

Las colecciones de Documentos de Trabajo del CIDE representan un medio para difundir los avances de la labor de investigación, y para permitir que los autores reciban comentarios antes de su publicación definitiva. Se agradecerá que los comentarios se hagan llegar directamente al (los) autor (es). ❖ D.R. © 2001, Centro de Investigación y Docencia Económicas, A. C., carretera México-Toluca 3655 (km. 16.5), Lomas de Santa Fe, 01210 México, D.F., tel. 727-9800, fax: 292-1304 y 570-4277. ❖ Producción a cargo del (los) autor(es), por lo que tanto el contenido como el estilo y la redacción son responsabilidad exclusiva suya.



NÚMERO 95

Carlos Moreno Jaimes

**LA DESCENTRALIZACIÓN DEL GASTO EN SALUD EN
MÉXICO: UNA REVISIÓN DE SUS CRITERIOS DE
ASIGNACIÓN**

Resumen

Este trabajo se inscribe dentro del Programa de Presupuesto y Gasto Público del CIDE, financiado por la Fundación Ford. Presenta un diagnóstico sobre la descentralización del gasto en salud en México, haciendo énfasis en sus criterios y mecanismos de asignación. Sus principales hallazgos son: 1) a lo largo del periodo 1990-2000 hay un crecimiento en términos reales del gasto federal en la población abierta; 2) a pesar de que los estados tienen mayor control sobre los recursos transferidos por el gobierno federal, todavía hay elementos que podrían poner en riesgo la racionalidad y transparencia de la descentralización; 3) la distribución regional del gasto está parcialmente determinada por las condiciones de mortalidad y marginación en las regiones, sin embargo la capacidad instalada del sector sigue siendo la variable más influyente; 4) el gobierno federal conserva cierta capacidad de reasignación que no ha sido totalmente eliminada por factores inerciales. Agradezco al actuario Javier Jiménez, Coordinador de Asesores del Subsecretario de Coordinación Sectorial y al Dr. Jorge Morales Velázquez, de la Dirección General de Estadística e Informática su tiempo e información; agradezco también los comentarios de Enrique Cabrero, Juan Pablo Guerrero, Rafael Tamayo y John Scott. Finalmente, agradezco a Raúl González por su asistencia en la sistematización de datos. Cualquier error u omisión son responsabilidad exclusiva del autor.

Abstract

This paper is part of the research activities of the Program of Budget and Public Expenditure at CIDE, under the auspices of the Ford Foundation. It presents an assessment of the decentralization of health services in Mexico, emphasizing its regional allocation criteria and mechanisms. Its principal findings are: 1) for the 1990-2000 period, federal expenditure in health services for the uninsured has grown in real terms; 2) even though states have improved their control over these financial resources since 1998, there are still shortages that might jeopardize its rationality and transparency; 3) the distribution of federal grants is influenced by regional socioeconomic conditions, such as infant mortality and deprivation, but the installed capacity for health services remains as the most influential variable; 4) the capacity of the central government to reallocate resources has not been completely eliminated by inertial factors.

Introducción

En 1995 el gobierno federal inició un proceso de descentralización de sus servicios de atención a la salud con el fin de imprimir mayor eficiencia a la operación del sector orientado a atender a la población no asegurada. Si bien desde 1983 la Secretaría de Salud había emprendido acciones descentralizadoras, éstas se habían circunscrito a 14 estados de la República y la secretaría continuaba ejerciendo controles formales (regulatorios y presupuestales) muy estrictos. El centralismo persistente en la toma de decisiones y el bajo impacto que la primera descentralización tuvo en general, llevaron al gobierno federal a retomar el proceso en 1995 como parte del Nuevo Federalismo impulsado por el presidente Zedillo. La descentralización de la década de los noventa ha sido mucho más ambiciosa en sus objetivos: el acuerdo nacional para la descentralización de servicios de salud incorporó a los 31 estados de la federación y al Distrito Federal; por otra parte, los estados han comenzado a asumir mayores responsabilidades en la operación de sus sistemas de atención a la salud, y también han adquirido mayor autonomía en el manejo de los recursos presupuestales. El proceso actual busca reservar para la autoridad federal funciones de tipo normativo y regulatorio, dejando a las entidades federativas la prestación directa de los servicios.

La descentralización, por otra parte, ha mantenido para el gobierno federal el papel de financiar el desarrollo de los sistemas estatales de salud mediante transferencias a los gobiernos de los estados, sin que ello implique sustituir la contribución financiera estatal. La distribución regional de las aportaciones federales para servicios de salud (provenientes de un fondo especial del Ramo 33 del Presupuesto de Egresos de la Federación desde 1998), se pretende que esté dictada por criterios transparentes y sustentados en las condiciones de salud de cada región¹.

El objetivo de este documento consiste en presentar un diagnóstico inicial sobre la descentralización del gasto federal para servicios de salud en México. Su principal énfasis está en los mecanismos de su asignación regional, a fin de explorar algunos de sus criterios. En particular, analizo la influencia que tienen las condiciones socioeconómicas, epidemiológicas y de infraestructura sanitaria en la distribución de las aportaciones federales para servicios de salud en las regiones del país, ya que uno de los objetivos de la reforma actual es dotar de mayor transparencia y racionalidad a las decisiones de asignación del gasto. El trabajo discute también algunos elementos que parecen todavía estar ausentes en el diseño e implementación de la política, y que requieren ser abordados de manera explícita a fin de inducir conductas eficientes por parte de los operadores del gasto, es decir de los sistemas estatales de salud. De lo contrario, el proceso descentralizador actual corre el riesgo de perpetuar inequidades e ineficiencias en el sistema de atención a la salud.

¹ A lo largo del documento usaré los términos “región” y “estado” indistintamente.

El documento está organizado de la siguiente forma. La sección II describe, a grandes rasgos, las características de la descentralización de la década de los ochenta, analizando la distribución de competencias para cada ámbito gubernamental y señalando las grandes limitaciones que enfrentaron los estados para manejar con autonomía los recursos presupuestales. Se presenta también una descripción del nuevo proceso iniciado en 1995, aludiendo sus objetivos y estrategias presentes. Concluyo dicha sección con una discusión de los elementos que, a mi juicio, y siguiendo varios planteamientos de la literatura sobre federalismo fiscal, siguen estando ausentes en la política. La sección III aborda de lleno el tema del gasto público en salud, a fin de mostrar sus principales tendencias y algunos de sus resultados en términos de eficiencia y equidad. En esa misma sección analizo la distribución regional del gasto de la Secretaría de Salud con el fin de identificar, con los datos disponibles, la influencia de algunas variables socioeconómicas, epidemiológicas y de infraestructura sanitaria. Por otra parte, analizo en qué medida la distribución del gasto está dominado por factores inerciales que dificultan las decisiones de reasignación del gasto en salud por parte del gobierno federal. Finalmente, presento mis conclusiones y algunas de sus implicaciones sobre el diseño de la política.

I. La descentralización de servicios de salud en México

Esta sección tiene el propósito de presentar, de manera muy concisa, el proceso de descentralización de los servicios de salud para la población abierta, el cual inicia en la década de los ochenta con 14 estados únicamente y se renueva en 1995 como parte del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 del presidente Zedillo.² Intento mostrar algunas características del primer proceso, sobre todo en lo que se refiere al grado en que los estados participantes asumieron un control efectivo sobre los recursos del sistema. Describo los elementos más importantes del diseño del nuevo proceso de descentralización, como son la distribución de competencias entre los niveles federal y estatales, el modelo ideal al que se pretende llegar en algunos años y el papel que se espera desempeñe el sistema de presupuestación como mecanismo de asignación de recursos financieros a las entidades federativas. Finalizo con una discusión sobre los elementos que todavía están ausentes en la descentralización del gasto y que son requisitos indispensables para dotar de mayor transparencia al proceso. La siguiente sección se ocupa de analizar la evolución reciente del gasto en salud, su composición programática, su distribución regional y sus posibles vínculos con indicadores socioeconómicos, epidemiológicos y de infraestructura sanitaria.

² No abundaré demasiado en los detalles del proceso. Para una revisión más exhaustiva véase Cardozo (1998); Flammand (1997), Torres (1997) y OECD (1998).

La descentralización en los ochenta

En 1983 la protección de la salud se elevó a rango constitucional y se estableció que el gobierno federal y los estados concurrirían en materia de salubridad general (artículo 4º constitucional). El Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 incluyó, como parte de sus estrategias, la descentralización a los estados de los servicios de salud a la población abierta para los niveles de atención primero y segundo. La Ley General de Salud fue promulgada en 1984, la cual distribuyó competencias sanitarias entre el gobierno federal y las entidades federativas. Sin embargo, la descentralización de los servicios incluyó exclusivamente a 14 estados de la República: Tlaxcala, Nuevo León, Guerrero, Jalisco, Baja California Sur, Morelos, Tabasco, Querétaro, Sonora, Colima, México, Guanajuato, Aguascalientes y Quintana Roo.

La idea general de la distribución de competencias definida por el artículo 13 de la Ley General de Salud es reservar para la autoridad federal funciones de tipo normativo o regulatorio, como son la definición de los lineamientos generales de política, la certificación de los profesionales y de las unidades proveedoras, la consolidación de información estadística, etc. Por su parte, las entidades federativas adquieren, según la ley, la responsabilidad de la operación de los servicios de salud para la población no asegurada. Sin embargo, la ley no siempre define una frontera exclusiva entre las competencias de cada nivel de gobierno. Establece algunas facultades exclusivas del gobierno federal, otras de competencia federal con la posibilidad de que los estados participen, otras de competencia estatal con la posibilidad de que la federación se involucre, otras de competencia estatal exclusiva y otros dos conjuntos de atribuciones concurrentes y coordinadas (estas categorías se derivan incluso de otros artículos de la ley diferentes del decimotercero). El cuadro 1 presenta la distribución de competencias en materia de salubridad general, tomando en cuenta esas seis clasificaciones. El cuadro no es exhaustivo en su descripción de facultades, sólo se enfoca en aquellas que considero más relevantes para el objetivo de este estudio.³ Uno de los puntos relevantes del cuadro es que, incluso en lo que se refiere a la prestación de los servicios, no hay una línea divisoria definitiva en el papel que toca a cada nivel de gobierno. Por ejemplo, la federación puede participar en servicios de rehabilitación, saneamiento básico y prevención de enfermedades, de manera coordinada con los estados.

Es interesante comparar la distribución de competencias de la Ley General de Salud con un modelo propuesto por un estudio del Banco Mundial,⁴ el cual se reporta en el cuadro 2. Este modelo propone una distribución de competencias entre el nivel central y el local, distinguiendo las funciones de financiamiento y las de provisión de servicios. La distribución de roles establecida en el modelo está diseñada a partir de una serie de factores sobre los cuales la literatura económica del fede-

³ Para una revisión exhaustiva véase Martínez (1996).

⁴ Tomado de Winkler (1994, p. 20).

ralismo fiscal coincide: el grado en que los servicios poseen características de bien público, la distribución espacial de los beneficios y costos, la posible existencia de economías de escala en la producción de los servicios, y las capacidades administrativas y técnicas de cada nivel gubernamental (estos argumentos económicos pueden revisarse en Oates, 1972 y Ahmad *et al*, 1997b). Si bien, el modelo excluye al nivel intermedio de gobierno (el estatal o regional), la comparación con México es de cualquier forma útil.

En lo que se refiere al financiamiento de los servicios, las funciones del ministerio de salud se concentran, según el modelo, en asegurar un nivel mínimo de gasto por habitante, tomando en cuenta las características socioeconómicas y epidemiológicas de cada región y estableciendo una fórmula para transferir recursos federales hacia los niveles subnacionales de gobierno. Los gobiernos locales tienen la facultad de complementar el financiamiento de sus sistemas con cuotas de los usuarios. En cuanto a la provisión de los servicios, las funciones del gobierno central son principalmente regulatorias y evaluativas; abarcan desde definir un paquete básico de servicios obligatorio para todas las regiones (en aras de la equidad) hasta establecer sistemas de información para la evaluación de las políticas sanitarias. Los gobiernos locales son los encargados de llevar a cabo la operación de los servicios y tienen un amplio margen de autonomía en la gestión de recursos financieros, humanos y materiales.

La distribución de competencias de la Ley General de Salud, contrariamente a lo propuesto por el modelo anterior, se enfoca exclusivamente en el aspecto de la provisión de los servicios, omitiendo toda referencia a los aspectos presupuestal y financiero. La idea central de la ley es asignar al gobierno federal funciones regulatorias (fijación de políticas, expedición de normas, control sanitario, etc.) y evaluativas, dejando a las entidades la operación de sus propios sistemas, a pesar de que, como ya señalé en párrafos anteriores, las competencias en ocasiones se sobreponen. Sin embargo, la ley no hace mención alguna sobre los roles de cada nivel gubernamental en materia presupuestaria y financiera. La razón de ello es que en la descentralización de los ochenta el gobierno federal siguió manteniendo centralizadas estas funciones, como lo mostraré a continuación. Si bien la descentralización en los noventa mantuvo sin modificación la distribución de competencias de la Ley General de Salud, los asuntos presupuestales y financieros fueron abordados explícitamente en la Ley de Coordinación Fiscal y en los acuerdos firmados con cada entidad federativa. Más adelante volveré a esta discusión.

Cuadro 1
Distribución de competencias en salud

<i>Facultades exclusivas del gobierno federal.</i>	<i>Facultades de competencia federal con participación estatal posible.</i>	<i>Facultades de competencia estatal con participación federal posible.</i>	<i>Facultades exclusivas de los gobiernos estatales.</i>	<i>Facultades de competencia concurrente.</i>	<i>Facultades coordinadas.</i>
<ul style="list-style-type: none"> Organizar, operar, controlar y vigilar por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud, servicios públicos a la población en general. Determinar la política nacional en materia de salud Expedir normas oficiales (regulación sanitaria) Evaluar la prestación de servicios de salud Aplicar el control sanitario de las vías generales de comunicación Ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad general Coordinar el Sistema Nacional de Salud (incluyendo el proceso de programación) Determinar valores de concentración máxima permisible de contaminantes ambientales Determinar límites máximos permisibles de exposiciones a contaminantes en los centros laborales Control sanitario de medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> 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 materia. Desarrollar temporalmente acciones en las entidades federativas cuando éstas lo soliciten. 	<ul style="list-style-type: none"> Planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el sistema Nacional de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Organizar, operar, supervisar y evaluar los servicios de salubridad general. Coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Formular y desarrollar programas locales de salud. Elaborar información estadística local y proporcionarla a las autoridades federales competentes. Ejercer la verificación y control sanitario de los establecimientos que expendan o suministren al público. 	<ul style="list-style-type: none"> Promover actividades tendientes a la formación, capacitación, actualización de los recursos humanos que se requieran. Coadyuvar en el señalamiento de los requisitos para la apertura y funcionamiento de instituciones de dedicadas a la formación de recursos humanos para los servicios de salud. Establecer los procedimientos para regular las modalidades de acceso a los servicios públicos, a los sociales y a los privados. Promover y aprobar la constitución de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de promoción y mejoramiento de la salud. De conformidad con los lineamientos que emita la autoridad competente, captar, producir y procesar la información necesaria para la planeación, programación, presupuestación y control del sistema Nacional de Salud. Utilizar elementos auxiliares en la lucha contra epidemias. Promover el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación somática, psicológica social y ocupacional. Prevención en el consumo de sustancias inhalantes. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación y seguimiento de los servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social. El control sanitario de productos y servicios y de su exportación y de su importación. El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere la Ley General de Salud. La sanidad Internacional. Prevención de adicciones. La definición, en su caso de las directrices de la descentralización de los gobiernos de los estados a los municipios.

Fuente: Martínez (1996)

Cuadro 2
Modelo de Distribución de Competencias en Salud Primaria

<i>Financiamiento</i>	<i>Ministerio de Salud</i>	<i>Gobierno Local</i>
Financiamiento de gastos corrientes	Asegurar un nivel mínimo del gasto para atención preventiva y curativa y financiamiento para compensar las diferencias en las condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de las regiones; determinar los mecanismos de financiamiento y el algoritmo para transferir los recursos a gobiernos locales.	Establecer y recabar cuotas a los usuarios y financiar la atención primaria sobre la base de costos compartidos, teniendo la autoridad de gastar a más allá del gasto mínimo garantizado por el ministerio de salud.
Financiamiento de gastos de capital	Proporcionar financiamiento para clínicas y equipos o respaldar el endeudamiento local para éste propósito; diseñar y administrar las ayudas en especie.	Tomar parte en el financiamiento de clínicas y equipo médico.
<i>Provisión.</i>		
Paquete básico de servicios.	Especificar los servicios básicos que cada ciudadano debe recibir y regular la tecnología para la entrega del servicio; definir las normas y procedimientos para la operación del sistema; vigilar y obligar a su cumplimiento.	Operar el paquete básico de servicios, adaptándolo de acuerdo a las necesidades epidemiológicas y demográficas, así como a la demanda local.
Suministro de complementos farmacéuticos, medicamentos y alimentos.	Fijar estándares tecnológicos mínimos; facilitar la adopción de mecanismos de abastecimiento de bajo costo (incluyendo la contratación con el sector privado)	Priorizar y seleccionar los suministros y contratar con proveedores locales.
Equipo médico.	Regular las especificaciones técnicas mínimas del equipo.	Priorizar y seleccionar el equipo y contratar con proveedores locales.
Información estadística, vigilancia epidemiológica y control de calidad.	Definir la información necesaria sobre desempeño epidemiológico para monitorear al sistema. Definir el sistema de información para la recolección de datos. Evaluar el cumplimiento de los objetivos	Asignar al personal responsable del sistema de información; contratar asistencia técnica si es necesaria.
Planeación y presupuestación	Definir las clasificaciones presupuestales para los gastos centrales y locales; establecer requisitos para los reportes financieros; proporcionar ayuda técnica a los gobiernos locales.	Realizar la planeación y presupuestación de los gastos por programas y fuentes de financiamiento; puede contratar asistencia técnica.
Entrenamiento del personal médico.	Asegurar un adecuado entrenamiento previo a la incorporación de los médicos al servicio; establecer estándares para la certificación del personal médico; definir requisitos mínimos de capacitación del personal.	Identificar necesidades de capacitación, seleccionar capacitadores y contratar servicios de capacitación.
Reclutamiento y remuneración del personal médico.	Establecer las condiciones mínimas del empleo para el personal, incluyendo las protecciones de servicio civil.	Negociar niveles salariales con el personal médico y administrativo; reclutar, contratar y despedir personal.
Gestión financiera y auditoría.	Establecer las normas de contabilidad; determinar el contenido de las auditorías; revisar los resultados y llevar a cabo acciones correctivas.	Mantener la contabilidad para su revisión y cumplir con las acciones correctivas requeridas.
Construcción y mantenimiento de clínicas.	Establecer normas mínimas para la construcción y mantenimiento de las clínicas y asegurar su cumplimiento.	Contratar y monitorear la construcción y mantenimiento de las clínicas.

Fuente: Winkler (1994, p. 20).

En el proceso descentralizador de los ochenta, el financiamiento de los servicios provino de fondos federales determinados por la Secretaría de Salud, aunque se propuso también que los estados contribuyeran al financiamiento del sistema mediante sus propias aportaciones y con las contribuciones de los usuarios. La descentralización de servicios, sin embargo, mantuvo para la Secretaría importantes atribuciones en materia de programación, presupuestación, ejercicio, contabilidad, control y evaluación del gasto. En realidad, la proporción del gasto solventada con recursos propios de los estados fue el único margen de autonomía financiera concedida a las entidades federativas (Cardozo, 1998, p. 206), es decir la suma de aportaciones estatales y cuotas de recuperación (su porcentaje respecto al financiamiento total fue aproximadamente de 20% en los primeros cuatro años del proceso). Asimismo, los empleados de los servicios estatales de salud continuaron perteneciendo a la nómina federal, aunque los gobiernos de los estados fueron facultados para actuar como patrones sustitutos en cuestiones sindicales y para participar en la administración del personal (Flammand, 1997).

Durante los doce años que se mantuvo este esquema de descentralización restringida a 14 estados, las evaluaciones de la política fueron muy escasas. Un estudio reciente (Cardozo, 1998) señala las grandes limitaciones del proceso, especialmente las enormes restricciones sobre manejo presupuestal y patrimonial impuestas a los estados descentralizados (baja autonomía de gestión) y su gran dependencia con respecto a los fondos federales (la proporción del gasto federal relativa al gasto total en servicios de salud creció de 69.78% en 1985 a 80.67% en 1987). Además, el estudio señala que algunos estados descentralizados no presentaron indicadores de productividad (cobertura, utilización, accesibilidad, calidad, etc.) significativamente superiores a otros estados que no participaron en la descentralización. Finalmente, la evaluación muestra que no hubo cambios significativos en las condiciones de salud de la población y que, en aquellos casos donde hubo mejorías, éstas no pueden atribuirse directamente a la política de descentralización.

En suma, la descentralización de salud en los ochenta puede caracterizarse por su gradualismo, ya que el gobierno federal continuó ejerciendo funciones de operación en 17 estados de la República y mantuvo para sí un gran número de atribuciones en materia presupuestal. De hecho, el aspecto financiero parece haber sido uno de los principales obstáculos para una descentralización más profunda durante la década de los ochenta, no sólo por la falta de autonomía en el manejo de los recursos, sino también por la preocupación de los gobernadores de que los recursos federales no fueran suficientes para atender los nuevos compromisos adquiridos (Flammand, 1997).

La descentralización en los noventa

En 1995, el gobierno federal decidió retomar el proceso de descentralización. El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 incluye a la descentralización como uno de sus principales lineamientos, cuyo fin es “incrementar la eficiencia de la atención a la población abierta”. El programa reconoce que las instituciones de salud del país padecen un enorme centralismo que genera una definición poco precisa de responsabilidades, burocratismo en la toma de decisiones y considerables inercias en la asignación del gasto hacia los estados. Por tanto, el programa propone concluir la descentralización en las entidades federativas aún centralizadas y profundizarla en las restantes con el propósito de promover una nueva relación entre las autoridades federal y estatales. El documento señala que “los estados contarán con un mayor margen de acción y autodeterminación que les permita cumplir con sus propios medios los objetivos nacionales fundamentales y determinar el destino de los recursos excedentes una vez alcanzados esos objetivos”. Es interesante enfatizar esta última observación del programa, pues implica la introducción de incentivos al ahorro que han estado ausentes en el esquema de presupuestación tradicional centralizado. Como se mencionó anteriormente, los estados descentralizados no tuvieron autonomía en el manejo de recursos financieros federales, ya que el porcentaje de recursos bajo control directo de los estados descentralizados fue de 23.4%, cifra marginalmente superior al porcentaje de recursos controlados por los estados no descentralizados, 20.4% (Bonilla, 1998).

El programa busca ampliar los márgenes de autonomía de los estados para el manejo de los recursos financieros y para la toma de decisiones estratégicas en materia de salud. Si bien, durante muchos años, la Secretaría ha definido los capítulos, conceptos y partidas del gasto en salud para todo el país, su objetivo actual es que las entidades federativas decidan totalmente el destino de los recursos federales que reciben, siempre y cuando cumplan por lo menos con un nivel mínimo de acciones de salud determinadas a nivel federal (el llamado “Paquete Básico de Servicios de Salud”)⁵. El esquema de presupuestación es, por tanto, una pieza clave para modificar la relación entre la autoridad normativa (la Secretaría de Salud) y los prestadores de servicios (los estados), la cual pretende transitar de un esquema de control directo hacia uno de autonomía de gestión, en donde el gobierno federal asuma la función de evaluar los resultados obtenidos por los operadores del gasto, sin por ello interferir con sus decisiones.

La implementación del proceso en los noventa comenzó formalmente con la firma del *Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud*,

⁵ El paquete básico de servicios de salud es un programa definido a nivel federal por el Consejo Nacional de Salud, cuyo objetivo es garantizar a toda la población del país un mínimo de servicios costo-efectivos agrupados en acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Es un irreductible de estrategias de alto impacto al que las entidades quedarán obligadas a cubrir. Su descripción puede consultarse en Velázquez y M. Juan (1996).

entre el gobierno federal, el Sindicato de Trabajadores de la Secretaría de Salud y las 31 entidades federativas y el entonces Departamento del Distrito Federal. Dicho acuerdo, firmado en agosto de 1996, define un conjunto de principios básicos, dentro de los cuales destacan el manejo y operación directos de los servicios de salud por parte de los estados de la federación, así como de los recursos financieros con la posibilidad de distribuirlos de acuerdo a sus necesidades y prioridades locales. Por otra parte, todas las estructuras administrativas operadas por el gobierno federal se integrarían al ámbito estatal. El Acuerdo establece al Consejo Nacional de Salud como instancia permanente de coordinación y concertación entre las autoridades centrales y las estatales.

Posteriormente a la firma del acuerdo nacional, la Secretaría de Salud firmó acuerdos de coordinación con cada uno de los estados de la federación, a fin de precisar las atribuciones en materia de programación y presupuestación, servicios personales, recursos materiales, transferencia de bienes muebles e inmuebles y la transferencia de recursos financieros. En todos los acuerdos de coordinación destaca que los recursos transferidos por el gobierno federal pasan a formar parte del presupuesto de la cuenta pública de los estados. Cada estado firmó su acuerdo en momentos distintos, entre agosto de 1996 y julio de 1997.

En 1998 la asignación del presupuesto de la Secretaría de Salud hacia los estados pasó a formar parte del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del Ramo 33. Antes de ese año, la distribución regional del presupuesto federal se efectuaba por el Ramo 12, en el cual la Secretaría elaboraba todos los capítulos y conceptos del gasto de cada entidad federativa, utilizando presupuestos históricos. Sin embargo, a partir de 1998 los estados adquirieron una autonomía considerable para llevar a cabo su programación y presupuestación, con amplia libertad para distribuir el gasto federal entre diversos programas⁶. Estas decisiones se toman al interior del organismo público descentralizado de servicios de salud de cada estado, el cual se integra por el gobernador del estado respectivo (quien lo preside), algunas secretarías estatales, un representante de la Secretaría de Salud federal y un representante sindical.⁷ Actualmente, las entidades federativas ejercen más de 70% del presupuesto total en salud, mientras que en 1994 ejercían menos del 25% (*Quinto Informe de Gobierno*, 1999).

A raíz de la descentralización, los estados sólo tienen que reportar su aplicación de los recursos federales a los congresos locales, informando a la Secretaría de Salud sólo sobre cuestiones muy generales de manejo presupuestal, sin rendirle cuentas sobre sus decisiones específicas de asignación.⁸

⁶ Por ejemplo, en la actualidad los estados pueden transferir fondos del capítulo destinado a recursos humanos hacia gastos de operación e inversión.

⁷ Entrevista con el actuario Javier Jiménez, Coordinador de Asesores de la Subsecretaría de Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud, 24 de mayo del 2000.

⁸ Para una descripción del nuevo proceso descentralizador hasta 1998 véase OECD (1998).

Asuntos pendientes en el proceso

A cinco años de haberse iniciado el nuevo proceso de descentralización, hay varios asuntos que todavía parecen no estar plenamente definidos, especialmente en lo que se refiere al mecanismo de asignación de recursos. Por supuesto éstas son cuestiones que deben ir definiéndose conforme el proceso evolucione, ya que tanto autoridades federales como entidades federativas requieren generar aprendizajes sobre el papel que a cada una corresponde, los flujos de información necesarios para la toma de decisiones y los instrumentos para dirimir conflictos.

Uno de los asuntos que no están suficientemente definidos es el papel de la evaluación en la determinación de las aportaciones federales. ¿Qué consecuencias tendrá para la asignación de los recursos el hecho de que un estado sistemáticamente presente insuficiencias en sus indicadores de productividad? Formalmente, corresponde al Consejo Nacional de Salud evaluar los resultados de la aplicación del gasto por parte de las entidades federativas, quienes acuerdan metas en materia de salubridad. Sin embargo, no es claro si ese organismo aplicará incentivos positivos o negativos al desempeño de los sistemas estatales de salud, ni si dichos incentivos estarán vinculados a las asignaciones presupuestales. Esta misma interrogante puede formularse en lo que se refiere al Paquete Básico de Servicios de Salud, el cual, como ya señalé, constituye un conjunto mínimo de intervenciones en salud que son obligatorias para todos los estados, y cuyo propósito es ampliar la cobertura de los servicios, especialmente para los grupos poblacionales con más dificultades de acceso al sistema. En este caso tampoco se sabe con precisión qué tipo de sanciones habría para aquellos estados que incumplan con este mandato federal.⁹

Algunos autores (Martínez-Vázquez y Cabrero, 1999) discuten también el problema de la autonomía en el manejo financiero por parte de los estados. Si bien el actual proceso descentralizador ha ampliado dicha autonomía, ésta se ve restringida por el requisito de que los estados cumplan con los estándares mínimos fijados por el gobierno federal. En principio este diseño puede considerarse apropiado, ya que busca garantizar que los estándares de calidad y cobertura de los servicios de salud provistos por los estados sean suficientes; sin embargo, existe el riesgo de que el gobierno federal fije estándares demasiado restrictivos y que ello limite considerablemente la autonomía de gestión de los gobiernos estatales. Adicionalmente, estos autores dudan que los incentivos del sistema sean suficientemente claros y adecuados para inducir a que los estados diversifiquen y aumenten sus fuentes de financiamiento.

El sistema de información para la toma de decisiones en materia presupuestal en otro aspecto que parece no estar todavía bien definido. Por ejemplo, el gasto en servicios de salud proveniente de fondos estatales es un dato que los estados no reportan a la Secretaría. Sin esta información es imposible conocer el esfuerzo financiero de los estados en contribuir a desarrollar sus sistemas de salud y tampoco es

⁹ Hasta la fecha, según funcionarios de la Secretaría, ningún estado reporta incumplimiento de las metas acordadas dentro del Consejo Nacional de Salud.

posible saber el grado de dependencia de las entidades respecto al dinero federal. Si bien varios estados de la República tienen una capacidad de contribución baja, hay algunos otros que podrían complementar los recursos federales con aportaciones propias, promoviéndose así una mayor corresponsabilidad entre el nivel central y los niveles subnacionales e induciendo también mayor rendición de cuentas hacia los ciudadanos por parte de los gobiernos estatales. Es posible que los estados teman sufrir reducciones en la ayuda federal al revelar información sobre su propio esfuerzo financiero, lo cual es muy comprensible tomando en cuenta que la presupuestación tradicional centralizada ha operado bajo esa lógica. Sin embargo, si la asignación de recursos federales estuviera dictada por criterios transparentes y verificables (asunto que discuto más adelante), no habría razón para suponer un castigo financiero de parte del gobierno federal. A fin de inducir a que los estados revelen dicha información, la Secretaría está contemplando la alternativa de comprometerse con aquellos a no reducir en términos reales su nivel de gasto en cada entidad federativa (Bonilla, 1998). Tampoco se conocen los capítulos y conceptos en los que los estados distribuyen los recursos federales (por lo menos esta información no está disponible en los presupuestos de egresos de la federación desde 1998, año a partir del cual las aportaciones se transfirieron totalmente a las entidades federativas). Aunque transferir completamente los recursos a los estados promueve la autonomía de gestión y simplifica la presupuestación para el gobierno federal, al mismo tiempo restringe la rendición de cuentas, pues los ciudadanos no pueden evaluar la efectividad y eficiencia del gasto.¹⁰ Lo deseable es que los estados reporten al gobierno federal su distribución presupuestal por áreas programáticas, sin que ello signifique una interferencia de la Secretaría en sus decisiones de asignación.

Los criterios de asignación de las aportaciones federales a los estados es otro tema donde prevalece ambigüedad. Una de las críticas más fuertes a las aportaciones intergubernamentales en México, por lo menos hasta hace algunos años, es su falta de transparencia, pues se arguye que es posible que consideraciones políticas puedan influir en la asignación de los recursos descentralizados.¹¹ En el caso del sector salud, este riesgo puede también estar presente. Si bien la Ley de Coordinación Fiscal mexicana establece una fórmula para la distribución regional del gasto federal para servicios de salud (basada en algunas características vitales, epidemiológicas y socioeconómicas de cada región del país), ésta se aplica al presupuesto adicional una vez que los estados han recibido los recursos necesarios para mantener una capacidad de respuesta similar a la del año anterior, es decir que todavía está influida por factores inerciales que perpetúan ineficiencias e inequidades. Más adelante abundo en la discusión de estos problemas, sin embargo cabe señalar que, según algunos

¹⁰ Como señalé en párrafos anteriores, los estados reportan su aplicación de los fondos federales exclusivamente al congreso local. Sin embargo, dado que dichos recursos son financiados por el país en su conjunto, los estados deberían rendir cuentas sobre ello al nivel federal.

¹¹ Varios estudios se han enfocado a analizar la distribución regional de recursos en el caso educativo (Merino, 1997) y de combate a la pobreza (Molinar y Weldon, 1994; Esquivel, 1996). Para una explicación política ver también Díaz Cayeros (1998).

funcionarios participantes en reuniones del Consejo Nacional de Salud, los estados tácitamente han aceptado el modelo de asignación presupuestal actual. Lo anterior puede significar que los gobiernos estatales perciben que la transición hacia un esquema de asignación diferente sería costoso en términos organizacionales o de información, ante lo cual prefieren mantener el sistema presupuestal vigente.¹²

En suma, los asuntos discutidos anteriormente son cuestiones cuya definición es imprescindible para generar transparencia en la determinación y uso de los recursos públicos destinados al sector salud, así como para fijar claramente responsabilidades entre los operadores del gasto. La sección siguiente trata de explorar el peso de algunos indicadores socioeconómicos, epidemiológicos y de infraestructura sanitaria en la determinación de las aportaciones federales a salud. Es posible que la influencia de algunas de estas condiciones sea todavía limitada, dado que el proceso de descentralización es muy reciente y que existen elementos del sistema de presupuestación anterior que introducen inercias importantes. De cualquier forma, considero que el ejercicio es relevante para analizar posibles vías de reforma congruentes con el propósito de imprimir mayor eficiencia, equidad y transparencia al proceso presupuestal en el sector.

II. El gasto público en salud

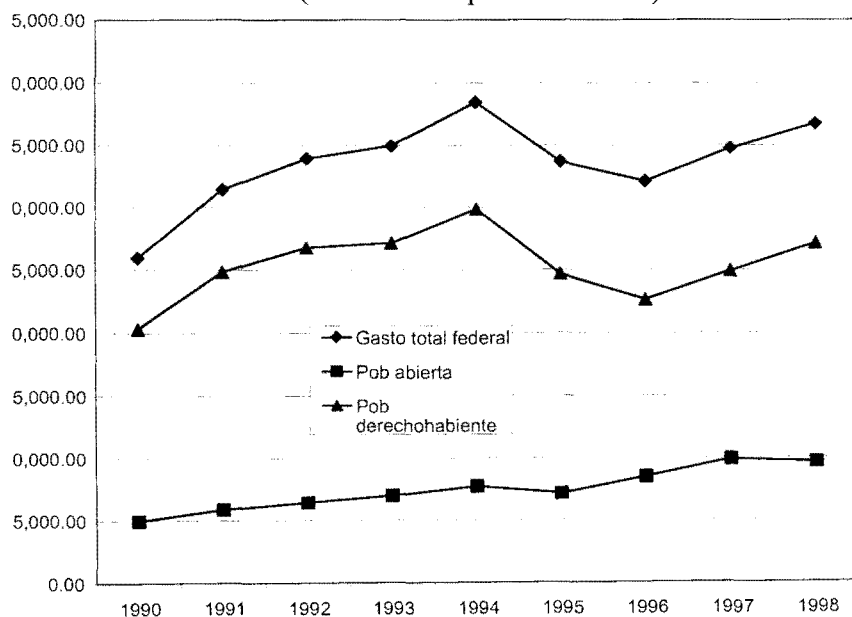
Esta sección tiene dos objetivos. El primero es describir la evolución, tamaño y composición del gasto federal en salud en México en la última década, a fin de analizar sus tendencias recientes, establecer ciertas comparaciones y presentar algunos de sus resultados en términos de equidad y eficiencia operativa. El segundo objetivo consiste en enfocarnos al gasto federal en salud en las regiones del país y entender algo de su lógica distributiva. Concretamente, esta sección pretende explorar posibles relaciones entre la distribución de dicho gasto y variables de tipo socioeconómico, epidemiológico y de desempeño institucional a nivel regional. Lo que se busca es analizar si estas variables tienen en realidad un peso importante en la asignación regional del gasto en salud, pues uno de los objetivos que persigue la reforma al sector salud iniciada en 1995 es establecer criterios objetivos y transparentes en la distribución de los recursos. Como ya discutí en la sección anterior, la ausencia de una fórmula imparcial para asignar el gasto conlleva el riesgo de que las decisiones de asignación se vuelvan discrecionales y poco efectivas en promover equidad y eficiencia.

¹² Incluso es probable que avizoren el riesgo de que un esquema diferente reduzca el monto de sus aportaciones federales.

Tamaño, evolución y composición del gasto federal

La gráfica 1 muestra que el gasto federal real en salud tuvo un crecimiento sostenido entre 1990 y 1994, tanto el destinado a atender a la población abierta (cubierta por la Secretaría de Salud, el programa IMSS-Solidaridad, el Departamento del Distrito Federal y el DIF), como el gasto en salud destinado a cubrir a la población derechohabiente de la seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc.). Sin embargo, entre 1994 y 1996 el gasto en salud de las instituciones de seguridad social sufrió una caída importante, aunque dos años después su nivel parece haberse recuperado. El gasto en servicios de salud para población abierta (no asegurada), por el contrario, muestra una tendencia creciente en todo el periodo 1990-1998, a pesar de una disminución aproximada de 7% generada por la crisis fiscal de 1995. La tasa promedio de crecimiento del gasto federal en salud durante los primeros cinco años de la década pasada fue de 10%, mientras que en la segunda mitad de ese periodo sufrió un decrecimiento en términos reales de 3% anual.

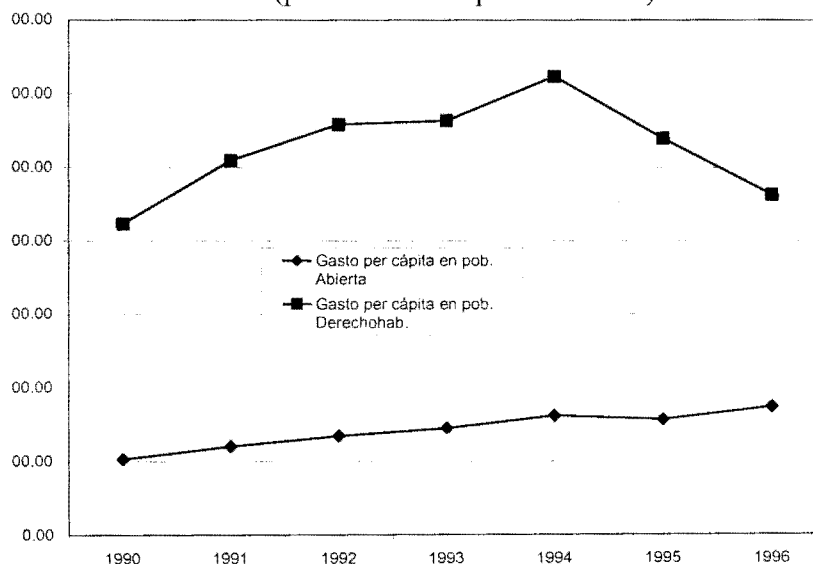
Gráfica 1
Gasto público en salud, 1990-1998
(millones de pesos de 1994)



Fuente: Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud.

Vista esta evolución en términos per cápita (es decir el gasto dividido por la población legal de cada esquema), en la gráfica 2 podemos apreciar una fuerte caída en el gasto para la población derechohabiente entre 1994 y 1996,¹³ sin que el gasto per cápita en la población abierta haya sufrido tal descenso (de hecho este gasto ha crecido de manera sostenida a una tasa promedio anual de 9% en términos reales durante el periodo 1990-1996).¹⁴ La caída en el gasto per cápita para la población derechohabiente contrasta con el comportamiento de su cobertura (gráfica 3), la cual se estancó prácticamente entre 1990 y 1994, cayó un año después en aproximadamente 4% y después de 1995 parece haberse recuperado.¹⁵ Por su parte, la cobertura para la población no asegurada ha crecido a una tasa promedio de 3% anual de manera más o menos sostenida durante el periodo 1990-1996, es decir que la tasa de crecimiento de la cobertura es menor que la tasa de crecimiento del gasto per cápita real para ese sector de la población.

Gráfica 2
Gasto público en salud per cápita, 1990-1996
(pesos de 1994 por habitante)



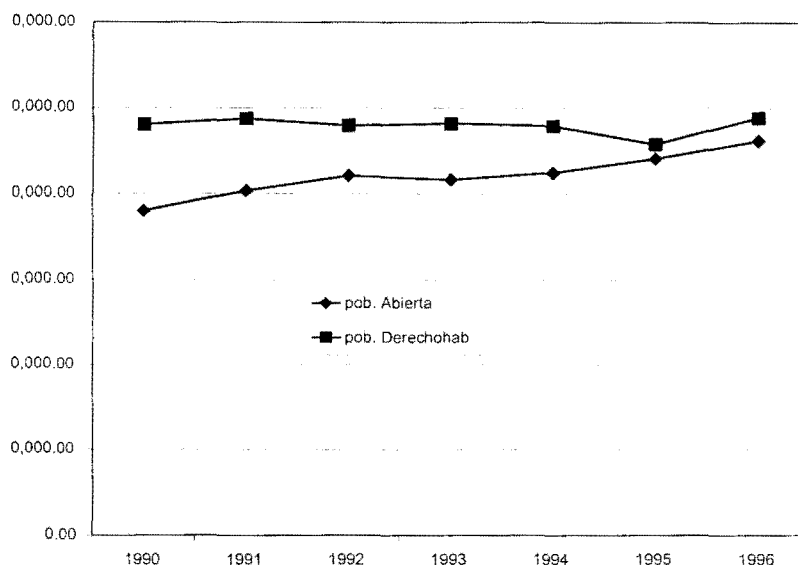
Fuente: Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud.

¹³ Nos referimos al gasto bruto de la seguridad social, es decir aquel financiado por trabajadores, empleadores y gobierno federal. El gasto neto se refiere exclusivamente a la aportación del gobierno federal.

¹⁴ Se dispone de información sobre cobertura legal de cada esquema de atención sólo hasta 1996, por lo cual no se presenta el gasto per cápita para años posteriores.

¹⁵ Una de las razones que se alude para explicar el bajo crecimiento de la seguridad social (especialmente entre 1990 y 1994, a pesar de haber sido años de crecimiento económico) es el desincentivo a la formalización del empleo, generado por el elevado costo del seguro de enfermedades y maternidad (IMSS, 1995).

Gráfica 3
Cobertura de los dos principales esquemas de atención a la salud
1990-1996 (miles de personas)



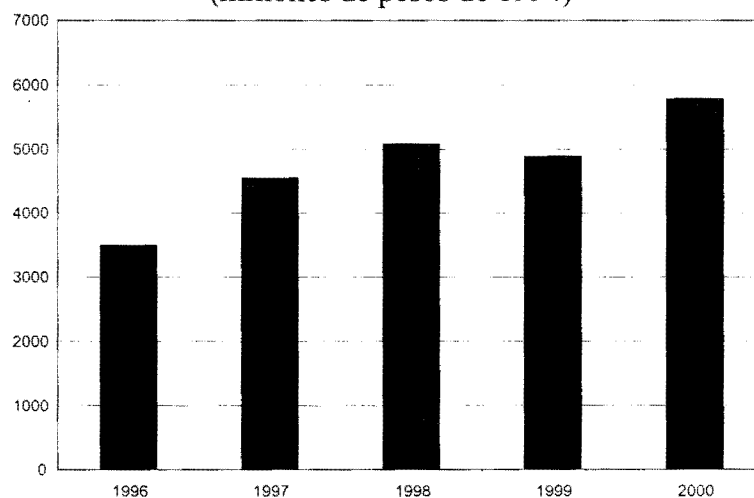
Fuente: Anexo estadístico del Quinto Informe de Gobierno, 1999.

En suma, los datos sugieren un esfuerzo financiero importante por parte del gobierno federal en incrementar el gasto real per cápita en la población abierta, la cual tiene sólo dos alternativas para atender su salud: acudir a los servicios de la Secretaría (los cuales se descentralizaron a los estados a partir de 1996) o recurrir a los servicios privados de salud y aseguramiento. Sin embargo, como discutiré más adelante, todavía hay una diferencia muy marcada entre el gasto per cápita para la población asegurada y aquel orientado a la población abierta.

El gasto federal en salud (el cual incluye todo el gasto federal para población abierta así como el de las instituciones federales de seguridad social) como porcentaje del PIB oscila entre 2 y 2.7% entre 1990 y 1998. Por su parte, el gasto privado en salud representa entre 2.06% y 2.97% del PIB, según estimaciones de la Fundación Mexicana para la Salud basadas en la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 1992. Lo anterior implica que la inversión total en salud en México es cercana al 5% del producto. ¿Es ésta una cifra baja o elevada? El promedio latinoamericano de inversión en salud es 5.7% del PIB, es decir que México está ligeramente debajo de dicho promedio regional. Por otra parte, un estudio del Banco Mundial de 1993 muestra que México ocupaba el decimoquinto lugar en cuanto al porcentaje del gasto destinado a salud dentro del PIB, al compararlo con otros 18 países de la región latinoamericana, mientras que ocupaba el noveno lugar en niveles de mortalidad infantil. A primera vista pareciera que incrementar la inversión en

salud dentro del PIB podría mejorar los indicadores de salud en México, sin embargo esto no es necesariamente cierto, pues ello requiere que las decisiones de asignación de recursos efectivamente estén guiadas bajo criterios de eficiencia y efectividad. En otras palabras, no se trata solamente de gastar más, sino de orientar mejor el gasto.

Gráfica 4
Gasto regional de la SSA, 1996-2000
(millones de pesos de 1994)



Fuentes: Cuentas Públicas federales 1996-1998. Presupuestos de Egresos de la Federación 1999 y 2000.

En lo que respecta al gasto de la Secretaría de Salud en los estados de la federación, podemos observar una evolución creciente en términos reales durante el periodo 1996-2000 (gráfica 4), salvo por una ligera caída en 1999 de 4% aproximadamente.¹⁶ Es probable que la caída que se observa en la gráfica se derive de que los datos para 1999 se refieren al gasto presupuestado y no al realmente ejercido.¹⁷ Es claro que el esfuerzo financiero del gobierno federal en servicios de salud para población abierta también se refleja en el monto destinado a los estados de la federación.

¹⁶ El gasto real para el año 2000 se calcula suponiendo una inflación de 10%, como la espera el Banco de México.

¹⁷ Entre 1996 y 1998, el gasto ejercido siempre supera al programado.

Algunos resultados del gasto en salud

Hay un consenso amplio en la literatura sobre los dos objetivos que debe cumplir cualquier sistema de atención a la salud: eficiencia y equidad (Enthoven, 1988). Por eficiencia se entiende obtener el máximo valor posible en las condiciones de salud de la población con los recursos (físicos, humanos, materiales y financieros) disponibles. El concepto de equidad es más difícil de definir, pues no tiene un significado universalmente aceptado. Sin embargo, parece haber acuerdo en que equidad en la atención a la salud significa que una persona pueda tener acceso a un nivel mínimo de servicios, independientemente de sus características (nivel de ingresos, lugar de residencia, etc.). A continuación presento algunos datos que pueden darnos una idea general sobre el grado de equidad y eficiencia del gasto público en salud en México.

Uno esperaría que el esfuerzo financiero público sea mayor para atender al sector de la población más vulnerable, es decir a la gente que no tiene acceso a los esquemas de seguridad social por no estar incorporados al sector formal de la economía. En este aspecto, el sistema de atención a la salud en México revela inequidades importantes al comparar el gasto per cápita en la población derechohabiente de la seguridad social con el gasto per cápita en la población abierta. Entre 1990 y 1997 el gasto per cápita en la población no asegurada representa alrededor de 30% del mismo gasto en la población cubierta por esquemas de seguridad social como el IMSS, el ISSSTE, PEMEX, etc.¹⁸ Sin embargo, como mencioné anteriormente, esta tendencia parece estar cambiando en los últimos años, ya que el gasto per cápita en población abierta está creciendo en términos reales.

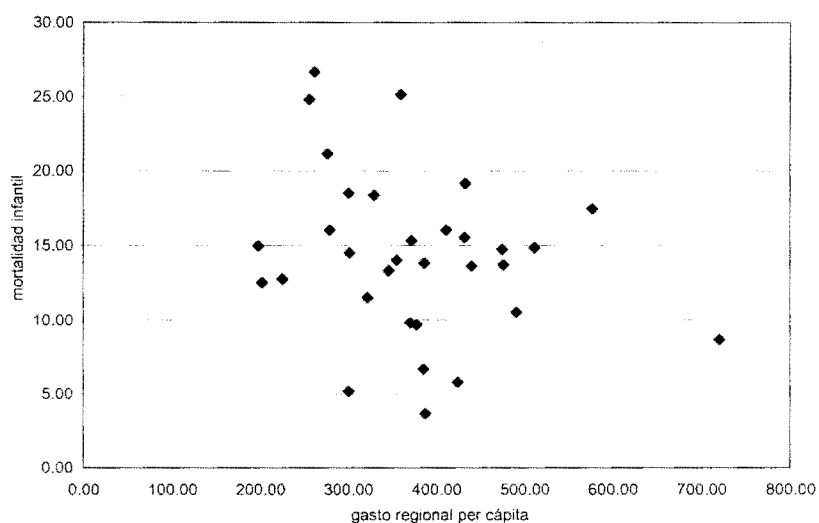
Por otra parte, es interesante examinar la distribución regional del gasto en salud en comparación con indicadores vitales a nivel estatal.¹⁹ La gráfica 5 muestra la relación entre el gasto regional per cápita para la población abierta en 1997 y la tasa de mortalidad infantil de cada entidad federativa en 1996.²⁰ La gráfica sugiere una relación ligeramente inversa entre ambas variables, lo cual también parece indicar cierto grado de inequidad en la distribución regional del gasto: a mayor mortalidad infantil, menor gasto per cápita para la población abierta (el coeficiente de correlación es igual a -0.25).

¹⁸ Esta afirmación se refiere nuevamente al gasto bruto en seguridad social. Sin embargo, el gasto neto (aquel que proviene sólo de las aportaciones del gobierno federal) es en realidad menor que el gasto público para la población no asegurada, a pesar de que el primero creció considerablemente después de la última reforma a la ley del IMSS.

¹⁹ El cuadro 4 reporta la información con la que se elaboraron las gráficas en esta sección.

²⁰ La tasa de mortalidad infantil se define como las muertes de niños menores de un año por cada mil nacimientos vivos. La fuente de los datos es el Consejo Nacional de Población.

Gráfica 5
Gasto regional en salud 1997 y mortalidad infantil

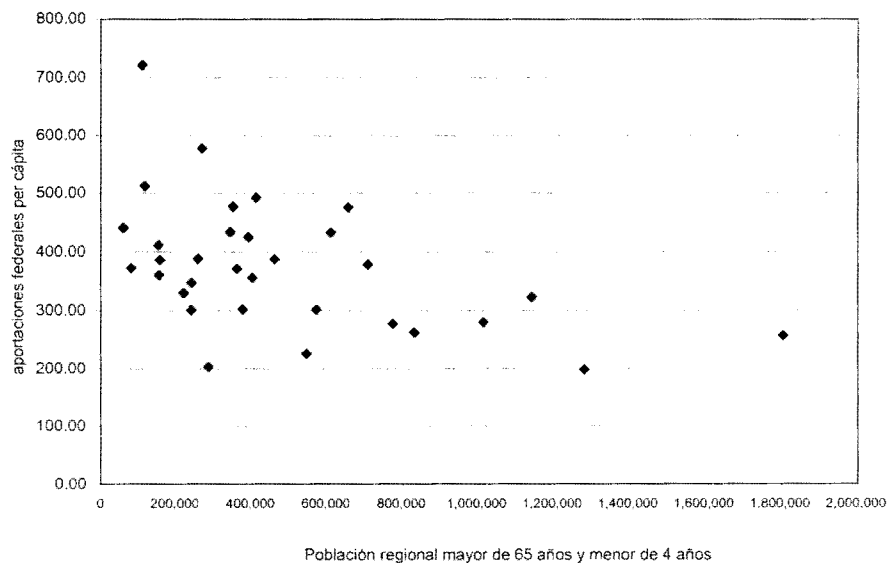


Fuentes: CONAPO-PROGRESA, 1995; Cuenta Pública Federal 1997.

La inequidad del gasto en salud también puede observarse al analizar su distribución regional. El cuadro 3 muestra que en 1996 el gasto federal para servicios de salud en los estados fue de \$238 per cápita en promedio (es decir por habitante no derechohabiente de la seguridad social). Sin embargo, hay variaciones significativas entre estados. Por ejemplo, Campeche recibió \$470 per cápita, mientras que Tabasco recibió \$111 per cápita. Es decir que la aportación federal per cápita más alta superó a la más baja en más de cuatro múltiplos.

Esta aparente inequidad en la distribución regional del gasto podría explicarse por variaciones en las condiciones de salud de cada región, por variables socioeconómicas e incluso por compromisos de inversión adquiridos en el pasado. Más adelante analizo estas posibles influencias en la distribución del gasto, sin embargo vale la pena observar la gráfica 6, la cual muestra la relación entre las aportaciones federales a salud per cápita en cada región del país en 1996 y la población cuya demanda de servicios es potencialmente más alta: los menores de cuatro años y las personas mayores a 65 años. La gráfica revela una correlación negativa entre ambas variables, es decir que el gasto per cápita es en promedio menor en aquellas regiones cuya demanda potencial es más alta, lo cual implica inequidad distributiva del gasto federal en salud.

Gráfica 6
Relación entre el gasto regional en salud y población más demandante de servicios



Fuentes: Cuenta Pública Federal 1997; los datos de población fueron proporcionados por INEGI

Con respecto a la eficiencia del gasto en salud, la información estadística disponible es muy escasa. A continuación examino sólo algunos aspectos de la composición del gasto que permiten derivar algunas conclusiones tentativas sobre su productividad.

Varios estudios afirman que la inversión en atención preventiva es un mecanismo altamente efectivo y poco costoso para promover condiciones de salud entre la gente, en comparación con la inversión en atención curativa, la cual llega a ser sumamente costosa y con bajas probabilidades de ser efectiva, sobre todo para enfermedades crónico-degenerativas (Frenk *et al.*, 1994; Bobadilla *et al.*, 1994). ¿Qué ha sucedido con el gasto en atención preventiva en México durante los últimos años? La gráfica 7 muestra que, en términos reales, el gasto preventivo mostró una tendencia más o menos constante entre 1990 y 1995 para la población abierta (oscilando entre 10 y 11% respecto al gasto total), aunque un año después el gasto en atención preventiva dio un salto importante, situándose en más de 14%. Para la población derechohabiente, el gasto preventivo es, en promedio, menos de la mitad del gasto preventivo ejercido por instituciones para población abierta y además ha caído en términos reales a partir de 1993. Sin embargo, es importante tener en cuenta que gran parte de la atención preventiva (en virtud de que posee ciertas características de bien público) debe recaer principalmente en la Secretaría de Salud y no tanto en las instituciones de seguridad social. En conclusión, pareciera que la tendencia creciente en la inversión en atención preventiva es una señal positiva sobre la priorización del gasto en salud.

Cuadro 3
Aportaciones del gobierno federal a las regiones para servicios de salud

	<i>Aportación Federal 1996*</i>	<i>Aportación Federal per cápita 1996</i>	<i>Aportación Federal 1997*</i>	<i>Aportación Federal per cápita 1997</i>	<i>Aportación Federal 1998*</i>	<i>Aportación Federal per cápita 1998</i>	<i>Aportación Federal 1999*</i>	<i>Aportación Federal per cápita 1999</i>	<i>Aportación Federal 2000</i>	<i>Aportación Federal per cápita 2000*</i>
Aguascalientes	92,273	263.6	144,033	411.5	193,319	552.3	213,117	608.9	312,031	891.5
Baja California	147,373	268.4	238,063	433.6	302,540	551.1	331,982	604.7	456,183	830.9
Baja California Sur	78,532	271.7	127,300	440.5	202,345	700.2	170,806	591.0	226,960	785.3
Campeche	98,882	469.7	151,810	721.2	195,908	930.7	221,546	1052.5	303,553	1442.1
Coahuila	125,884	230.3	202,793	371.1	268,263	490.9	288,316	527.6	400,157	732.2
Colima	75,390	237.1	118,430	372.4	177,550	558.3	169,058	531.6	253,361	796.7
Chiapas	343,154	322.1	506,445	475.3	652,086	612.0	701,400	658.3	970,842	911.2
Chihuahua	132,013	212.8	240,299	387.3	339,935	547.8	386,607	623.1	533,378	859.6
Durango	129,688	237.7	211,686	388.1	278,329	510.2	307,800	564.3	421,615	772.9
Guanajuato	213,492	162.9	363,127	277.1	481,985	367.8	536,077	409.1	750,892	573.0
Guerrero	350,275	204.4	516,773	301.5	674,981	393.8	751,913	438.7	1,043,475	608.8
Hidalgo	190,379	217.6	264,360	302.1	354,090	404.7	399,526	456.6	539,121	616.1
Jalisco	321,204	150.3	597,564	279.6	789,360	369.3	901,141	421.6	1,332,641	623.5
México	716,620	165.7	1,109,403	256.5	1,407,330	325.4	1,821,636	421.2	2,405,418	556.2
Michoacán	241,442	239.6	381,126	378.3	470,643	467.1	540,542	536.5	737,670	732.2
Morelos	108,668	167.3	195,394	300.8	251,726	387.6	271,226	417.6	370,506	570.4
Nayarit	111,306	295.2	145,498	385.9	193,233	512.6	213,372	566.0	292,543	776.0
Nuevo León	233,985	153.0	345,790	226.1	422,779	276.4	456,757	298.6	611,509	399.8
Oaxaca	315,821	353.3	386,890	432.8	494,898	553.6	551,691	617.1	747,521	836.2
Puebla	243,093	196.5	324,009	261.9	435,592	352.1	495,432	400.5	685,235	553.9
Querétaro	104,679	196.6	175,654	329.9	224,809	422.2	252,677	474.5	358,487	673.2
Quintana Roo	92,578	285.3	166,200	512.2	195,609	602.8	232,363	716.1	336,128	1035.8
San Luis Potosí	143,457	265.9	191,885	355.7	264,069	489.5	296,370	549.3	415,126	769.5
Sinaloa	162,934	268.0	258,314	424.9	321,092	528.1	352,098	579.1	487,342	801.5
Sonora	180,428	275.5	312,314	476.8	407,747	622.5	442,554	675.7	598,989	914.5
Tabasco	144,424	110.9	264,500	203.1	348,609	267.6	374,310	287.4	535,036	410.8
Tamaulipas	185,647	262.6	347,637	491.7	467,968	661.9	520,332	736.0	724,797	1025.2
Tlaxcala	83,934	225.6	133,980	360.2	167,649	450.7	188,934	507.9	279,013	750.0
Veracruz	263,348	185.4	458,302	322.6	614,326	432.5	720,588	507.3	1,003,288	706.3
Yucatán	136,166	362.6	216,820	577.4	282,761	753.0	309,064	823.1	431,836	1150.0
Zacatecas	101,145	238.8	146,840	346.7	190,451	449.7	206,040	486.5	283,292	668.9
Distrito Federal	469,839	130.5	714,538	198.5	828,855	230.2	840,824	233.6	1,174,757	326.3
Media nacional	198,064	238	311,181	375	403,151	493	452,066	541	625,709	753
Desv. estándar	134,660	74	206,757	111	257,700	148	320,831	160	431,702	222
Mínimo	75,390	111	118,430	198	167,649	230	169,058	234	226,960	326
Máximo	716,620	470	1,109,403	721	1,407,330	931	1,821,636	1,052	2,405,418	1,442

* Miles de pesos corrientes

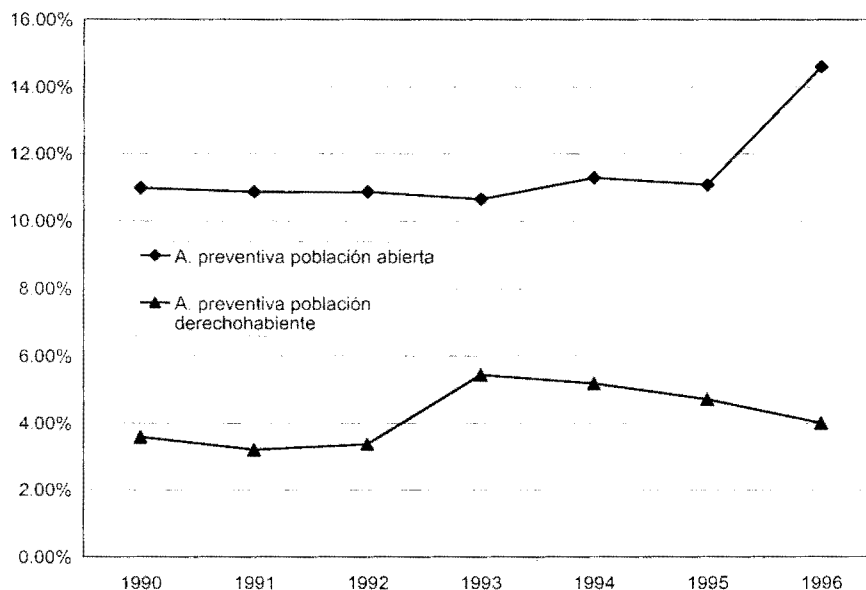
Fuentes: Entre 1996 y 1998, Cuenta Pública Federal; para 1999 y 2000, Presupuesto de Egresos de la Federación.

Cuadro 4
Indicadores socioeconómicos y vitales a nivel regional

	<i>Participante en el proceso de Descentralización de los ochenta</i>	<i>Población legal SSA en 1996 (miles)</i>	<i>Índice de marginación 1995</i>	<i>Consultas diarias por médico en 1996</i>	<i>Producto estatal bruto per cápita 1997</i>	<i>% de población mayor a 65 y menor de 4 años</i>	<i>Mortalidad infantil 90-95</i>	<i>Recursos Humanos por mil habitantes en 1996</i>
Aguascalientes	Sí	350	-1.05 muy bajo	4	14.27	17	25.6	6.63
Baja California		549	-1.27 muy bajo	4.6	15.65	15	25.1	4.02
Baja California Sur	Sí	289	-0.84 bajo	4.7	17.76	15	27.7	4.45
Campeche		210.5	0.78 alto	6.8	21.73	16	36.7	5.42
Coahuila		546.5	-1.18 muy bajo	5.6	16.58	16	25.8	4.89
Colima	Sí	318	-0.71 bajo	5.9	13.54	16	27	4
Chiapas		1065.5	2.36 muy alto	6.4	6.02	18	48.4	4.12
Chihuahua		620.5	-0.78 bajo	5.3	16.57	16	27.9	3.16
Durango		545.5	0 medio	4.7	10.94	18	33.1	4.29
Guanajuato	Sí	1310.5	0.13 medio	6.4	8.98	17	33.6	3.86
Guerrero	Sí	1714	1.91 muy alto	6.6	7.24	19	44.6	3.11
Hidalgo		875	1 alto	7.5	8.07	17	40.1	3.88
Jalisco	Sí	2137.5	-0.6 bajo	6.9	12.21	16	27.8	2.8
México	Sí	4325	-0.74 bajo	9	10.1	15	27.3	3.95
Michoacán		1007.5	0.39 alto	4.6	7.41	18	35.8	4.15
Morelos	Sí	649.5	-0.55 bajo	6.3	10.98	16	29.1	3.92
Nayarit		377	0.05 medio	5.9	7.96	17	32.3	4.34
Nuevo León	Sí	1529.5	-1.5 muy bajo	7.2	20.78	15	23.4	2.92
Oaxaca		894	1.85 muy alto	6.5	5.94	19	46.7	4.44
Puebla		1237	0.8 alto	5.4	8.11	17	38.2	3.42
Querétaro	Sí	532.5	-0.19 medio	4.1	14.22	17	32.7	4.08
Quintana Roo	Sí	324.5	-0.22 medio	4.7	20.44	15	30.6	4.67
San Luis Potosí		539.5	0.76 alto	7.9	9.19	18	39.4	3.56
Sinaloa		608	-0.21 medio	6	10.63	16	31.7	5.49
Sonora	Sí	655	-0.85 bajo	5.8	14.83	16	27.4	6.88
Tabasco	Sí	1302.5	0.67 alto	6.5	8.63	16	36	4.61
Tamaulipas		707	-0.58 bajo	5.3	13.34	16	30	4.48
Tlaxcala	Sí	372	-0.23 medio	8.3	7.02	17	30.4	4.47
Veracruz		1420.5	1.13 muy alto	8.7	8.1	17	41.2	2.11
Yucatán		375.5	0.8 alto	4.9	9.69	17	36	5.71
Zacatecas		423.5	0.6 alto	8.2	7.44	18	36.4	3.89
Distrito Federal		3600	-1.74 muy bajo	3.6	32.11	15	20.7	3.47

Fuentes: CONAPO, 1995; SSA, Boletín de Información Estadística 1997; INEGI.

Grafica 7
Gasto en atención preventiva respecto del gasto total en salud



Fuente: Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud.

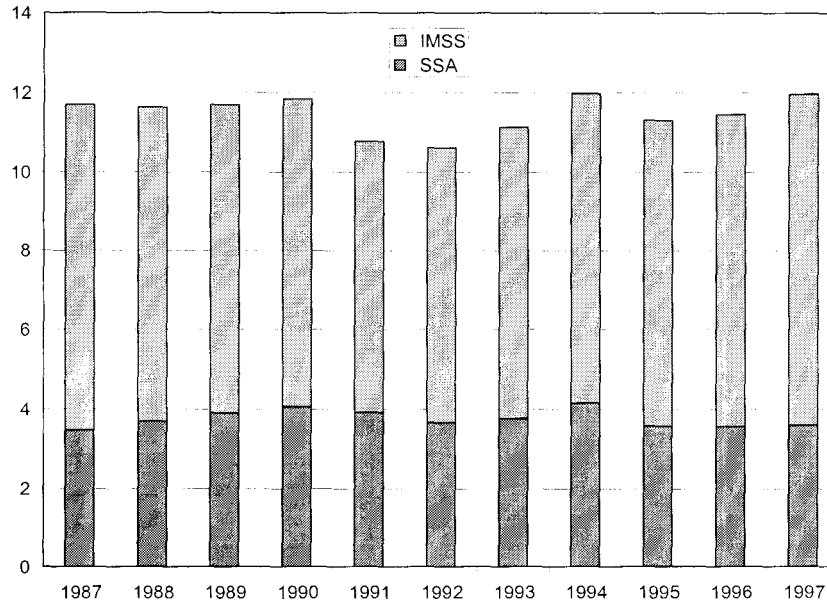
Por último, es interesante analizar algunos indicadores de productividad entre instituciones proveedoras de servicios de salud. El primero de ellos es porcentaje que representa el gasto administrativo dentro del gasto total de las dos principales instituciones prestadoras de servicios: el IMSS y la Secretaría de Salud. El gasto administrativo representa 23.4% del gasto total de la Secretaría de salud, mientras que en el caso del IMSS dicho gasto equivale a 4.49% del total. En términos de gasto administrativo por usuario, la Secretaría destina en promedio \$138, mientras que el IMSS destina sólo \$64. Lo anterior sugiere que el IMSS tiene una mayor eficiencia operativa en comparación con la Secretaría.

Otro indicador de productividad importante son las consultas externas diarias por médico.²¹ Entre 1987 y 1997, este indicador promedió 3.77 en la Secretaría de Salud, mientras que en el IMSS el promedio de consultas externas diarias por médico fue de 7.7 para el mismo periodo, lo cual de alguna manera confirma la idea de que el IMSS tiene una eficiencia operativa mayor que la Secretaría. Este indicador, por otra parte, no parece mostrar una tendencia cambiante a lo largo del tiempo (gráfica 8).

²¹ La consulta externa se define como la atención médica que se imparte tanto en el consultorio, como en el domicilio del paciente, sin utilización de la cama hospitalaria (SSA, Boletín de Información Estadística, Tomo I, 1996).

Grafica 8

Consultas externas diarias por médico



Fuente: Anexo estadístico del Tercer Informe de Gobierno, 1997.

En suma, los datos presentados en esta sección sugieren, en primer lugar, un esfuerzo financiero creciente por parte del gobierno federal en apoyar los servicios de salud para la población abierta durante todo el periodo 1990-1998, salvo entre 1994 y 1995, años en que la crisis fiscal generó una reducción del gasto per cápita de aproximadamente 7%. Sin embargo, a pesar de su crecimiento real, el gasto en salud para la población abierta continúa mostrando inequidades e ineficiencias. En primer lugar, sigue representando una proporción muy baja con respecto al gasto per cápita en la población no asegurada. En segundo lugar, su distribución regional parece estar inversamente relacionada tanto con la tasa de mortalidad infantil como con la demanda de servicios potencialmente más alta (proveniente de los ancianos y los niños más pequeños). Por último, su productividad y eficiencia demuestran ser más bajas en comparación con las de instituciones de seguridad social (su gasto administrativo es relativamente alto y las consultas diarias por médico son comparativamente pocas). El hecho de que la inversión gubernamental en atención preventiva esté creciendo es, sin embargo, una señal positiva sobre la priorización del gasto.

Las aportaciones federales para salud: una primera exploración sobre sus criterios de asignación regional

La descentralización de servicios de salud retomada en 1995 tiene entre sus objetivos guiar la asignación regional del gasto mediante criterios transparentes y verificables, tomando en consideración las condiciones de salud y marginación de cada entidad federativa. Esta parte del documento trata de explorar el peso de ciertas variables socioeconómicas, epidemiológicas y de productividad institucional a fin de determinar su influencia en la fijación de las aportaciones federales.

La única base legal que existe para guiar la distribución regional de las aportaciones federales a salud es el artículo 30 de la Ley de Coordinación Fiscal, el cual establece tres consideraciones básicas para determinar los montos asignados a cada entidad federativa, con cargo al FASSA (Fondo de Aportaciones para Servicios de Salud).²²

- a) el inventario de infraestructura médica y plantillas de personal transferidos a los estados;
- b) las provisiones para servicios personales contenidas en el presupuesto de egresos federal, dentro de las cuales se incluyen todos los posibles incrementos salariales y prestaciones laborales;
- c) los gastos de operación e inversión comprometidos con anterioridad por los estados.

El primer criterio puede ser contrario a una asignación eficiente de los recursos, ya que introduce incentivos a que los estados mantengan una infraestructura médica obsoleta o a que los estados subutilicen dicha infraestructura.²³ Es decir que un estado podría aumentar sus recursos provenientes del gobierno federal por el sólo hecho de contar con mayor infraestructura física, independientemente de su calidad y desempeño. Los otros dos criterios introducen un componente fuertemente inercial a la asignación del gasto, ya que tanto los compromisos salariales con el personal y los gastos operativos y de inversión contraídos en ejercicios fiscales pasados son obligaciones imposibles de eludir por los gobiernos estatales. De hecho, el pago al personal representa aproximadamente 60% del gasto total en salud, según datos de la Cuenta Pública Federal.

Sin embargo, la misma ley contempla la posibilidad de que el presupuesto de egresos destine recursos para servicios de salud adicionales a los establecidos bajo los tres criterios anteriores, especialmente tomando en cuenta consideraciones de

²² La ley no especifica la forma concreta como operan dichos criterios.

²³ Martínez-Vázquez y Cabrero (1999) coinciden en alertar sobre este posible efecto. Basándose en resultados de una encuesta de 1995, señalan que 23% de los hospitales del sistema federal-estatal tuvo una tasa promedio de ocupación de 50% o menos. Además, encuentran que 3.5% de todas las unidades médicas no operaban por falta de mantenimiento, personal o equipo.

equidad. Para distribuir dichos recursos adicionales, el artículo 31 de la ley establece una fórmula cuyo fin es compensar a aquellos estados que, aún después de obtener los recursos necesarios para sufragar infraestructura, personal y gastos operativos y de inversión, queden por debajo de un “gasto mínimo per cápita aceptado”. Sólo aquellos estados que estén en esta situación tendrían acceso a los posibles fondos adicionales, los cuales se distribuirían tomando además en cuenta indicadores de mortalidad y de marginación estatal. El problema con dicha fórmula es la falta de una definición precisa del concepto “gasto mínimo per cápita aceptado”, ya que esta ausencia puede prestarse a un manejo discrecional por parte del gobierno federal.

En conclusión, la Ley de Coordinación Fiscal es problemática para decidir la distribución de fondos federales para servicios de salud a los estados, ya que puede inducir comportamientos ineficientes entre los prestadores de servicios y generar inercias importantes. ¿Qué peso han tenido las condiciones de salud y socioeconómicas en la determinación de las aportaciones federales en años recientes? ¿Existe alguna evidencia de que las decisiones de gasto efectivamente hayan respondido a variables de marginación y mortalidad regionales? ¿Qué tan inercial es en realidad la distribución del gasto? Para dar una respuesta (por lo menos tentativa) a estas interrogantes, a continuación analizo la influencia de las siguientes variables sobre las aportaciones federales per cápita en cada entidad federativa para 1996.²⁴

- a) El producto estatal bruto per cápita, a fin de medir la influencia de la riqueza relativa regional sobre las aportaciones federales a salud.
- b) El índice de marginación estatal elaborado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), ponderado por la población estatal relativa a la nacional. Si las aportaciones federales tienen un objetivo compensatorio, es de esperarse que exista una relación positiva entre este indicador y el gasto federal en salud.
- c) El promedio anual de la tasa de mortalidad infantil a nivel regional durante el periodo 1990-1995. Si las aportaciones federales tienen el objetivo de promover las condiciones de salud de la población, se espera una influencia significativa y positiva sobre el nivel del gasto federal regional.
- d) La proporción de personas mayores a 65 años y menores de cuatro con respecto a la población total de cada estado. Esta variable es un indicador de la demanda potencial de servicios de salud, la cual se espera esté positivamente relacionada con el nivel de gasto federal en las regiones.
- e) Los recursos humanos (personal médico, paramédico y administrativo) transferidos por la Secretaría de Salud a los estados, por cada mil habitantes. Esta variable mide la capacidad instalada para la provisión de servicios de salud en cada región del país. Si la influencia de esta variable es grande, ello confirmaría la naturaleza inercial de la distribución regional del gasto en salud, la cual puede

²⁴ Recordemos que en ese año todavía el gasto regional en salud era controlado por la Secretaría de Salud. Más adelante analizo si en 1998 (año a partir del cual los estados adquirieron un manejo amplio sobre los recursos financieros) hay algún cambio en los criterios de asignación del gasto federal.

- limitar fuertemente la capacidad de reasignación gubernamental para promover resultados eficientes y equitativos.
- f) Las consultas diarias por médico en contacto directo con el paciente. Se incluye esta variable como un indicador de la productividad diaria del personal médico, a fin de determinar si el desempeño de los recursos tiene alguna influencia sobre la distribución del gasto regional. Un esquema de incentivos al desempeño tendería a asignar más recursos a las regiones con personal más productivo, por lo que el signo ideal del coeficiente de esta variable sería positivo.
 - g) Una variable dicotómica para identificar a los 14 estados que participaron en la descentralización de servicios de salud desde la década de los ochenta. El propósito consiste en analizar si las aportaciones federales tienden a favorecer o no a dichos estados, en comparación con las entidades que apenas se incorporaron al proceso descentralizador.

Las estimaciones fueron realizadas mediante el método de mínimos cuadrados ordinarios. Los resultados se reportan en el cuadro 5, el cual presenta tres especificaciones cuando la variable dependiente es la aportación federal per cápita en 1996. El cuadro 6 presenta el mismo análisis, pero aplicado al año 1998, cuando los estados comenzaron efectivamente a tener un manejo amplio sobre los recursos del FASSA.

Del análisis de los resultados presentados en el cuadro 5 podemos anotar las siguientes observaciones:

- 1) El índice regional de marginación 1995 resulta ser una variable significativa y el signo de su coeficiente es positivo. Esto indica que los recursos per cápita en 1996 son mayores para aquellas regiones cuya marginación es más alta, lo cual parece confirmar el objetivo compensatorio de las aportaciones federales a salud. Lo mismo sucede en las especificaciones segunda y tercera, las cuales excluyen el indicador de marginación del CONAPO para incluir la tasa de mortalidad infantil promedio durante el periodo 1990-1995 (no se incluyen ambas simultáneamente pues están fuertemente correlacionadas). En este caso, también la mortalidad infantil resulta estadísticamente significativa y con el signo positivo esperado: por cada incremento en la mortalidad infantil de un estado, la aportación federal crece entre \$5.6 y \$7.2 per cápita en promedio. En suma, tanto la marginación como las condiciones de salud parecen ser tomadas en cuenta por el gobierno federal para distribuir regionalmente sus aportaciones al sector salud.

Cuadro 5
Resultados del análisis de regresión para 1996

	<i>Variable dependiente: Aportación federal per cápita en 1996</i>		
	<i>Modelo 1</i>	<i>Modelo 2</i>	<i>Modelo 3</i>
<i>Variables independientes</i>	n=32 <i>R</i> cuadrada ajustada: 0.615 Estadístico F: 9.268 Signif. De F: 0.000	n=32 <i>R</i> cuadrada ajustada: 0.544 Estadístico F: 7.159 Signif. De F: 0.000	n=32 <i>R</i> cuadrada ajustada: 0.466 Estadístico F: 6.410 Signif. De F: 0.001
Marginación	926.09 (274.46)		
Mortalidad infantil (promedio 90-95)		5.60 (2.35)	7.20 (2.43)
Producto estatal per cápita	7.187 (2.50)	4.91 (2.51)	5.76 (2.69)
Rec. Humanos (por mil hab)	46.06 (8.79)	47.66 (9.59)	46.05 (10.34)
Demanda potencial	670.66 (1087.13)	240.77 (1325.97)	382.41 (1433.15)
Primera etapa	-54.86 (17.22)	-45.58 (19.55)	
Consultas diarias por médico	12.54 (7.39)	6.55 (8.23)	3.88 (8.82)
Constante	-206.79 (222.30)	-267.45 (240.20)	-350.71 (257.00)

NOTAS: Entre paréntesis se indica el error estándar de los coeficientes. Las celdas sombreadas indican un nivel de significación de 0.05 o menor

Cuadro 6
Resultados del análisis de regresión para 1998

	<i>Variable dependiente: Aportación federal per cápita en 1998</i>
<i>Variables independientes</i>	
	n=32 R cuadrada ajustada: 0.350 Estadístico F: 3.778 Signif. De F: 0.008
Mortalidad infantil (promedio 90-95)	10.06 (5.64)
Producto estatal per cápita	6.57 (6.04)
Rec. Humanos (por mil hab)	88.78 (23.00)
Demanda potencial	-2101.51 (3181.12)
Primera etapa	-64.05 (46.90)
Consultas diarias por médico	-0.807 (19.75)
Constante	87.99 (576.26)

NOTAS: Entre paréntesis se indica el error estándar de los coeficientes. Los números en negritas indican un nivel de significación de 0.05 o menos.

- 2) El ingreso estatal per cápita también aparece como una variable explicativa de las aportaciones federales a salud en las especificaciones primera y tercera. El signo de su coeficiente es positivo, lo cual significa que aquellas regiones con mayor ingreso per cápita reciben en promedio más recursos del gobierno federal para financiar sus servicios de salud (por cada mil pesos de ingreso adicional per cápita, la aportación federal per cápita aumenta entre 5 y 6 pesos en promedio). Sin embargo, es interesante contrastar este resultado con el obtenido del análisis de la marginación, en donde su coeficiente apareció con signo positivo: la aportación federal per cápita aumenta conforme crecen tanto la marginación como el producto estatal por habitante, lo cual parece ser contradictorio. Una posible explicación a lo anterior es que la atención de la salud es un bien normal (su demanda es una función positiva del ingreso de las personas). Si dicha hipótesis es correcta, implica que al aumentar el ingreso de la gente, el gobierno federal necesita aumentar su aportación para financiar el aumento en la demanda por servicios. Otra posible explicación es que aquellas regiones con mayor producto per

- cápita tienen perfiles epidemiológicos que se caracterizan por una fuerte presencia de enfermedades crónico-degenerativas cuya atención es de costo elevado, por lo tanto el financiamiento federal debe ser mayor.
- 3) La demanda potencial por servicios (en nuestro modelo la proporción de gente más joven y más vieja respecto de la población total de cada región) no resulta ser una variable explicativa de las aportaciones federales, en ninguna de las tres especificaciones del cuadro 5. Este resultado sugiere que las aportaciones responden únicamente a la demanda real por servicios (originada por cambios positivos en el ingreso estatal per cápita) y no a la demanda potencial.²⁵
 - 4) Los 14 estados que participaron en la descentralización de servicios de salud desde la década de los ochenta revelan recibir en promedio menos recursos federales que el resto de los estados (esta reducción oscila entre 45 y 54 pesos per cápita en promedio por estado). La interpretación de este resultado es complicada, ya que podría pensarse que los estados que asumieron la responsabilidad de operar los servicios 11 años antes que el resto de las entidades, pudieron desarrollar esquemas de financiamiento menos dependientes del dinero federal, por lo que ahora la Secretaría de Salud les transfiere menos recursos. Sin embargo, esta interpretación contradice lo que sostienen autores como Cardozo (1998), quien afirma que la descentralización de los ochenta aumentó la dependencia de los estados respecto a los recursos federales, por lo menos hasta 1987. Según funcionarios de la Secretaría,²⁶ la explicación más factible es que ninguno de los 14 estados que firmaron acuerdos de descentralización en los ochenta tenían indicadores vitales y epidemiológicos más adversos que el resto de las entidades del país. Debido a ello, la aportación que dichos estados reciben del gobierno federal es relativamente menor.
 - 5) Las consultas diarias por médico no son, en absoluto, explicativas de la distribución regional del gasto en salud. El desempeño productivo de los recursos humanos para la salud no parecen —por lo menos en 1996— incidir favorablemente en la asignación financiera a los estados. No es claro si la eficiencia operativa en la prestación de servicios será un aspecto que el gobierno federal premiará en su proceso de asignación presupuestal (sobre todo en estos últimos años de reforma presupuestaria en el ámbito federal), sin embargo la evidencia no sugiere que ello haya ocurrido en el caso del sector salud.

²⁵ Sin embargo, pese a la baja significación estadística de la demanda potencial, su coeficiente tiene una magnitud muy grande, lo cual sugiere que el problema probablemente radica en el bajo número de observaciones incorporadas a la estimación.

²⁶ Entrevista con el actuario Javier Jiménez, Coordinador de Asesores del Subsecretario de Coordinación Sectorial de la SSA, 24 de mayo del 2000.

- 6) Los recursos humanos destinados a la salud en las regiones tienen un peso determinante en las aportaciones federales. Su coeficiente es positivo y de magnitud elevada. Esto confirma la idea de que la capacidad instalada para servicios de salud explica la mayor parte de la distribución del gasto federal en las regiones del país. La infraestructura médico-hospitalaria existente en cada estado de la República introduce un componente fuertemente inercial en la asignación presupuestal descentralizada. Como ya discutí anteriormente, asignar el gasto de acuerdo con la capacidad instalada constituye un criterio cuyos incentivos pueden ser contrarios a la eficiencia, además de que limita la capacidad gubernamental de reasignar sus recursos a las áreas más estratégicas del sector (por ejemplo a programas de política sanitaria con una adecuada relación costo-efectividad).

Por su parte, el cuadro 6 reproduce el mismo análisis de regresión, pero teniendo como variable dependiente las aportaciones federales per cápita del FASSA en 1998, año a partir del cual los estados asumieron efectivamente un control directo sobre los recursos transferidos. El objetivo de este cuadro es analizar si los resultados presentados para 1996 (año donde los recursos todavía estaban totalmente etiquetados por la Secretaría de Salud), se mantienen dos años después.²⁷ Su principal hallazgo es que la capacidad instalada (medida nuevamente como los recursos humanos por cada mil habitantes) se mantiene como la principal variable explicativa, lo cual podría estar induciendo inercias importantes en la distribución regional del gasto. Sin embargo, como señalé anteriormente, los estados han aceptado, tácitamente, el modelo de asignación vigente, pese a sus elementos de inercia presupuestal.

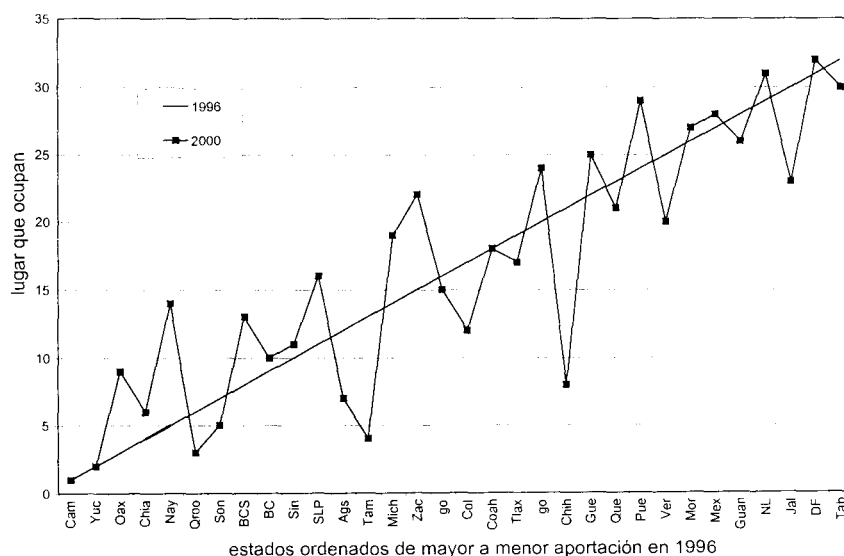
¿Qué tan inercial es la distribución regional del gasto federal en salud? Si bien he alertado sobre la posibilidad de que la capacidad instalada sea un obstáculo para la reasignación de recursos por parte de la Secretaría de Salud, los datos del gasto descentralizado para años posteriores a 1996 sugieren que el gobierno federal tiene (o bien ha adquirido) un margen razonable para reasignar el presupuesto adicional que año con año destina a servicios de salud.²⁸ La gráfica 9 ilustra lo anterior. Su eje horizontal representa a todos los estados de la federación (incluyendo al DF), ordenados de acuerdo a la aportación per cápita que recibieron en 1996, de mayor a

²⁷ El segundo análisis, sin embargo, se ve limitado por el hecho de sustentarse en información rezagada para algunas variables (los datos de marginación y mortalidad infantil son de 1995). De cualquier forma, los resultados son interesantes en la medida en que muestran la persistencia de los recursos humanos como la variable explicativa principal.

²⁸ Como señalé anteriormente, el presupuesto federal descentralizado para servicios de salud ha venido creciendo en términos reales durante los últimos cinco años. Por otra parte, ningún estado ha experimentado reducciones en su aportación respecto a años anteriores (ninguno ha perdido en términos absolutos). Debido a lo anterior, cuando utilizo el término "reasignación" me refiero exclusivamente a la capacidad del gobierno federal de modificar la posición relativa que cada estado ocupa dentro de la distribución presupuestal anual. Es decir, me refiero a la capacidad de la Secretaría de Salud de reasignar el incremento anual de sus recursos entre estados de la República.

menor. El eje vertical representa el lugar que los estados ocuparon en ese mismo año y en el año 2000 (nuevamente de mayor a menor aportación per cápita).²⁹ La gráfica revela fluctuaciones muy marcadas en algunos estados con respecto al año 1996, especialmente en los casos de Chihuahua, Jalisco, Nayarit, Oaxaca, Tamaulipas y Zacatecas, en donde el lugar relativo que ocupaban dentro de la distribución del gasto cambió dramáticamente cuatro años después (en el caso de Nayarit, su lugar cambió sustancialmente entre 1996 y 1997, pasando del quinto lugar de la distribución al decimocuarto, como puede apreciarse en el cuadro 7, donde se incluyen datos para todos los años del periodo estudiado). La mayoría de los estados, sin embargo, ha conservado en lo general su posición relativa; Campeche y Yucatán, por ejemplo, se han mantenido en las posiciones primera y segunda durante todos los años considerados, mientras que Tabasco y el DF siempre han ocupado los últimos.

Gráfica 9
Orden que ocupa cada estado, según su aportación per cápita
(1996-2000)



²⁹ Los años 1997 a 1999 se omiten de la gráfica para mejorar su nitidez. Las fluctuaciones en esos años son similares a las aquí representadas. El cuadro 7 presenta la misma información para todo el periodo considerado (1996-2000).

Cuadro 7
Aportación federal per cápita y lugar que ocupa cada Estado en orden descendente

<i>Entidad Federativa</i>	<i>1996</i>	<i>Lugar que ocupa</i>	<i>1997</i>	<i>Lugar que ocupa</i>	<i>1998</i>	<i>Lugar que ocupa</i>	<i>1999</i>	<i>Lugar que ocupa</i>	<i>2000</i>	<i>Lugar que ocupa</i>
Aguascalientes	264	12°	412	11°	552	10°	609	9°	892	7°
Baja California	268	9°	434	8°	551	11°	605	10°	831	10°
Baja California Sur	272	8°	440	7°	700	3°	591	11°	785	13°
Campeche	470	1°	721	1°	931	1°	1052	1°	1442	1°
Coahuila	230	18°	371	17°	491	16°	528	18°	732	18°
Colima	237	17°	372	16°	558	8°	532	17°	797	12°
Chiapas	322	4°	475	6°	612	6°	658	6°	911	6°
Chihuahua	213	21°	387	13°	548	12°	623	7°	860	8°
Durango	238	16°	388	12°	510	15°	564	14°	773	15°
Guanajuato	163	28°	277	27°	368	27°	409	28°	573	26°
Guerrero	204	22°	301	24°	394	24°	439	24°	609	25°
Hidalgo	218	20°	302	23°	405	23°	457	23°	616	24°
Jalisco	150	30°	279	26°	369	26°	422	25°	623	23°
México	166	27°	256	29°	325	29°	421	26°	556	28°
Michoacán	240	14°	378	15°	467	18°	537	16°	732	19°
Morelos	167	26°	301	25°	388	25°	418	27°	570	27°
Nayarit	295	5°	386	14°	513	14°	566	13°	776	14°
Nuevo León	153	29°	226	30°	276	30°	299	30°	400	31°
Oaxaca	353	3°	433	9°	554	9°	617	8°	836	9°
Puebla	197	24°	262	28°	352	28°	401	29°	554	29°
Querétaro	197	23°	330	21°	422	22°	475	22°	673	21°
Quintana Roo	285	6°	512	3°	603	7°	716	4°	1036	3°
San Luis Potosí	266	11°	356	19°	489	17°	549	15°	769	16°
Sinaloa	268	10°	425	10°	528	13°	579	12°	802	11°
Sonora	275	7°	477	5°	623	5°	676	5°	914	5°
Tabasco	111	32°	203	31°	268	31°	287	31°	411	30°
Tamaulipas	263	13°	492	4°	662	4°	736	3°	1025	4°
Tlaxcala	226	19°	360	18°	451	19°	508	19°	750	17°
Veracruz	185	25°	323	22°	432	21°	507	20°	706	20°
Yucatán	363	2°	577	2°	753	2°	823	2°	1150	2°
Zacatecas	239	15°	347	20°	450	20°	487	21°	669	22°
Distrito Federal	131	31°	198	32°	230	32°	234	32°	326	32°

Fuente: Cuadro 3

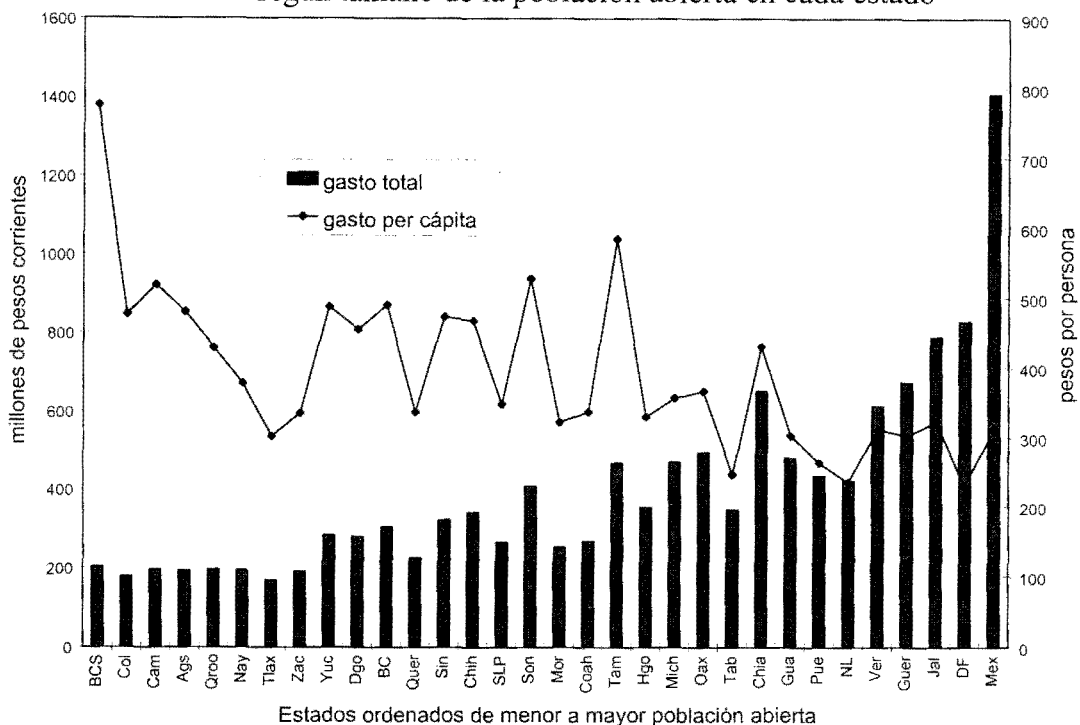
En suma, pese a que en general se percibe cierto grado de inercia en la distribución regional del gasto federal en salud (el coeficiente de correlación entre la distribución del gasto per cápita en 1996 y en el 2000 es de 0.9), los datos revelan que la Secretaría de Salud mantiene una buena capacidad de modificar el lugar relativo que cada estado ocupa, año con año, en la distribución presupuestal. En otras palabras, la Secretaría conserva un margen significativo para la redistribución de sus recursos excedentes. En qué medida dicha capacidad responde a cambios en las condiciones socioeconómicas o epidemiológicas en las regiones del país, es una pregunta difícil de responder con la información disponible para este estudio. A medida que el sector salud vaya generando indicadores periódicos y homogéneos para todas las regiones del país, será posible conocer con mayor precisión los criterios que guían sus decisiones de reasignación de gasto.

Se me ha sugerido que el criterio estrictamente poblacional podría estar induciendo, *per se*, las decisiones de distribución de gasto de la Secretaría de Salud, es decir que la asignación de recursos presupuestales podría estar guiándose por un simple principio de capitación.³⁰ La gráfica 10 describe esta relación. En su eje horizontal presenta, en orden ascendente, a los estados de acuerdo al tamaño de su población no asegurada en 1998; en el vertical, el gasto federal ejercido en ese mismo año, tanto en términos absolutos como per cápita. En general se observa una influencia importante del criterio poblacional: el gasto absoluto muestra una tendencia más o menos creciente conforme aumenta el tamaño de la población abierta a nivel estatal. Sin embargo, en varios estados el gasto no se comporta según dicha tendencia, lo cual confirma la influencia de las otras variables consideradas en el análisis anterior. Tomemos como ejemplo los casos de Tabasco y Chiapas, los cuales tienen una población abierta muy similar, aunque el gasto federal en salud asignado al segundo casi duplica al gasto del primero; es claro que el criterio socioeconómico tiene un papel fundamental en explicar esta diferencia, tal y como demostré en el análisis de regresión.

En conclusión, los datos revelan que la influencia del criterio poblacional es relevante en la distribución del gasto, aunque no determinante. Sin embargo, es muy probable que el alto impacto de la capacidad instalada sobre las aportaciones federales esté estrechamente vinculado con el criterio poblacional. Es decir que las decisiones de inversión en infraestructura médico-hospitalaria y de contratación de personal pudieron haber sido dictadas por el tamaño de la población no asegurada en cada región del país, para luego convertirse en un criterio determinante de las decisiones de asignación de gasto en salud para años consecutivos.

³⁰ Debo esta observación a Enrique Cabrero, quien alude a un estudio reciente de Alberto Díaz Cayeros (no publicado) en el que se demuestra que la suma de todas las aportaciones federales a los estados están distribuidas de acuerdo a la población estatal.

Gráfica 10
Distribución regional del gasto federal en salud 1988
según tamaño de la población abierta en cada estado



Fuentes: SSA, Boletín de Información Estadística 1998; Cuenta Pública Federal 1998.

III. Conclusiones e implicaciones de política

Este documento ha tratado de presentar un diagnóstico inicial sobre la reciente descentralización del gasto en salud en México orientado a atender a la población no asegurada. Uno de sus principales hallazgos es que, en los últimos diez años, el gobierno federal ha incrementado su esfuerzo financiero en términos reales para atender a dicha población: esto se percibe tanto en el análisis del gasto per cápita global de las instituciones que atienden a dicha población, como en la distribución regional del gasto de la Secretaría de Salud. No obstante, los datos revelan que el sistema todavía padece de inequidades e ineficiencias en la asignación del gasto público, probablemente derivadas de la influencia de factores inerciales.

Otro resultado interesante, obtenido del análisis de regresión, es que si bien la distribución regional del gasto per cápita parece estar positivamente influido por las condiciones socioeconómicas y epidemiológicas de los estados, la capacidad instalada del sector en el ámbito regional tiene un peso muy significativo en explicar

las decisiones de distribución del gasto por parte del gobierno federal. Esta variable podría estar preservando cierto grado de inercia a través del tiempo, lo cual limita la capacidad de reasignación hacia aquellas regiones con mayores necesidades de servicios de salud. Sin embargo, la capacidad de reasignación presupuestal relativa no ha sido totalmente eliminada, ya que la distribución del gasto per cápita manifiesta cambios importantes en algunos estados del país durante el periodo 1996-2000. Sería interesante saber a qué han obedecido las decisiones de reasignación relativa para dichos estados en años recientes, aunque para ello la información disponible es todavía insuficiente.

El documento también ha discutido algunos asuntos del reciente proceso de descentralización en salud que requieren ser detallados, a fin de imprimirle mayor transparencia y racionalidad. La mayoría de ellos tiene que ver con los mecanismos de asignación, gestión y evaluación del gasto público en los estados, los cuales han comenzado a asumir importantes responsabilidades en el sector y adquirido autonomía en la toma de decisiones. El sistema de incentivos de la descentralización no es suficientemente claro todavía. La creciente autonomía de los gobiernos estatales en asignar las aportaciones federales a diversas áreas programáticas no parece estar equilibrada por mecanismos de rendición de cuentas tanto hacia los usuarios como hacia el nivel federal. Tampoco es claro si la asignación presupuestal estará vinculada al desempeño de los estados en el uso de los recursos federales (por lo menos en 1996 la productividad del factor humano no reveló tener influencia alguna sobre la asignación del gasto), lo cual puede ir en detrimento de la eficiencia operativa del gasto. Algo similar ocurre con el diseño de las aportaciones federales hacia las regiones, ya que la Secretaría de Salud no posee información sobre la contribución financiera de los gobiernos estatales para desarrollar sus propios sistemas de atención a la salud; es posible que las aportaciones federales hayan originado una disminución del esfuerzo financiero de los estados, como parece haber ocurrido en el sector educativo (Merino, 1997), lo cual debilitaría la corresponsabilidad fiscal y reforzaría la dependencia de los estados con respecto al dinero federal. La literatura (Winkler, 1994; Gramlich, 1977; Ahmad *et al.*, 1997a) reconoce la importancia de evitar que los gobiernos subnacionales reduzcan su propio esfuerzo financiero y recomienda condicionar las transferencias intergubernamentales al mantenimiento de un nivel mínimo de gasto subnacional por habitante (o bien diseñar esquemas donde las regiones tengan que complementar el financiamiento federal en un porcentaje determinado). Este tipo de esquemas de corresponsabilidad fiscal está ausente en el diseño del FASSA.

Considero importante cerrar con una reflexión final que sirva de base para plantear acciones futuras que mejoren la asignación, operación y evaluación del gasto descentralizado en salud, tomando en cuenta que la ciudadanía demanda cada vez más transparencia y calidad en la gestión de los recursos públicos.

En primer lugar es importante reconocer que, si bien la descentralización del gasto puede mejorar la eficiencia en la asignación, ello requiere que el gobierno federal diseñe mecanismos claros y estables para transferir recursos a los niveles sub-

nacionales. Como demostré en el documento, hay evidencia de que la marginación y mortalidad infantil influyen en las decisiones de asignación regional del gasto federal, sin embargo el mecanismo concreto que hace operativos ambos criterios no es explícito. La fórmula establecida en la Ley de Coordinación Fiscal sólo se aplica a aquellos estados que están por debajo de un nivel de gasto mínimo aceptado después de haber satisfecho sus compromisos salariales, operativos y de inversión, los cuales representan la mayor parte del presupuesto anual, dejando un reducido margen para aplicar criterios compensatorios o de eficiencia. Además, la ley no define el concepto de “gasto mínimo aceptado”, lo cual resta transparencia a este criterio formal de asignación. Es evidente que la distribución del gasto no podría basarse exclusivamente en criterios socioeconómicos o epidemiológicos, pues ello implicaría soslayar los compromisos salariales con el personal del sector. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que dichos compromisos son negociados con el sindicato en el ámbito central. Sería deseable que la descentralización otorgara a los gobiernos estatales un margen más amplio de poder de negociación laboral, pues ello podría traducirse en incentivos a la eficiencia operativa y reducir posibles desequilibrios verticales.

En segundo lugar, considero indispensable que la asignación presupuestal incentive también la corresponsabilidad fiscal en el sector salud, sobre todo ante el riesgo de que algunos estados reduzcan su propio esfuerzo financiero en desarrollar a sus sistemas de atención. Para ello, el diseño de las aportaciones federales podría requerir que ningún estado reduzca su propia contribución presupuestal en el sector, o bien diseñar un esquema de transferencias intergubernamentales en donde cada estado tenga que complementar la ayuda federal en un porcentaje determinado (lo que en inglés se conoce como *matching grants*). Evidentemente, cualquiera de estas alternativas implica que cada estado debe rendir cuentas al nivel central sobre su gasto propio en el sector.

Por último, me parece que la evaluación debe cumplir un papel fundamental en la descentralización del gasto en salud. Si bien las condiciones epidemiológicas de cada región deben fundamentar las decisiones de asignación del gasto, el sistema de evaluación debe también incorporarlas como indicadores del desempeño de los operadores de los servicios. Es decir, no sólo se trata de compensar presupuestalmente a aquellas regiones cuyas condiciones epidemiológicas son más desfavorables, sino también de crear mecanismos que incentiven a los sistemas estatales de salud a mejorar sus indicadores de mortalidad, morbilidad, etc. Las reformas presupuestarias que varios países han llevado a cabo en la última década han puesto un énfasis mayor en evaluar los resultados de la gestión pública, y no tanto los insumos que se utilizan. Es claro que el sector salud en nuestro país debe ir transitando en esa dirección, sobre todo para que el proceso descentralizador actual genere los beneficios que promete.

El presente estudio es únicamente un ejercicio exploratorio inicial que, ante la escasez de trabajos en esta materia aplicados al caso mexicano, ha tratado de establecer algunas pistas para el análisis futuro. Sus hallazgos, por lo tanto, deben tomarse como explicaciones provisionales. El desarrollo sistemático de bases de datos

a nivel regional permitirá profundizar en algunas de las preguntas de investigación planteadas por este trabajo.

Bibliografía

- Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud*, Diario Oficial de la Federación, 25 de septiembre de 1996.
- Aedo, Cristian and O. Larrañaga (1994), *Social Service Delivery Systems: An Agenda for Reform*, Center for Research in Applied Economics, Inter-American Development Bank.
- Ahmad, Ehtisham *et al.* (1997a), "Intergovernmental Transfers" in Teresa Ter-Minassian (ed.), *Fiscal Federalism in Theory and Practice*, International Monetary Fund, Washington, D.C., pp. 73-107.
- Ahmad, Ehtisham, *et al.* (1997b), "Assigning Expenditure Responsibilities", in Teresa Ter-Minassian (ed.), *Fiscal Federalism in Theory and Practice*, International Monetary Fund, Washington, D.C., pp. 25-48.
- Banco Interamericano de Desarrollo (1994), *Progreso económico y social de América Latina. Informe 1994*, Washington, D.C.
- Banco Mundial, *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*, Washington, Oxford University Press.
- Bobadilla, J.L. *et al.* (1994), *El paquete universal de servicios esenciales de salud*, Economía y salud: documentos para el análisis y la convergencia. México, Fundación Mexicana Para la Salud.
- Bonilla, Javier (1998), "Descentralización de la Secretaría de Salud", en *Hacia la federalización de la salud en México*, México, Consejo Nacional de Salud.
- Cardozo, Myriam (1998), "El ámbito sectorial. Análisis de la descentralización en el sector salud (1983-1993)", en Enrique Cabrero, coord., *Las políticas descentralizadoras en México (1983-1993)*, México, CIDE-M.A. Porrúa.
- CONAPO-PROGRESA (1995), *Índices de marginación*, México.
- Di Gropello, Emanuela y R. Cominetti, comps., (1998), *La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*, CEPAL, Santiago de Chile.
- Díaz Cayeros, Alberto (1998), "Supervivencia política y distribución de recursos en el sistema federal mexicano: hacia una prueba empírica", en Jaime Sempere y H. Sobarzo (comp.), *Federalismo fiscal en México*, El Colegio de México, México, pp. 73-117.
- Enthoven, Alain C. (1988), *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, Elsevier Science Publishers B.V., Amsterdam.
- Esquivel, Gerardo (1996), "Los dineros de la pobreza", en *Economía Informal* (UNAM), mayo, pp. 4-11.
- Flammand, Laura (1997), *Las perspectivas del nuevo federalismo: el sector salud. Las experiencias en Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosi*, México, CIDE, DT-DAP-55.
- Frenk, J., R. Lonzano y M.A. Gonzalez-Block (1994), *Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final*. México Fundación Mexicana para la Salud.
- Frenk, Julio y J.L. Bobadilla (1991), "Los futuros de la salud", en *Nexos*, núm. 57, pp. 59-68.
- Graig, Laurence A. 1993, *Health of Nations*, Congressional Quarterly Inc. Washington D.C.

- Gramlich, Edward (1977), "Intergovernmental grants: a Review of the Economic Literature" in Wallace Oates (ed.), *The Political Economy of Fiscal Federalism*, Lexington Books, Lexington, pp. 219-239.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (1995), *Diagnóstico*.
- Ley General de Salud, 1984.
- Litvack, Jennie, et al. (1998), *Rethinking Decentralization in Developing Countries*, The World Bank (Sector Studies Series), Washington, D.C.
- Maceira, Daniel (1996), *Fragmentación e incentivos en los sistemas de atención de la salud en América Latina y el Caribe*, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C.
- Martínez, Patricia (1996), "Distribución de competencias en materia sanitaria" en *La descentralización de los servicios de salud: una responsabilidad compartida*, México, Consejo Nacional de Salud.
- Martínez-Vázquez, Jorge and E. Cabrero (1999), "The Assignment of Expenditure Responsibilities" (mimeo).
- Merino, Gustavo (1997), "Las transferencias de la educación federal en México: una evaluación de sus criterios de equidad y eficiencia", *Gestión y Política Pública*, vol. VI, núm. 1, primer semestre de 1997, pp. 77-121.
- Molinar, Juan and J. Weldon (1994), "Electoral Determinants and Consequences of National Solidarity", en W. Cornelius, et al. (eds.), *Transforming State Society Relations in Mexico: The National Solidarity Strategy*, San Diego, University of California.
- Oates, Wallace (1972), *Fiscal Federalism*, Harcourt Brace Jovanovich, New York.
- OECD (1992), *The reform of Health Care*, Paris.
- OECD (1994), *Health Care Reform. Controlling Spending and Increasing Efficiency*, Paris.
- OECD (1998), *Estudios económicos de la OCDE 1998*, "Capítulo Especial: Reforma del sistema de salud", México.
- Savedoff, William, comp., (1998), *La organización marca la diferencia. Educación y salud en América Latina*, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C.
- Sempere, Jaime y H. Sobarzo (1998), "Federalismo Fiscal en México" en Jaime Sempere y H. Sobarzo (comp.), *Federalismo fiscal en México*, El Colegio de México, México, pp. 15-72.
- Ter-Minassian, Teresa (1997), "Intergovernmental Fiscal Relations in a Macroeconomic Perspective: An Overview" in Teresa Ter-Minassian (ed.), *Fiscal Federalism in Theory and Practice*, International Monetary Fund, Washington, D.C., pp. 3-24.
- Tiebout, Charles (1956), "A Pure Theory of Local Expenditure", *Journal of Political Economy*, núm. 64.
- Torres Ruiz, Antonio (1997), "Descentralización en salud: algunas consideraciones para el caso de México", México, CIDE, DT-DAP-69.
- Velázquez, Georgina y M. Juan (1996), "El paquete básico de servicios de salud" en *La descentralización de servicios de salud: una responsabilidad compartida*, Consejo Nacional de Salud, México.
- Winkler, Donald (1994), *The Design and Administration of Intergovernmental Transfers*, *World Bank Discussion Papers*, The World Bank, Washington D.C.
- World Bank (1987), *Financing Health Services in Developing Countries*, Washington D. C.