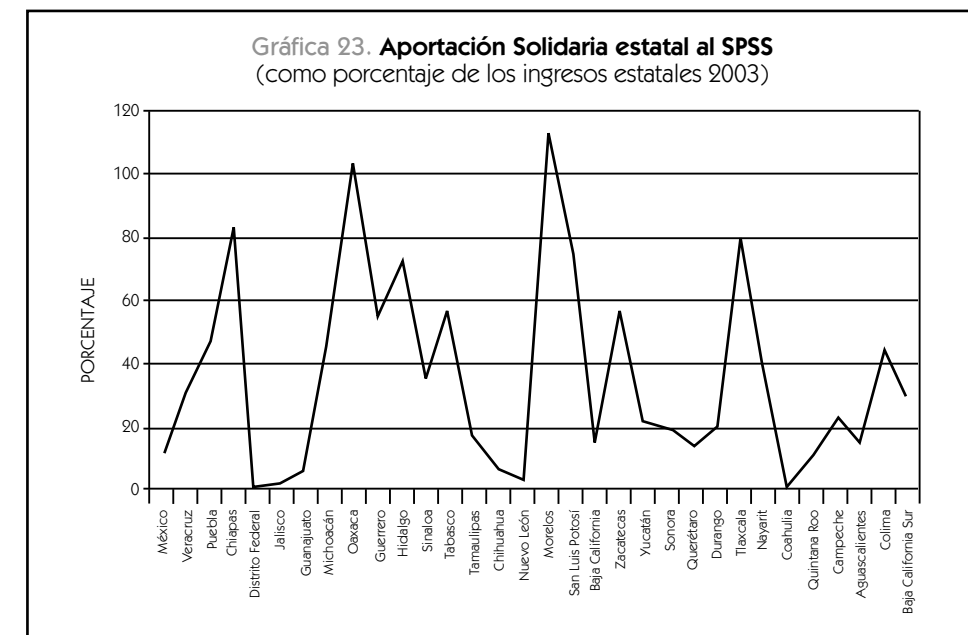


FUENTE: Elaboración propia con datos de CONAPO y SIEF a partir las Leyes de Ingresos Estatales para el ejercicio 2003.

Nota: La Aportación Solidaria Estatal se calculó como 0.5 veces la cuota social anual (15 por ciento del salario mínimo general del Distrito Federal) por familia beneficiaria. Se consideró el 100 por ciento de las familias pertenecientes a la población abierta.

Esta circunstancia plantea una seria problemática para las entidades de bajo desarrollo económico pues como se ha señalado, éstas tienen una baja capacidad de generar ingresos propios en la medida que éstos tienen una alta correlación con el PIB. Por ello, las aportaciones solidarias estatales al SPSS, representarán un impacto mucho mayor para aquellas entidades con un alto porcentaje de población abierta, ingresos estatales reducidos y escasa capacidad recaudatoria. Dentro de esta categoría se encuentran Puebla, Chiapas, Michoacán, Oaxaca, Guerrero, Hidalgo, Tlaxcala y Zacatecas.

En ese sentido, en tanto no se modifiquen las condiciones económicas de estas entidades y/o la estructura de sus ingresos y su capacidad recaudatoria no es previsible una mejora sustancial en los ingresos propios de los gobiernos estatales. Por ende, las aportaciones estatales al SPSS serán inviables para algunos estados.



Fuente: Elaboración propia con datos de CONAPO y SIEF a partir las Leyes de Ingresos Estatales para el ejercicio 2003.

Es importante destacar que la Secretaría de Salud se arrogó la posibilidad de suspender las transferencias de los recursos federales a las entidades que no realicen las aportaciones o a las que no entreguen información, de acuerdo con el artículo 81 del Reglamento, que a la letra dice: "La Secretaría de conformidad con lo establecido por el segundo párrafo del artículo 77 bis 12 de la Ley, ***deberá suspender, en el trimestre respectivo, la transferencia de los recursos federales*** correspondientes a la cuota social del Gobierno Federal, cuando las entidades federativas no hayan realizado la entrega de las aportaciones solidarias [...] durante el trimestre anterior.

La Secretaría podrá suspender la transferencia a las entidades federativas de los recursos federales correspondientes a la aportación solidaria del Gobierno Federal, así como los correspondientes al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y, en su caso, la previsión presupuestal anual, cuando las entidades federativas no entreguen la aportación solidaria [...] o cuando dejen de informar en tiempo y forma sobre la administración y ejercicio de los recursos provenientes de las cuotas familiares."

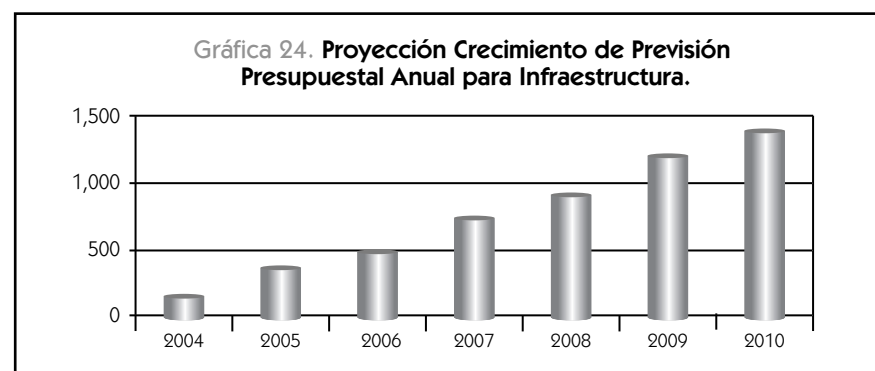
Si bien es cierto que para algunos gobiernos estatales, la salud de la población de su entidad no es una prioridad y eventualmente no cumplirían con las aportaciones estatales, también es cierto que esta medida de presión de la federación hacia los gobiernos de los estados afectaría la prestación de los servicios, así como los derechos laborales del personal de salud. Es increíble que se ponga en juego el servicio. Esta disposición va en contra del derecho a la salud.

Es importante señalar que será causa de responsabilidad administrativa el incumplimiento de las aportaciones para el SPSS. Quizá la federación podría encontrar mecanismos de sanción hacia los funcionarios responsables que no afecten la prestación de los servicios ni los derechos de los trabajadores del sector salud.

3. PREVISIÓN PRESUPUESTAL ANUAL

De la cuota social y las aportaciones solidarias, la SSA canalizará anualmente el ocho por ciento al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (capítulo VI) y tres por ciento para la constitución de una previsión presupuestal anual aplicando dos terceras partes para atender a las necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados de mayor marginalidad social y una tercera parte para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal así como la garantía de pago por la prestación interestatal de servicios. En caso de haber remanentes en esta previsión, se canalizarán al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

Considerando los criterios fijados en la ley, la previsión presupuestal anual que será destinada para infraestructura tendrá el siguiente comportamiento de 2004 al 2010:



Fuente. Elaboración propia con base en proyecciones usando como base el PPEF 2004

En el período, se logrará acumular 5,541 millones de pesos. Este monto será de utilidad para construir aproximadamente 11 hospitales generales, si tomamos como parámetro que un hospital general le costó al IMSS aproximadamente 500 millones de pesos en 2002²⁷. Es evidente que con este ritmo de inversión en infraestructura los rezagos en las entidades con mayores niveles de marginación son más una ficción que una posibilidad real.

²⁷ El dato del IMSS se tomó del "Calendario Financiero de Programas y Proyectos de Inversión 2002" para el IMSS en el PEF 2002.

V. EL CASO DE LA MORTALIDAD MATERNA

La muerte de la mujer por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio es evitable. El problema radica en el acceso oportuno y de calidad a servicios de salud. Por ello, la mortalidad materna es un indicador internacionalmente reconocido de desarrollo de un país y/o región.

México signó los Acuerdos de las Conferencias de El Cairo (1994) y Beijing (1995), en los cuales se establecen acciones específicas que deben realizar los gobiernos para mejorar la salud en la mujer, incluyendo la atención durante el embarazo, parto y puerperio.²⁸ Una acción central es el aumento en la asignación del gasto público en salud.

Pese a los avances registrados a la fecha, las tasas de muerte materna se han mantenido sin variaciones durante la década de los años noventa y siguen existiendo brechas significativas en el número de muertes entre países desarrollados y subdesarrollados. Tal realidad, demuestra que las políticas ejecutadas hasta la fecha no han sido del todo exitosas.²⁹

Cabe señalar que en nuestro país, los fallecimientos se concentran en mujeres de población abierta, pobres o de extrema pobreza, en zonas rurales indígenas y urbanas de alta marginalidad, principalmente en los estados del sur-sureste de la República.

²⁸ El puerperio corresponde a los 42 días posteriores al parto.

²⁹ Daniela Díaz, (FUNDAR Centro de Análisis e Investigación A.C.), Presupuesto Público y Mortalidad Materna: Seguimiento al Programa Arranque Parejo en la Vida, México, 2003.

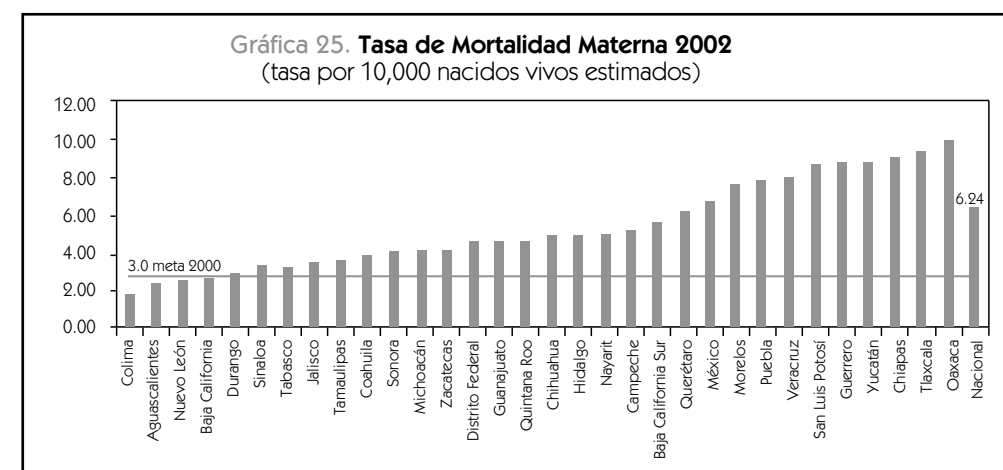
Asimismo, las muertes ocurren de manera importante en el hogar, o en el traslado a un centro de salud, pero también durante la atención en el servicio de salud. Situaciones que de nueva cuenta remiten tanto a aspectos culturales –la relación entre la población y los profesionales de la salud-- como de recursos –condiciones para un traslado efectivo, personal capacitado, centros de salud con equipamiento e infraestructura que aseguren la resolución de emergencias obstétricas.

En México se mantienen las principales causas de mortalidad materna registradas desde 1985:

- 1° Toxemia;
- 2° Hemorragias del embarazo, parto y puerperio;
- 3° Todos los tipos de aborto; y
- 4° Sepsis del puerperio.

Es de resaltar que todas –excepto el aborto– se asocian a las condiciones socio-económica de la mujer, así como al ya reiterado acceso y calidad de una atención médica oportuna.

La tasa de mortalidad materna estimada para 2003 es de 6.0, la cual es la misma del año 1990.³⁰ En consecuencia, al año 2003 aún se está bastante lejos de cumplir la meta fijada para el año 2000, la cual era llegar a la mitad de la tasa de muerte materna registrada en el año 1990.³¹



Fuente: Elaboración propia con datos de la SSA, Salud: México 2002, p. 188, www.ssa.gob.mx
Razón de mortalidad materna por 10,000 nacidos vivos estimados. La tasa de mortalidad materna del 2002 no es comparable con la de los años anteriores, pues desde el año 2001 hacia atrás, las tasas están con base en 10 mil nacidos vivos registrados (en vez de estimados).

¿Cuál es la propuesta actual de la Secretaría de Salud al problema de la mortalidad materna en las mujeres pobres?

Desde el año 2002, opera el Programa Arranque Parejo en la Vida, donde se introducen metas específicas de disminución de mortalidad materna, neonatal e infantil y del número de defunciones maternas al 2006, con respecto a las registradas en el año 2000.³² Éste otorga atención a mujeres pobres durante el embarazo, parto y puerperio, y a infantes desde el nacimiento hasta los dos años de edad. Focaliza preferentemente en municipios con alta incidencia en mortalidad materna. Empezó en 7 entidades federativas, posteriormente, se amplió a 17, y en el año 2003 se extendió a todo el país, incluyendo el Distrito Federal, operando en 18 estados y en 356 municipios.³³

Primero, el financiamiento se canalizó centralizadamente a través del Ramo 12-Ssa, posteriormente, en el 2003, se mantuvo un recurso para la dirección central y para la operatividad del programa se descentralizó vía Ramo 33-Fassa. En el presente año, ya no es visible en el Presupuesto de Egresos de la Federación. A pesar de que se incluye en la estrategia programática sectorial de la Secretaría de Salud. Esto obedece a que para el presente año, el gasto se le destinará por medio del Sistema de Protección Social en Salud. Es decir, la asignación se efectuará mediante la firma de Acuerdos de Gestión, entre el Comisionado del Sistema de Protección Social y el gobernador. Pese a que los recursos van por este nuevo esquema de financiamiento, las beneficiarias del programa –por ser parte de un programa social de combate a la pobreza- no realizarán pago alguno por los servicios que otorga Arranque Parejo en la Vida.

Es de llamar la atención que, no obstante el programa como tal no esté funcionando en todas las entidades federativas, en la asignación presupuestal del 2003 –a través del Ramo 33-Fassa–, se etiquetó el gasto a la atención materno-infantil como Arranque Parejo. Esto provoca un serio problema en la transparencia en la información sobre los recursos destinados específicamente al APV, y en el seguimiento al mismo. Igualmente, el hecho de que la

³⁰ Tasa por 10 000 nacimientos estimados por el CONAPO. Cabe señalar, que con la corrección del subregistro las tasas suben, a 8.9 en 1990 y 7.3 en el 2003. Poder Ejecutivo Federal, Tercer Informe de Gobierno, www.presidencia.gob.mx

³¹ Op. cit. anterior.

³² Ssa, Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, p. 55.

³³ Las entidades federativas y el número de municipios por cada una son: Aguascalientes (11), Campeche (11), Colima (10), Chiapas (15), Guanajuato (17), Guerrero (22), Hidalgo (31), Michoacán (20), Morelos (12), Nayarit (15), Oaxaca (40), Querétaro (18), Quintana Roo (6), San Luis Potosí (21), Tabasco (17), Tamaulipas (16), Veracruz (54) y Yucatán (20).

etiquetación del financiamiento del programa haya desaparecido del PEF 2004, dificulta la rendición de cuentas del uso de los recursos públicos.

¿DÓNDE SE IMPLANTÓ EL APV?

Las mayores dificultades en términos presupuestarios del programa Arranque Parejo en la Vida --y en consecuencia en el logro de sus metas-- son cuatro: 1) es un programa que no cuenta con recursos asignados de manera consistente (pasa de la asignación centralizada, a la descentralización y finalmente al Sistema de Protección Social en Salud); 2) en gran medida la implementación de equipos e insumos nuevos --es decir no existentes en las unidades de atención donde opera-- descansa en la iniciativa privada; 3) la baja asignación presupuestal; y 4) siendo uno de los aspectos más relevantes, que se pone en marcha un programa dirigido a uno de los sectores más vulnerables del país, sin antes haber establecido una política para superar las desigualdades en las condiciones básicas para su efectivo funcionamiento.

El último aspecto nos ubica en la situación de inequidad en salud a varios niveles: a) entre entidades federativas, b) jurisdicciones sanitarias al interior de un estado, c) condiciones de los servicios de salud: recursos humanos, recursos en infraestructura, recursos en equipos e insumos, y d) recursos financieros.

RECOMENDACIONES

Con base en la investigación desarrollada por Fundar Centro de Análisis e Investigación A.C., -con trabajo de campo en Chiapas, Guerrero y Oaxaca- se hacen las recomendaciones siguientes:

- En la Nueva Ley General de Salud, en el Artículo 77 Bis 1 y Bis 9 se asegura la atención en gineco-obstetricia, tanto en el primer como en el segundo nivel de atención. Sin embargo, cabe preguntarse, dado el marco de insuficiencia de servicios de salud, si acaso para acceder a la atención en el segundo y tercer nivel (especialidades), deberán competir por la atención con los afiliados al sistema que sí pagan. Por lo tanto, se debe clarificar cómo operará el programa bajo el nuevo esquema de financiamiento.
- Establecer que los tiempos en la liberación del gasto para programas prioritarios, creados para resolver problemas urgentes --como el gobierno ubicó al programa Arranque Parejo

en la Vida ante la mortalidad materna-, sean acordes a sus necesidades. Por ejemplo, para 2004 es pertinente preguntar con qué recursos opera el programa hasta la firma de los Acuerdos de Gestión.

- Considerando el escaso personal de salud o en su caso la saturación de labores que éste realiza,³⁴ ampliar el personal de salud que opera en las unidades de primer nivel, incorporando incentivos (no sólo salariales) para que permanezcan en comunidades aisladas.
- No sólo aumentar el número del personal de salud, sino capacitar al personal –principalmente de los dos primeros niveles de atención– para la resolución de emergencias obstétricas –situación en la que mayoritariamente se concentra la mortalidad materna–.
- Revertir el traspaso de responsabilidades en el surtimiento de insumos al programa, a la iniciativa privada.
- Cambiar la estructura del gasto del programa, que se basa en la concepción de costo-beneficio, a través de enfatizar en un Paquete Básico de Servicios, enfocado a otorgar seguimiento a la mujer durante el embarazo por una estructura del gasto que incorpore además los costos de la atención de urgencias obstétricas y de la atención hospitalaria de tratamientos de largo plazo que las emergencias puedan dejar como consecuencias.
- En el costo del programa se debe tener como premisa básica el que la mujer pueda acceder a la atención en salud de calidad, es decir las 24 horas del día, los 365 días del año, por personal capacitado, con medicamentos e insumos médicos pertinentes a su padecimiento.
- En relación con la recomendación anterior, es fundamental que en la elaboración de programas sociales, se incorpore el diagnóstico y recomendaciones de las mujeres potencialmente beneficiarias, de organizaciones no gubernamentales con experiencia en la problemática y en la región, y del personal de salud estatal, jurisdiccional y local.
- Incorporar a la estructura del gasto del programa, los costos del traslado y referencia, de la paciente a la unidad de salud que requiera (primer, segundo y/o tercer nivel de atención).
- Es sustancial para formular “recomendaciones más específicas sobre el uso del gasto”,³⁵

la rendición del uso del gasto y de las acciones realizadas en la ejecución del programa. Igualmente, incorporar a nivel estatal y en los municipios focalizados, las metas en número de población a cubrir e intervenciones médicas a realizar.

³⁴ “El personal de salud por lo menos trabaja en cuatro programas: Programa de Ampliación de Cobertura, el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, el Programa de Salud Reproductiva y el Programa Arranque Parejo en la Vida. Además, las entidades federativas crean y ejecutan sus propios programas.” En Daniela Díaz, (FUNDAR Centro de Análisis e Investigación A.C.), Presupuesto Público y Mortalidad Materna: Seguimiento al Programa Arranque Parejo en la Vida, México, p. 5, 2003.

³⁵ Castañeda, Martha Aída et al., Mortalidad materna en México: cuatro visiones críticas, en edición, México, 2004.

VI. CONCLUSIONES GENERALES

- Una de las principales causas de las ineficiencias de la atención a la salud de la población abierta es que la descentralización partió de un contexto de inequidad preexistente. El modelo implementado únicamente tomó en cuenta la infraestructura y la plantilla de personal existente en cada estado, preservando con ello la inequidad presupuestaria.
- La asignación de recursos por parte de la Secretaría de Hacienda para el FASSA obvió el criterio que permitiría “promover la equidad en los servicios de salud” establecido en el artículo 30 de la Ley de Coordinación Fiscal.
- En México existe una desigualdad económica evidente entre las entidades. Esta desigualdad se refleja también en las dificultades de los estados para generar más ingresos propios y con ellos financiar las responsabilidades de gasto derivadas de la descentralización.
- La creación del SPSS tiene el acierto de establecer compromisos de los gobiernos federal y estatales respecto a las aportaciones para financiar el sistema, sin embargo omite completamente criterios de subsidiariedad, incluso consideraciones elementales de vinculación y estructura organizacional.
- La nueva fórmula del FASSA-P mejora la equidad de su distribución entre las entidades en tanto que se alinea con la población abierta a atender. Sin embargo, es indispensable realizar importantes inversiones en salud para revertir el atraso ancestral en las regiones con niveles de muy alta y alta marginación.
- Es preocupante que no exista obligatoriedad para la federación de ministrar los recursos

para la salud y se deje a la discrecionalidad de la Secretaría de Hacienda y/o de la Cámara de Diputados “la disponibilidad de recursos”.

- El establecimiento de obligaciones específicas de las entidades para financiar los servicios de salud, sin duda es una medida conveniente. Sin embargo, existen disparidades entre los estados que hacen inviable la forma de financiamiento que se propone.
- Con este ritmo de inversión en infraestructura previsto en la Ley, la satisfacción de los rezagos en las entidades con mayores niveles de marginación son más una ficción que una posibilidad real.
- La federación tiene otras alternativas para financiar los servicios de salud, mediante la priorización del gasto en salud y/o mediante el incremento de su capacidad recaudadora para mejorar sus ingresos y, con ello, financiar los servicios de salud.
- La muerte de la mujer por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio, es evitable. El problema radica en el acceso oportuno y de calidad a servicios de salud.
- La distribución de los recursos financieros del APV, a través de la asignación del gasto agregado del SPPS, dificulta de sobremanera el papel rector de la SSA, ante la problemática del fallecimiento de las mujeres por causas asociadas a la reproducción.

VII. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA Y
PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

A) PROBLEMA 1: DEFICIENCIA EN INFRAESTRUCTURA.

Los recursos dedicados a la expansión y mantenimiento de la infraestructura han mostrado una tendencia decreciente a lo largo de los últimos años. Actualmente, existe una gran disparidad en los estados respecto a la disponibilidad de infraestructura, acusadamente los estados con niveles de marginación muy alto y alto son los más rezagados.

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

Creación de un fondo con recursos federales que complemente la provisión anual para infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en las jurisdicciones sanitarias de mayor marginalidad social y de alta especialidad en los estados que no cuenten con ella, de acuerdo al plan maestro que para tal efecto elabore la Secretaría de salud. El Fondo deberá ser suficiente para que anualmente se dispongan de provisiones presupuestarias de manera tal que en un plazo no mayor de diez años se haya resuelto la deficiencia en infraestructura.

Table with 2 columns: Procedimiento, Ventaja. Row 1: Adición de artículo 77 Bis 20 a la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. Acabar con el rezago de infraestructura en un plazo de diez años.

DEBE DECIR:

ARTÍCULO 77 BIS 20. Para garantizar la suficiencia de recursos para infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en las jurisdicciones sanitarias de mayor marginalidad social y de alta especialidad en los estados que no cuenten con ella se creará el Fondo de Emergencia para Gastos en Infraestructura con cargo al presupuesto federal. Este fondo complementará la provisión anual para infraestructura para atención primaria y especialidades básicas hasta el monto que permita que, en un plazo que no exceda los diez años, todas las jurisdicciones sanitarias estén provistas de suficiente infraestructura para atención primaria y especialidades básicas y todos los estados cuenten con infraestructura de alta especialidad.

Los recursos del Fondo de Emergencia para Gastos en Infraestructura que, obligatoriamente, se destinen expresamente en el Presupuesto de Egresos de la Federación a fin de eliminar el rezago en infraestructura serán distribuidos conforme al plan maestro que para tal efecto realice la Secretaría de Salud con el consenso de los gobiernos de los estados y la Cámara de Diputados, en un plazo no mayor a seis meses.

La constitución y manejo de este fondo será con arreglo a lo dispuesto en el reglamento de esta Ley.

Será causa de responsabilidad administrativa el incumplimiento de las provisiones presupuestarias al Fondo de Emergencia para Gastos en Infraestructura."

B) PROBLEMA 2: BAJOS INGRESOS PROPIOS DE LOS GOBIERNOS ESTATALES COMO LIMITANTES PARA LA REALIZACIÓN DE LAS APORTACIONES SOLIDARIAS ESTATALES.

Las entidades de bajo desarrollo económico tienen una baja capacidad de generar ingresos propios, en la medida que estos tienen una alta correlación con el PIB. Por ello, las aportaciones solidarias estatales al SPSS, representará un impacto mucho mayor para aquellas entidades con un alto porcentaje de población abierta e ingresos estatales reducidos.

Para evitar que las entidades federativas que no tienen capacidad suficiente para generar ingresos propios y, por ende, incumplan con la responsabilidad de realizar la aportación solidaria estatal afectando con ello el servicio de salud se propone lo siguiente.

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

Complementar la aportación solidaria estatal con recursos federales cuando aquélla represente elevado porcentaje de los ingresos propios de la entidad. El porcentaje deberá ser discutido ampliamente por los responsables de Salud y Finanzas de las entidades, académicos, organizaciones de la sociedad civil y por los miembros del Congreso de la Unión, a propuesta de la Secretaría de Salud en un plazo no mayor a tres meses a partir de la fecha de publicación del decreto correspondiente.

Procedimiento	Ventaja
Adición al artículo 77 Bis 13, con la fracción III, de Ley General de Salud.	Se garantiza el subsidio a las entidades con insuficientes recursos propios.
Reforma al artículo 84 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.	

LEY GENERAL DE SALUD

DICE:

ARTÍCULO 77 BIS 13. Para sustentar el Sistema de Protección Social en Salud, el Gobierno Federal y los gobiernos de los estados y del Distrito Federal efectuarán aportaciones solidarias por familia beneficiaria conforme a los siguientes criterios:

I. La aportación estatal mínima por familia será equivalente a la mitad de la cuota social a que se refiere el artículo anterior, y

II. La aportación solidaria por parte del Gobierno Federal se realizará mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona de conformidad con la fórmula establecida en las disposiciones reglamentarias de esta Ley. Dicha aportación deberá representar al menos una y media veces el monto de la cuota social que se fija en el artículo anterior.

La fórmula a que hace referencia la fracción II de este artículo incorporará criterios compensatorios con base en el perfil de las necesidades de salud, la aportación económica estatal y el desempeño de los servicios estatales de salud.

La Secretaría de Salud definirá las variables que serán utilizadas para establecer cada uno de los criterios compensatorios y determinará el peso que tendrá cada uno de ellos en la asignación por fórmula. Asimismo, proporcionará la información de las variables utilizadas para el cálculo.

Los términos bajo los cuales se hará efectiva la concurrencia del Gobierno Federal y estatal para cubrir la aportación solidaria se establecerán en los acuerdos de coordinación a que hace referencia el artículo 77 Bis 6 de la Ley.

DEBE DECIR:

ARTÍCULO 77 BIS 13. ...
I A II ...

III. La aportación subsidiaria por parte del Gobierno Federal se realizará mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona de conformidad con las disposiciones reglamentarias de esta Ley. Dicha aportación deberá subsidiar las aportaciones solidarias estatales cuando éstas excedan el porcentaje máximo de los ingresos propios del gobierno estatal.

El porcentaje máximo a que hace referencia la fracción III de este artículo será definido en los términos del artículo transitorio primero.

Los términos bajo los cuales se hará efectiva la subsidiariedad del Gobierno Federal para cubrir la aportación solidaria estatal se establecerán en los acuerdos de coordinación a que hace referencia el artículo 77 Bis 6 de la Ley.

Será causa de responsabilidad administrativa el incumplimiento de las aportaciones subsidiarias de la federación.

DEBE DECIR:

Transitorio

Artículo primero.

A propuesta de la Secretaría de Salud se establecerá el porcentaje máximo, que podrá representar la aportación solidaria estatal, de los ingresos propios de las entidades federativas a que hace referencia la fracción III del artículo 77 bis 13.

El porcentaje máximo deberá ser discutido ampliamente por los responsables de Salud y Finanzas de las entidades, académicos, organizaciones de la sociedad civil y por los miembros del Congreso de la Unión, en un plazo no mayor a noventa días contados a partir de la entrada en vigor del presente decreto.

REGLAMENTO DICE:

“ARTÍCULO 84. El monto correspondiente a la aportación solidaria estatal a que se refiere la fracción I del artículo 77 Bis 13 de la Ley, y mediante la cual se apoyará el financiamiento de los servicios de salud a la persona a que se refiere el artículo 7 de este Reglamento, se realizará por los gobiernos de las entidades federativas, con base en la legislación estatal correspondiente, debiendo guardar correspondencia con lo establecido en el artículo 77 de este ordenamiento. Lo anterior sin menoscabo de otras aportaciones que los gobiernos de las entidades federativas decidan efectuar como parte de su gasto en salud para el financiamiento de éstos u otros servicios de salud.”

REGLAMENTO DEBE DECIR:

“Artículo 84. El monto correspondiente a la aportación solidaria estatal a que se refiere la fracción I del artículo 77 Bis 13 de la Ley, y mediante la cual se apoyará el financiamiento de los servicios de salud a la persona a que se refiere el artículo 7 de este Reglamento, se realizará por los gobiernos de las entidades federativas, con base en la legislación estatal correspondiente, debiendo guardar correspondencia con lo establecido en el artículo 78 de este ordenamiento. Lo anterior sin menoscabo de otras aportaciones que los gobiernos de las entidades federativas decidan efectuar como parte de su gasto en salud para el financiamiento de éstos u otros servicios de salud.

En caso de que la aportación solidaria estatal sea superior al porcentaje máximo del ingreso propio de la entidad, se subsidiará con recursos federales con cargo al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona. El porcentaje será determinado de acuerdo con el artículo 77 bis 13 de la Ley General de Salud.

Será causa de responsabilidad administrativa el incumplimiento de las aportaciones subsidiarias de la federación. ”

C) PROBLEMA 3: SUSPENSIÓN DE LA TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS FEDERALES

La medida de suspender la transferencia a las entidades federativas de los recursos federales como forma de presión hacia los gobiernos de los estados afectaría la prestación de los servicios así como los derechos laborales del personal de salud. Esta disposición va en contra del derecho a la salud.

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

Eliminar la medida coercitiva a las entidades en detrimento de la prestación de los servicios de salud.

Procedimiento	Ventaja
Reforma al artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. Modificación de segundo párrafo del artículo 77 Bis 12 de la Ley.	Se garantiza la continuidad del servicio de salud.

DICE:

“ARTÍCULO 81. Para garantizar lo establecido en el artículo 77 Bis 15 de la Ley, el Gobierno Federal enviará al principio de cada trimestre los recursos por concepto de cuota social y mensualmente los recursos por concepto de aportación solidaria federal, correspondientes a la meta de afiliación convenida para ese periodo, de conformidad con lo establecido en el artículo 80 del presente Reglamento.

La Comisión realizará al término de cada trimestre y previo al envío de recursos subsecuentes una conciliación con cada entidad federativa para contrastar la congruencia del Padrón con los recursos enviados al principio del trimestre en cuestión.

Con base en los resultados de esta conciliación, la Comisión deberá efectuar ajustes en el monto de los recursos de cuota social y aportación solidaria federal a ser transferidos a la entidad federativa en el periodo subsecuente que corresponda.

La Secretaría de conformidad con lo establecido por el segundo párrafo del artículo 77 bis 12 de la Ley, deberá suspender, en el trimestre respectivo, la transferencia de los recursos federales correspondientes a la cuota social del Gobierno Federal, cuando las entidades

federativas no hayan realizado la entrega de las aportaciones solidarias a que se refiere la fracción I del artículo 77 bis 13 de la Ley, durante el trimestre anterior.

La Secretaría podrá suspender la transferencia a las entidades federativas de los recursos federales correspondientes a la aportación solidaria del Gobierno Federal, así como los correspondientes al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y, en su caso, la previsión presupuestal anual, cuando las entidades federativas no entreguen la aportación solidaria a que se refiere la fracción I del artículo 77 bis 13 de la Ley, o cuando dejen de informar en tiempo y forma sobre la administración y ejercicio de los recursos provenientes de las cuotas familiares.”

DEBE DECIR:

“ARTÍCULO 81. Para garantizar lo establecido en el artículo 77 Bis 15 de la Ley, el Gobierno Federal enviará al principio de cada trimestre los recursos por concepto de cuota social y mensualmente los recursos por concepto de aportación solidaria federal, correspondientes a la meta de afiliación convenida para ese periodo, de conformidad con lo establecido en el artículo 80 del presente Reglamento.

La Comisión realizará al término de cada trimestre y previo al envío de recursos subsecuentes una conciliación con cada entidad federativa para contrastar la congruencia del Padrón con los recursos enviados al principio del trimestre en cuestión.

Con base en los resultados de esta conciliación, la Comisión deberá efectuar ajustes en el monto de los recursos de cuota social y aportación solidaria federal a ser transferidos a la entidad federativa en el periodo subsecuente que corresponda.”

D) PROBLEMA 4. MORTALIDAD MATERNA

Son claras las diferencias en las condiciones de salud para población abierta, lo que lleva a algunas entidades federativas a encontrarse en un franco rezago para otorgar atención de salud de calidad y oportuna. Un signo de ello es el problema de la mortalidad materna, el cual en regiones del país aun está lejos de resolverse.

Distribuir los recursos financieros del APV, a través de la asignación del gasto agregado a través del SPPS, dificulta de sobre manera el papel rector de la SSA, ante la problemática del fallecimiento de las mujeres por causas asociadas a la reproducción. Problemática, que fue

asumida como prioritaria, al establecer a Arranque Parejo en la Vida como “parte tanto en el programa Nacional de Salud 2001-2006, como de la estrategia Contigo –eje del Programa Nacional de Superación de la Pobreza 2001-2006”.³⁶

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

Con fundamento en la **Ley General de Salud, Artículo 13, fracción IV:**

ARTÍCULO 13 La competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedará distribuida conforme a lo siguiente:

A. Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:

FRACCIÓN IV. Promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones en materia de salubridad general a cargo de los gobiernos de las entidades federativas, con sujeción a las políticas nacionales en la materia³⁷.

Se propone:

Que el Programa Arranque Parejo en la Vida se constituya efectivamente como un programa federal.

³⁶ Daniela Díaz, (FUNDAR Centro de Análisis e Investigación A.C.), Presupuesto Público y Mortalidad Materna: Seguimiento al Programa Arranque Parejo en la Vida, México, 2003.

³⁷ Diario Oficial de la Federación, Ley General de Salud, 30 de abril de 2003.

ANEXO

FINANCIAMIENTO Y EJERCICIO DE LOS RECURSOS

* Todos los artículos a los que se hace referencia corresponden a la Ley General de Salud, a excepción de los casos donde se indique.

Federación (Secretaría de Salud)	Entidad Federativa	Ejercicio Coordinado
<ul style="list-style-type: none"> - Aportar recursos materiales, humanos y financieros necesarios para la operación de los servicios de salubridad general, comprendidos en los acuerdos de coordinación. - Los recursos que aporten las partes quedarán expresos al régimen legal correspondiente. - La gestión estará a cargo de la estructura administrativa que establezcan la Federación y las entidades federativas. (Art. 19) 	<ul style="list-style-type: none"> - Aportar recursos materiales, humanos y financieros necesarios para la operación de los servicios de salubridad general, comprendidos en los acuerdos de coordinación. - Los recursos que aporten las partes quedarán expresos al régimen legal correspondiente. - La gestión estará a cargo de la estructura administrativa que establezcan la Federación y las entidades federativas. (Art. 19) 	<ul style="list-style-type: none"> - Aportar los recursos materiales, humanos y financieros que sean necesarios para brindar los servicios de salubridad general comprendidos dentro de los acuerdos de coordinación. La gestión de dichos recursos será por parte de la estructura administrativa que establezcan la Federación y los gobiernos de las entidades federativas (Art. 19)
<ul style="list-style-type: none"> - Los ingresos obtenidos por los servicios de salubridad general se afectarán al mismo concepto conforme a lo que establece la legislación fiscal aplicable. (Art. 20) 	<ul style="list-style-type: none"> - Los ingresos obtenidos por los servicios de salubridad general se afectarán al mismo concepto conforme a lo que establece la legislación fiscal aplicable. (Art. 20) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar las aportaciones solidarias por familia beneficiaria para sustentar el SPSS (Art. 77 bis 13)
<ul style="list-style-type: none"> - Construir, administrar y verificar el suministro puntual de la previsión presupuestal para atender las diferencias imprevistas de la demanda esperada de servicios y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (Art. 72 A Frac III) 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar los recursos que sean transferidos por la Federación y las aportaciones propias (Art. 72 B Frac. III) 	
<ul style="list-style-type: none"> - Transferir a estados y D.F. las aportaciones correspondientes para instrumentar los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (Art. 72 A Frac. IV) 	<ul style="list-style-type: none"> - Programar, de los recursos de las Aportaciones para el SPSS, los necesarios para el mantenimiento, desarrollo de infraestructura y equipamiento conforme prioridades de cada entidad (Art. 72 B Frac. IV) 	
<ul style="list-style-type: none"> - Establecer un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad; la Secretaría de Salud estará encargada de determinar el monto anual del fondo y su distribución (Art. 77 bis 20) 	<ul style="list-style-type: none"> - Programar, de los recursos de las Aportaciones para el SPSS, los necesarios para el mantenimiento, desarrollo de infraestructura y equipamiento conforme prioridades de cada entidad (Art. 72 B Frac. IV) 	

Federación (Secretaría de Salud)	Entidad Federativa	Ejercicio Coordinado
<ul style="list-style-type: none"> - Financiamiento a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de la Comunidad de los servicios y actividades de los Servicios Estatales de Salud (Art. 3 del RLGS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares de los beneficiarios del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, y los servicios de los demás ingresos (Art. 72 B Frac. V) 	
<ul style="list-style-type: none"> - Financiamiento de los servicios del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, a través de un porcentaje (8%) de la cuota social y las aportaciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Financiamiento de los servicios complementarios de los Regímenes Estatales (Art. 10 del RLGS) 	
<ul style="list-style-type: none"> - Cubrir la cuota social (15% de un salario mínimo vigente al día) por cada familia beneficiaria del SPSS (Art. 77 bis 12) 	<ul style="list-style-type: none"> - Canalizar las aportaciones adicionales al SPSS a través de las estructuras de los servicios estatales de salud (Art. 77 bis 14) 	
<ul style="list-style-type: none"> - Transferir a los Gobiernos de los estados los recursos de la cuota social y de la aportación solidaria correspondientes (Art. 77 bis 15) 	<ul style="list-style-type: none"> - Administrar y ejercer los recursos de carácter federal conforme a sus leyes y los acuerdos de coordinación ((Art. 77 bis 16) 	
<ul style="list-style-type: none"> - Canalizar 3% de la cuota social y las aportaciones solidarias para constituir una prevención presupuestal anual (Art. 77 bis 18) 		

BIBLIOGRAFÍA

1. Acuerdo de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud del Estado de Veracruz.
2. Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, 1996.
3. Auditoría Superior de la Federación 2001, Síntesis de Acciones Promovidas.
4. Arredondo, Armando; Parada, Irene; Orozco, Emanuel y García Eunice, "Efectos de la Descentralización en el Financiamiento de la Salud en México", en *Saúde Pública*, 2004; 38(1):121-9.
5. Benjamín Webb, Steven, Yves González, Christian, "El Federalismo Fiscal y los Estados del Sur" Banco Mundial, 2003.
6. Cabrero Mendoza, Enrique (coord), "Las políticas de descentralizadoras en México (1983-1993) Logros y Desencantos" CIDE, México, 1998.
7. CIDAC, Análisis Político de Coyuntura, "Eficiencia y Descentralización del Gasto" Reporte Especial, abril, 2004.
8. Consejo Nacional de Salud, "La Descentralización de los Servicios de Salud: Una Responsabilidad Compartida", Secretaría de Salud (SSA), 1996.
9. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 2003 (ALCO Editorial, 2003)
10. Convención Nacional Hacendaria, Diagnóstico de la Evolución y Situación Actual del Gasto Público en México, enero, 2004.
11. Díaz, Daniela y Sánchez-Hidalgo, Dora, "La Mortalidad Materna: un problema sin resolver" Fundar, Centro de Análisis e Investigación, 2002.
12. Fundación Mexicana para la Salud, "Hacia un México más Saludable: una visión del

Sector Privado", México, FUNSALUD, 2000.

13. Giugale, Marcelo; Webb, Steven; Nguyen, Vihn y Rojas Fernando, "Perspectiva General" en, Giugale, Marcelo y Webb, Steven, *Achievements and Challenges of Fiscal Decentralization: lessons from Mexico*, The World Bank, Washington D.C. 2000.
14. Hofbauer, Helena y Lara Gabriel, "The Right to the Highest Attainable Standard of Health", Fundar, Centro de Análisis e Investigación, México, marzo 2004.
15. La Rosa Huertas, Liliana, "Descentralización de la Salud, Perspectiva de Género y Empoderamiento de la Mujer", Unidad de Género y Salud, OPS, 2004.
16. Laurell, Asa Cristina, "La Reforma contra la Salud y la Seguridad Social", Fundación Friedrich Ebert Stiftung, (México, ERA, 1997).
17. Lavielle, Briseida; Lara, Gabriel y Díaz, Daniela, "Curitas para la Salud: el mapa de la inequidad", Fundar, Centro de Análisis e Investigación, México, Noviembre 2001.
18. Ley de Coordinación Fiscal
19. Merino, Gustavo, "Presentación: Descentralización restringida y Federalismo en México" en el *Symposium de Economía ITESM*, Monterrey NL, 2002.
20. Moreno Jaimes, Carlos, "La Descentralización del Gasto en Salud en México: una revisión de sus criterios de asignación", Documento de Trabajo #95, CIDE, 2001.
21. Presidencia de la República, "Seguro Popular de Salud, un síntoma del cambio" Boletín Informativo, 15 de mayo de 2003, Año 2, No.20.
22. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD "Informe sobre Desarrollo Humano, 2002" PNUD, 2002.
23. Ruiz Almendral, Violeta, *La Fórmula Canadiense del Sistema Tributario Representativo como una Posible Forma de Profundizar en el Sistema de Corresponsabilidad Fiscal*, Universidad Carlos III de Madrid, 2003.

24. Secretaría de Salud (SSA), "Programa de Ampliación de Cobertura: reglas generales de operación", SSA, 2000.

Información Estadística recabada de los siguientes sitios electrónicos

1. www.inegi.gob.mx
2. www.cnh.gob.mx
3. www.stps.gob.mx
4. [www.cddhov.gob.mx/bibliot\(publica/inveyan/polisoc/puebindi/3economi.htm](http://www.cddhov.gob.mx/bibliot(publica/inveyan/polisoc/puebindi/3economi.htm)

