

Efectos de la descentralización en el financiamiento de la salud en México

Impact of decentralization on health financing in Mexico

Armando Arredondo^a, Irene Parada^a, Emanuel Orozco^a y Eunice García^b

^aInstituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México. ^bSecretaría de Salud. Tabasco. México

Descritores

Descentralización. Financiamiento de la salud. Política de salud, tendencias. Desarrollo económico. Desarrollo social. Bases de datos. Financiamiento. Descentralización. Salud.

Keywords

Decentralization. Financing, health. Health policy, trends. Economic development. Social development. Databases. Health trends impact.

Resumen

Objetivo

Identificar las tendencias y los efectos de la descentralización en las políticas de financiamiento de la salud en México.

Métodos

La población de estudio incluyó cuatro estados seleccionados bajo criterios técnicos: diferente desarrollo socio-económico; implementación de la descentralización; base de datos sobre información económica; confiabilidad y validéz de las bases de datos; y apoyo de un equipo interdisciplinario de investigación. Las técnicas de recopilación de información se basaron en entrevistas a profundidad con personal clave y análisis de documentos y bases de datos sobre los presupuestos estatales en salud para el período 1990-2000.

Resultados

El modelo de análisis propuesto permitió identificar las tendencias y efectos de la descentralización sobre las principales fuentes de financiamiento en salud: Hogares, Gobiernos Federal, Estatal y Municipal. Hay evidencias de niveles de efectividad muy variada en cuanto a los cambios en las políticas de financiamiento, particularmente en lo que se refiere a las tendencias en los montos económicos por tipo de fuente de financiamiento.

Conclusiones

Hay estados donde los hogares, los municipios y el mismo gobierno estatal han hecho efectivo un incremento importante en el financiamiento de la salud, pero también hay Estados donde continúa la dependencia económica del nivel federal y donde Hogares, Municipios y Estados no están dispuestos ni capacitados para asumir responsabilidad económica en materia de salud.

Abstract

Objective

To identify trends and to describe the impact of health care decentralization on health financing policies in Mexico.

Methods

The study population comprised four states selected according with six technical criteria: socioeconomic development, implementation of decentralization process, database on economical features, data consistency and reliability, and technical

Correspondencia para/Correspondence to:

Armando Arredondo
Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad, 655 Col. Sta. Maria
Ahuacatitlán
Cuernavaca, Morelos. CP. 62508. Mexico
E-mail: aarredon@insp3.insp.mx

Apoyo financiero del International Development Research Centre (Canada) (Expediente # 100 191).
Recibido en 21/10/2002. Representado en 24/6/2003. Aprobado en 23/7/2003.

support from a multidisciplinary team. In-depth interviews with key personnel as well as analysis of technical reports of state budgets for health in the period 1990-2000 were conducted.

Results

The analysis model applied allowed to determine the trends and the impact of health care decentralization on main financing sources: householders, and federal, state and municipal governments. There was evidence of different change effectiveness, especially regarding trends of financing per source.

Conclusions

There are states where householders and state and municipal governments effectively increased financing support for health care system. But there are also states where householders and state and municipal governments do not agree on the increase of financing support for health care system.

INTRODUCCIÓN

Los cambios recientes en el entorno económico, político y social, que acompañan la nueva política económica de México, han obligado a realizar ajustes sectoriales que se incluyen en la Reforma del Sector Salud. Esta reforma busca articular al sector en la nueva dinámica, al tiempo que se solucionen las ineficiencias tradicionales en materia de financiamiento, cobertura, equidad, calidad y eficiencia de los servicios.^{1,15} Este proyecto de reforma con la estrategia de descentralización, busca que existan alternativas de atención para la totalidad de la población, adecuadas a la capacidad de pago y a las necesidades de salud; especialmente se pretende asegurar que quienes más requieren del servicio, no permanezcan al margen del sistema y reciban al menos la cobertura básica de promoción y conservación de su salud bajo los principios de protección financiera, equidad en el acceso y buena calidad de la atención.^{12,25}

En este contexto, los cambios en las políticas de financiamiento de los servicios de salud es uno de los principales elementos de la estrategia de descentralización de la salud en el contexto de reformas del sector. El marco legal y normativo de descentralización incluyó lineamientos importantes en las políticas de financiamiento a nivel nacional, estatal y municipal. Dichos lineamientos se referían mas directamente a los cambios en los mecanismos de asignación de recursos financieros y nuevas alternativas de financiamiento para la producción de servicios a nivel local.²⁴

En 1994, con la aprobación de un nuevo instrumento de reforma del sector salud, la descentralización vuelve a tomarse como una línea estratégica para la reforma, proponiendo consolidar el proceso en los estados ya descentralizados y ampliarlo a los estados no descentralizados. La descentralización, constituye

una de las estrategias fundamentales del Plan Nacional de Desarrollo, 2001-2006,²³ en tal contexto se planteó abordar la descentralización generando nuevos mecanismos de gestión política y financiera que permitan hacer mas independientes los niveles estatal y municipal, tanto en la producción como en el financiamiento de los servicios.^{12,13}

La primera fase, permitió a los estados manejar la totalidad de los recursos pero con candados para asegurar que el gasto se asignara a las actividades acordadas.⁴ La segunda fase, consistió en la disminución gradual de las restricciones y candados de la fase previa, a partir de ella se contó con indicadores de resultado, que junto a las de estructura y establecimiento de prioridades locales de salud, fortalecerían la capacidad evaluativa de la descentralización y del proceso de toma de decisiones por el sistema local de salud.^{5,6}

En este contexto, hasta el año 2000, no se cuenta con un análisis de las tendencias y efectos en los principales indicadores de financiamiento a partir de la descentralización. Por lo tanto, con la idea de delimitar un modelo conceptual para analizar y evaluar las tendencias y efectos de la descentralización en materia de financiamiento en salud, a continuación se plantean los cinco niveles de aproximación conceptual que se utilizaron como hilo conductor en el estudio realizado.

Las fuentes de financiamiento

Son las instancias primarias que proveen a la sociedad de recursos económicos para distintas actividades.^{2,8} De acuerdo al origen de los montos económicos, son cuatro las fuentes de financiamiento, clasificadas en internas y externas. En el caso del sistema de salud, las fuentes internas están constituidas por el gobierno, las empresas y los hogares, y las externas a partir de los intercambios financieros

sectoriales con el exterior, a través de agencias multilaterales o bilaterales.²²

Los fondos de financiamiento

Los fondos de financiamiento son los receptáculos de los flujos económicos de las fuentes de financiamiento; su papel es administrar los recursos y comprar los servicios médicos, pudiendo ser fondos reales o fondos virtuales.^{11,14} La diferenciación mencionada, cobra importancia toda vez que los fondos virtuales operan de manera individual y están en constante competencia con la adquisición de otros satisfactores; dependen de las preferencias del individuo y se pueden ver drásticamente reducidos ante caídas del ingreso, resultantes de las crisis económicas y las políticas de ajuste.¹⁵

Las instituciones prestadoras de servicios

En el caso del sistema de salud en México, de acuerdo al tipo de financiamiento y tipo de población a atender, las instituciones prestadoras de servicios se clasifican en tres: Seguridad Social, Asistencia Pública y Sector Privado.¹⁶

El destino final de los recursos

Un cuarto nivel de aproximación, se refiere a la tipificación del gasto en salud por los prestadores de los servicios, de acuerdo con su destino final dependiendo del fondo de financiamiento.^{17,20} Al respecto se utilizarán los siguientes criterios de clasificación: Por programas sustantivos y de apoyo; por factores de gasto corriente e inversión y por unidades del destino de atención o tipo de unidad.

Mecanismos de asignación financiera

Los mecanismos de asignación del gasto en salud constituyen los lineamientos normativos, legislativos, y técnicos que permiten proponer una distribución de los montos de financiamiento para la producción de los servicios de atención médica, así como para cambios en las políticas de ajuste del financiamiento.^{3,18,21}

Utilizando estos indicadores como modelo de análisis y tomando en cuenta el contexto planteado en los primeros párrafos de esta sección, lo presente artículo trata de responder a la siguiente pregunta: Cuál es el impacto de los cambios en las políticas de financiamiento en relación a las tendencias y efectos sobre las fuentes y fondos de financiamiento a partir de la descentralización de los servicios de salud en el período 1990-2000.

MÉTODOS

Se trató de un diseño de tipo longitudinal ex-ante y ex-post, mediante una investigación evaluativa de la dinámica de los flujos financieros en el contexto de la implementación de la descentralización y cambios en las políticas de financiamiento en México. La población de estudio incluyó cuatro estados del país que fueron seleccionados bajo los siguientes criterios: 1) Diferente desarrollo socio-económico de acuerdo al Índice de marginación desarrollado por el Consejo de Población: bajo, medio y alto.⁹ 2) Que el proceso de descentralización haya sido implementado con cambios en las políticas de financiamiento de los servicios de salud. 3) Existencia de una base de datos sobre información económica, como punto de partida. 4) Confiabilidad y validez de las bases de datos. 5) Capacidad técnica para conformar un equipo interdisciplinario de investigación y 6) Compromiso técnico y político para utilizar los resultados del estudio.

Para fines de confidencialidad los cuatro estados seleccionados se identificaron como: Estado A (ingreso per-cápita bajo; índice de marginación muy alto; partidos políticos en los gobiernos estatal y municipal: de centro, de izquierda y de derecha; voluntad política para el estudio y aplicación de resultados: alta; fase de la descentralización: primera fase cancelada y segunda fase en desarrollo). Estado B (ingreso per-cápita medio-bajo; índice de marginación alto; partidos políticos en los gobiernos estatal y municipal: de centro y de derecha; voluntad política para el estudio y aplicación de resultados: alta; fase de la descentralización: segunda fase). Estado C (ingreso per-cápita medio-alto; índice de marginación medio; partidos políticos en los gobiernos estatal y municipal: de centro y de izquierda; voluntad política para el estudio y aplicación de resultados: muy alta; fase de la descentralización: segunda fase). Estado D (ingreso per-cápita medio-alto; índice de marginación alto; partidos políticos en los gobiernos estatal y municipal: de derecha y de centro; voluntad política para el estudio y aplicación de resultados: media; fase de la descentralización: segunda fase).

Las técnicas de recopilación de información se basaron en entrevistas a profundidad con 80 directivos del sector salud. El análisis de documentos y bases de datos sobre los presupuestos estatales en salud para el período 1990-2000, incluyó 120 publicaciones e informes técnicos referentes a financiamiento y descentralización en salud. El procesamiento de datos se llevó a cabo con el software ATLAS TI y los resultados se validaron en una reunión

interestatal con directivos de cada Estado que participó en el estudio. Esto consistió en reuniones de trabajo que bajo la técnica de consenso se validaron tanto resultados cualitativos como resultados cuantitativos respecto a las tendencias de los indicadores bajo estudio.

RESULTADOS

En la Tabla, se presentan los resultados sobre las tendencias y los cambios en la composición del gasto en salud para población no asegurada diferenciado por fuentes de financiamiento para los cuatro Estados bajo estudio. En el caso del Estado A, antes y después de la descentralización, periodo 1990-2000 y tomando como año de corte 1995. Las fuentes de financiamiento que mayormente aportan recursos financieros son las fuentes federales que son fuentes directas interviniendo en el financiamiento estatal en promedio de un 92.05% del total de las fuentes.

El mayor incremento del gasto en salud para este estado es a partir de 1995. Este incremento tan marcado a partir de 1995, seguramente esta relacionado con el monto de recursos asignado vía crédito del Banco Mundial para el financiamiento del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), implementado en el Estado A.

En relación a las fuentes de financiamiento de origen estatal, los resultados dejan ver que es hasta

1995 que este tipo de financiamiento se hace efectivo para apoyar la descentralización de los servicios de salud en el Estado A. Dicha aportación por el gobierno del estado sólo representa el 0,5% en el primer año (1995) aumentando progresivamente y pasando al 1,9% del gasto total para el 2000.

Al analizar los resultados sobre las fuentes de financiamiento de origen municipal la participación del gasto en salud es casi nula. Los hogares tienen una contribución importante a través de las cuotas de recuperación que en promedio es del 6,7% del gasto en salud para el estado A. La tendencia observada para esta fuente de financiamiento es incremental desde 1990 hasta 1994, y en 1995 tiene una caída de 1,3, para aumentar progresivamente hasta el 2000 en 1,5. Hay que tomar en cuenta que estas aportaciones no están en todos los centros de salud del estado ya que en los municipios y/o jurisdicciones PAC/PROGRESA (Programa sobre Educación, salud y Alimentación) los hogares no dan las aportaciones al gasto en salud vía cuotas de recuperación.

Con relación al gasto total del Estado B, se encontró que éste presentó una tendencia en ascenso durante todo el período de estudio (Tabla). Las aportaciones federales para el gasto en salud muestran una trayectoria heterogénea en los años de estudio. Estas aportaciones presentan una disminución creciente que va de 0,5% en el primer año del estudio, acentuándose en 1998 que llega hasta el 4,8% con

Tabla - Tendencias en la composición del gasto en salud para población no asegurada diferenciando por tipo de aportación. Estados A, B, C y D. Periodo 1990-2000, antes y después de la descentralización. Año de corte 1995. (cifras en miles de us dlls.).

Fuente \$	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Estado A											
Gasto total	16523	23917	28375	36831	44389	34642	41321	38121	35369	86298	93077
Aporte federal (%)	94,0	93,8	93,9	93,3	92,7	92,6	92,3	92,1	91,3	90,5	90,1
Aporte estatal (%)	0	0	0	0	0	0,5	1,5	1,5	1,6	1,8	1,9
Aporte municipal (%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,3	0,5
Aporte hogares (%)	6,0	6,2	6,1	6,7	7,3	6,9	6,2	6,4	7,1	7,4	7,5
Estado B											
Gasto total	33669	45602	55136	73771	86299	63173	72926	54499	52422	129020	146954
Aporte federal (%)	94,9	94,4	94,3	93,8	92,4	91,3	92,8	89,2	88,6	91,5	92,5
Aporte estatal (%)	2,5	3,3	2,7	3,0	3,7	3,8	3,1	3,9	3,9	4,5	3,9
Aporte municipal (%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5
Aporte hogares (%)	2,6	2,3	3,0	3,2	3,9	4,9	4,1	6,9	7,5	3,5	3,1
Estado C											
Gasto total	13353	17360	20012	24519	26191	18692	19071	33292	33542	59443	64198
Aporte federal (%)	47,5	44,3	43,6	42,4	41,3	40,8	39,7	38,8	38,3	38,0	36,8
Aporte estatal (%)	49,6	52,6	53,2	53,9	54,9	56,9	57,8	57,9	58,0	58,1	58,6
Aporte municipal (%)	0	0	0,5	0,3	0,3	0,6	0,5	0,5	0,5	0,7	1,1
Aporte hogares (%)	2,9	3,1	2,7	3,4	3,5	1,7	2,0	2,8	3,2	3,2	3,5
Estado D											
Gasto total	11954	16925	21177	35826	39064	27954	29447	28790	38721	58003	67354
Aporte federal (%)	95,4	95,1	94,9	94,6	93,9	93,3	93,1	93,9	94,5	95,7	95,5
Aporte estatal (%)	0	0	0	0	0,5	0,5	0,6	0,5	0,7	0,6	0,8
Aporte municipal (%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,2	0,4
Aporte hogares (%)	4,6	4,9	5,1	5,4	5,6	6,2	6,3	5,6	4,8	3,5	3,3

Tasa de cambio: 1990-2665, 1991-2948, 1992-3090, 1993-3,11, 1994-3,39, 1995-6,26, 1996-7,58, 1997-7,95, 1998-8,98, 1999-9,44, 2000-9,37.

Fuentes: Secretaría de Salud y Servicios (SSA) Coordinados de Salud Pública en los Estados; Informes Anuales del presupuesto y gasto ejercido; Informes Anuales del Patrimonio de la Beneficiencia Pública; Presupuestos ejercidos por Programa, Capítulo e Institución; Anuarios Estadísticos de la SSA, 1989-2000; Resultados de Entrevista Cualitativa con Personal Clave de la SSA a nivel Estatal y Municipal, 1999-2000.

relación a 1990. Si se compara la tasa de incremento del inicio al final del período, resulta un aumento de aproximadamente 15 veces.

Las aportaciones de los municipios al gasto en salud son mínimas, manteniéndose constante en los dos únicos años en que aparece dicha aportación (1999 y 2000). Es importante hacer la observación de que estas aportaciones se hacen posterior a la descentralización y con la instrumentación en el estado de la Beneficencia Pública, institución encargada de gestionar con los Presidentes Municipales del Estado. En cuanto a la aportación de los hogares, antes y después de la descentralización, esta ha tenido una trayectoria ascendente, presentando aumentos considerables en los años de 1997 y 1998 para después tener una caída brusca en 1999 y el 2000.

Los resultados sugieren que el Estado B, no ha cumplido con las expectativas esperadas, toda vez que continua con una dependencia muy fuerte en sus fuentes de financiamiento del gobierno federal; además hay que agregar que lo anterior puede tener su origen en el antecedente de préstamos de agencias internacionales como son Banco Mundial y Banco Inter-Americano de Desarrollo, cuyos recursos financieros están dirigidos a programas estatales de salud como son el PAC, y el Programa PROGRESA. Esto último es de llamar la atención por el hecho de que este estado es uno de los primeros estados donde se propuso implementar el proceso de la reforma en salud en su vertiente de descentralización.

En relación a los resultados para el Estado C, el gasto en salud presenta una trayectoria ascendente de 1990 a 1994, misma que creció aproximadamente 3 veces. A partir del inicio de la segunda fase descentralización se observa un decremento de 1,8 en el primer y segundo año, y para el 2000 ha crecido cuatro veces más que en 1995. En las aportaciones federales se advierte una dinámica descendente en el periodo de estudio haciéndose más marcada a partir de la segunda fase de la descentralización observándose una caída de 1,2% para el 2000 (Tabla). Con relación a las aportaciones del nivel estatal, estas presentan una trayectoria ascendente durante el periodo de estudio.

Un fenómeno importante de destacar es la participación de los municipios en el Estado C. En la Tabla, se muestra que a diferencia de los otros tres estados que forman parte del estudio, la intervención del municipio en el Estado C, se inicia a partir de 1991 con una trayectoria irregular presentándose un alza en la época de la crisis. Por otra parte entre 1995 a 1997, período posterior a la segunda fase de la

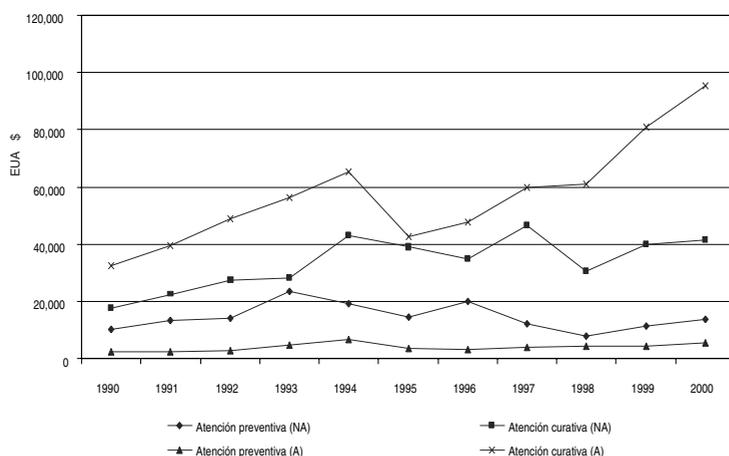
descentralización se mantiene constante el aporte del nivel municipal y es a partir de 1999 que se presenta un aumento aproximadamente del doble, comparando 1997 vs. el aporte para el año 2000.

Al observar el comportamiento de las cuotas de recuperación (gasto de los hogares) se observó que las cuotas de recuperación en la primera fase de la descentralización presentan una dinámica irregular. Se refleja un descenso en la participación de los hogares en el año de 1995, año que coincide con un proceso electoral para Gobernatura, Diputaciones Federales, Senadurías, Presidencias Municipales y Diputaciones Locales, en el que por más de un año hay una campaña de gratuidad a la atención del embarazo, y se fortalece la red de urgencias médicas en los hospitales regionales ofreciendo con gratuidad los traslados y en ocasiones la atención médica, esta promoción y difusión de gratuidad de los servicios la ejerció el Gobierno Estatal para dar continuidad al mantenimiento del poder.

En el caso del Estado D, Los aportes por parte del gobierno federal constituyen el mayor aporte al gasto total en salud, presentando una trayectoria ascendente en los dos primeros años del inicio de la primera fase de la descentralización para después disminuir de 1993 a 1996 entre el final de la primera fase y el inicio de la segunda fase, en este mismo año presenta el punto de caída más fuerte en el periodo de estudio; a partir de 1997 tiene un repunte que se mantiene hasta el 2000.

Las aportaciones del estado están ausentes en la primera fase de la descentralización teniendo una dinámica heterogénea desde su intervención en el gasto en salud manteniéndose constante en el primer año, con una pequeña alza en 1996, para disminuir en 1997 y tener un ascenso constante hasta el 2000; es posible que esto último se deba a las negociaciones hechas posterior a recibir el financiamiento de para el PAC que justamente se inicia en 1995, para continuar con la descentralización y la cobertura universal de los servicios de salud.

Las aportaciones de los municipios son muy escasas, sólo están presentes en los dos últimos años del estudio y crecieron en 0.2% para el 2000. Las aportaciones de los hogares vía cuotas de recuperación también han sido irregulares manteniendo un trayecto irregular ascendente de 1990 a 1996 primera fase de la descentralización presentando un crecimiento de aproximadamente 1% en estos años con incremento notable entre 1995 y 1996 de 1.7% con respecto a 1990 esto a pesar de la crisis económica que vive el país en 1995 (Tabla).



NA = No asegurados; A = Asegurados

Fuentes: Secretaría de Salud y Servicios (SSA) Coordinados de Salud Pública en los Estados. Informes Anuales del presupuesto y gasto ejercido. Informes Anuales del Patrimonio de la Beneficencia Pública. Presupuestos ejercidos por Programa, Capítulo e Institución. Anuarios Estadísticos de la SSA, 1989-2000. Resultados de Entrevista Cualitativa con Personal Clave de la SSA a nivel Estatal y Municipal, 1999-2000.

Figura 1 - Destino final de los recursos por tipo de programa de salud en el Estado B. Periodo 1990 - 2000, población asegurada vs. población no asegurada (Cifras en miles de US) dllos.).

En relación a las tendencias del gasto por fondos de financiamiento dividiendo el análisis en fondos para asistencia pública para no asegurados y fondos para la seguridad social a continuación se incluyen parte de estos resultados para los estados B y D (por cuestiones de espacio el análisis del destino final de los recursos está realizado en otro artículo).

Para el caso del Estado B, en la Figura 1 se observa que del total invertido en salud para el estado en los 10 años de estudio, el 42,1% de los recursos se dedica a la población no asegurada y para la población asegurada, el 57,9%. Del total del gasto estatal en salud, 11,4% se dirigen a la prevención y 30,7% a la curación para los no asegurados. Para los asegurados, el 3,3% se destina a la prevención y el 54,6% a la curación. Respecto a las tendencias de los recursos económicos para la parte preventiva de la población no asegurada en el inicio de la primera fase de la descentralización (1990) se invierte el 37,3% del total de los recursos establecidos para ese año, a partir de 1991 hasta 1994 se visualiza una disminución de 6,7%, en 1995 presenta un crecimiento 1,9% final de la primera fase. En la segunda fase se observa una disminución del recurso con relación al año anterior de 0,2% a partir de 1997 su trayectoria es descendente entre 1996 y 1998 cae bruscamente en un 14,1%, para 1999 se observa un aumento de 3,3% con relación al año anterior y mantiene el crecimiento hasta el último año de estudio de 6,1 al compararlo con 1998.

Las tendencias observadas en los recursos financieros destinados a la población asegurada, la parte preventiva es irregular durante la primera fase de

la descentralización. Se presenta una disminución entre 1991 y 1992, con relación a 1990 de 1,2%. A partir de 1993 se presenta un incremento importante que fue de 2,6% en comparación con 1992, en 1994 continúa con su fase de ascenso de 1,3% en comparación al año anterior; y al final de la primera fase (1995) disminuye en un 1,8%. En la segunda fase se visualiza una disminución de recursos en los cinco años (1996-2000) de aproximadamente 0,9% en este periodo. La parte de los recursos empleada al rubro de la medicina curativa presenta un incremento entre 1991 y 1992. A partir de 1993 y 1994 se observa una disminución y en el final de la primera fase de la descentralización (1995) aumenta en 2,5% en comparación al año anterior. En la segunda fase (1996) se visualiza un decremento de los recursos financieros, observándose un periodo de estabilidad entre 1997 y 1998, presentándose un incremento a partir de 1999 y 2000 de aproximadamente del 1%.

En la Figura 2, se presentan los resultados de tendencias del gasto para no asegurados (asistencia pública) y para asegurados (seguridad social). Del total invertido para el estado durante el periodo de, el 23,4% se invirtió en la población no asegurada, de este porcentaje, el 4,1% se invirtió en programas preventivos y el 19,3% en programas curativos. La población asegurada recibió el 76,6% del total de presupuesto para salud de los cuales el 3,8% se dedica a la prevención, y 72,8% a la parte curativa.

Para la población no asegurada en la primera fase de la descentralización se invirtió casi la tercera parte del presupuesto en prevención hasta 1992, en 1993 sufre una caída de 13,6%, para repuntar en 1994 en aproximadamente 12,9%. A partir de 1995 se observó una disminución cada vez más progresiva, incluyendo la segunda fase de la descentralización. A partir de 1998 se observó un importante descenso de 28,2% con respecto a 1995. Los incrementos se dan entre 1999 y el 2000. En relación al presupuesto ejercido en la población no asegurada en la parte curativa, se observó una tendencia irregular en la primera fase de la descentralización. En efecto, se presentan aumentos progresivos en los tres primeros años; en 1993 hay un incremento importante de 13,6%, posteriormente desciende en un 19,9% en 1994 y en 1995 aumenta 4,0%. Para la segunda fase de la descentralización se mantiene un crecimiento en los tres años, y se presenta una disminución del gasto para los dos últimos años

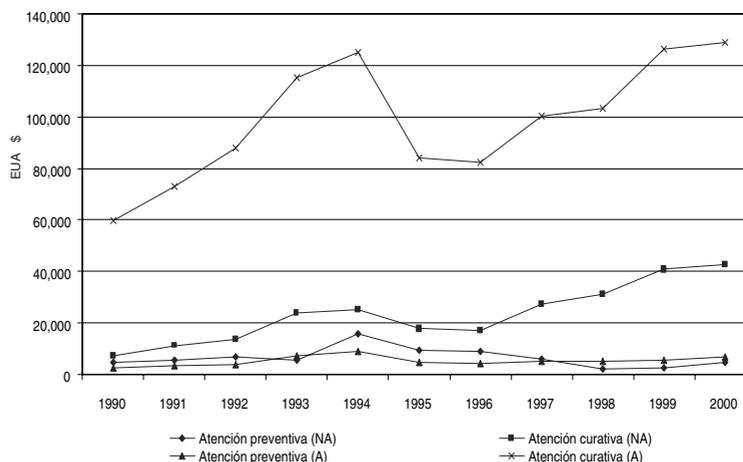
que se incluyen en el estudio.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio arrojan evidencias de que las fuentes y fondos de financiamiento se mantuvieron en un sentido ascendente y fue con la crisis de 1994-1995, que se observa una disminución del valor del peso mexicano al traducir en dólares estadounidenses. Esta conclusión se fundamenta en los resultados para los estados de B y C, por ser estos donde en teoría se inició desde la primera fase de la descentralización, aunque en el estado de B, no fue posible avanzar efectivamente hasta la reactivación de cambios en el financiamiento que se dio con la segunda fase de la descentralización.

La mayor evidencia respecto a lo anterior, son los resultados en el estado C, donde no solo se mantuvo un incremento de los fondos de financiamiento sino que además, los fondos de financiamiento de origen estatal pasaron a sustituir a los fondos de origen federal, con una activa participación del nivel municipal, sin afectar el financiamiento de los programas de salud que se venían desarrollando antes de la descentralización. Los mismos resultados sugieren que se pueden desarrollar nuevas alternativas de financiamiento en los niveles estatal y municipal, además de mejores mecanismos de asignación financiera de acuerdo a las prioridades locales de salud, tanto de los sistemas de salud como de las necesidades de salud de la población.

A partir de los resultados encontrados en este estudio, también podemos sugerir que durante la primera fase de la descentralización se generó un descenso transitorio-temporal en los diferentes fondos de financiamiento. Este descenso en los fondos de financiamiento fue muy irregular. Por ejemplo en el Estado D fue más marcado para el caso de fondos a la seguridad social, en los estados A y B para la asistencia pública, mientras que en el Estado C fue similar tanto para la asistencia pública como para la seguridad social. Sin embargo, conforme los cambios en las políticas de descentralización y el proceso de descentralización *per se* fue implementándose, las tendencias en los montos de financiamiento retomaron su tendencia incremental, muy a pesar de la crisis económica de 1994-1995, donde el gasto público en México paso por uno de sus peores crisis en la última década.



NA = No asegurados; A = Asegurados

Fuentes: Secretaría de Salud y Servicios (SSA) Coordinados de Salud Pública en los Estados. Informes Anuales del presupuesto y gasto ejercido. Informes Anuales del Patrimonio de la Beneficencia Pública. Presupuestos ejercidos por Programa, Capítulo e Institución. Anuarios Estadísticos de la SSA, 1989-2000. Resultados de Entrevista Cualitativa con Personal Clave de la SSA a nivel Estatal y Municipal, 1999-2000.

Figura 2 - Destino final de los recursos por tipo de programa de salud en el Estado D. Periodo 1990 - 2000, población asegurada vs. población no asegurada. (Cifras en miles de US dls.).

Los resultados hacen ver que ha habido un incremento en los aportes desde el bolsillo de los hogares, tanto en la seguridad social, como en la asistencia pública y sector privado. Este hecho de alguna manera sugiere que los cambios en el significado social de la enfermedad y en los factores de riesgo, así como en los programas de promoción y prevención están teniendo un efecto positivo en cuanto al incremento de los montos de financiamiento proveniente de los hogares.

En lo relativo al origen de los recursos financieros, al hacer las comparaciones entre los cuatro estados estudiados uno de los hallazgos encontrados más importantes es que la fuente de financiamiento con mayor peso es la de origen federal, excepto en el Estado C. Como resultado de este estudio, puede asegurarse que fueron muy escasas (casi nulas) las nuevas alternativas de financiamiento a nivel estatal o municipal.

La intervención del gobierno estatal en cuanto aportaciones financieras para la salud, en los estados A, B y D, es muy pobre, alcanzando un promedio de sólo 2,3% en el gasto para los 10 años de estudio en estos estados; En los estados B y C, la intervención del nivel estatal en el gasto se presenta en la primera fase de la descentralización; para los estados A y D, esta participación se presenta en la segunda fase de la descentralización. Es importante destacar que los aportes del estado en el gasto en salud en el estado C son aproximadamente de un 40,5%.

Como efecto de la descentralización en las nuevas políticas de financiamiento, otro de los hallazgos

importantes fue la creación de las Beneficencias Públicas en la segunda fase de descentralización, estas han contribuido al gasto en salud a través de las aportaciones federales en especie a los estados. En el caso de los estado B, C y D, tienen negociaciones directamente con los municipios.

En cuanto a las aportaciones de los hogares, son los resultados del estado A y B, donde la población con mayor marginación es la que más aporta vía cuotas de recuperación; mientras tanto en el Estado D, con un mayor ingreso *per cápita* y menor marginación, son los que menos aportan. Entonces parece que los cambios en el financiamiento en salud a partir de la descentralización ha originado un círculo perverso económico y social, donde no es la población de menor ingreso la que se está protegiendo financieramente en el consumo del bien salud sino se protege más a la población con mayor ingreso y menor marginación.

Por otra parte, el mismo planteamiento de la política de descentralización financiera, pretende acabar con el sentido "excesivamente" centralista de las estructuras de gobierno, tal como se comentó en las primeras secciones de este documento. Sin embargo los mismos hallazgos presentados, al igual que resultados de otros estudios en países en desarrollo,^{7,10,19} hacen ver que en materia de financiamiento de los servicios de salud, los niveles estatales y municipales continúan dependiendo en gran medida del centro y solo es en algunas excepciones, como el Estado D, es donde se ha podido concretar y desarrollar una política tanto en el financiamiento como en la producción de servicios de salud mas acorde con las condiciones a nivel estatal y municipal a partir de la descentralización.

Finalmente y a manera de cierre de este artículo, es importante resaltar los siguientes planteamientos:

- Al analizar las tendencias del gasto en salud y la distribución porcentual de las diferentes fuentes de financiamiento, se observó una efectividad muy irregular. En efecto los cambios en el marco legal para adecuar más el sistema de salud a las

necesidades locales de salud a tenido diferentes niveles de efectividad en cada estado del país. Por ejemplo si contrastamos El estado C con el Estado D, llama la atención la participación tan importante del gobierno estatal en el financiamiento en salud para el Estado C, mientras que en el Estado D, a pesar de que el nivel estatal debería, en teoría, tener una participación de por lo menos el 30% del gasto estatal en salud, en este estado casi el 100% del gasto depende del gobierno federal.

- El financiamiento de los servicios de salud reflejó patrones en los que se observa por un lado un financiamiento directo, en la mayoría de los casos caracterizado como insuficiente, el cual es compensado con dinámicas de financiamiento indirecto acordes con la capacidad de gestión de cada estado o municipio (en el mejor de los casos). Esta dinámica se presenta en un contexto de continuos recortes presupuestales por parte de la federación, cuyas dinámicas de solución con fuentes alternas están fuertemente relacionadas con la experiencia de descentralización de cada estado, en cuyo caso los estados con mayor experiencia de descentralización desarrollan esquemas de financiamiento indirecto más complejos y de mayor diversidad financiera.
- La diversificación de fuentes de financiamiento pudiera convertirse en un programa prioritario de apoyo a los cambios en el financiamiento, para lo cual cada Secretario Estatal de Salud podría comprometer recursos para contratar personal con experiencia y habilidades técnico-políticas para el desarrollo de nuevas opciones de financiamiento. En otras palabras, difícilmente se implementarán nuevas opciones de financiamiento si no se integra un equipo técnico bien capacitado en diseñar, desarrollar, implementar y monitorear todas las propuestas de financiamiento. La estructura actual de los sistemas estatales de salud bajo el estudio, excepto en el Estado C, no cuentan con una masa crítica que se dedique exclusivamente a gestionar nuevas alternativas de financiamiento a partir de la descentralización.

REFERENCIAS

1. Abel-Smith B, Dua A. Community financing in developing countries: the potential for health sector. *Health Policy Plann* 1988;3:95-108.
2. Arredondo A. Financial indicators for health care decentralization in developing countries: a framework for analysis. *Health System Scie* 1998;1(3):345-64.
3. Arredondo A. Profils d'assignation de ressources à la santé en fonction d'indicateurs d'efficience et des coûts de production: une proposition pour les pays de l'amérique latine. *Rev Ruptures* 2002;6:41-50.
4. Arredondo A, Parada I. Financing indicators of health care decentralization in Latin American countries: information for health planning and financing. *Intern J Health Plann Manag* 2001;26:259-76.

5. Bobadilla J, Lozano R. Future changes in demographic, epidemiologic and social factors, in the epidemiological transition and health priorities, health sector priorities review. Washington (DC): World Bank; 1990. p. 14-6.
6. Bossert T. Political science evaluation of research on health reform in Latin America. In: Regional Forum on the Utilisation of Research on the Health Sector Reform in Latin America. Brazil. Washington (DC): Panamerican Health Organization; 2002. p. 3-11.
7. Bossert T. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Soc Sci Med* 1998;47:1513-27.
8. Cercone J. Asociación público-privada para la atención a la salud. El desafío de la reforma en salud. In: Foro de Europa y América sobre las Reformas del Sector Salud. Santiago de Chile: Banco Mundial; 2002. p. 6-11.
9. Consejo Nacional de Población. "La marginación en los municipios de México, 1990-2000". México (DF): Secretaría de Gobernación; 2000. p. 35-63.
10. Collins C, Green A. Decentralization and primary health care: some negative implications for developing countries. *Intern J Health Services* 1994;24:459-75.
11. Frenk J, Gonzalez-Block M, Lozano R. Health and economy: proposals for progress in the mexican health system. Final Report. 2nd ed. México (DF): *Fundación Mexicana para la Salud*; 1996. p. 113-23.
12. Gallardo H, Beeharry G. Autonomía y competitividad de los hospitales públicos en el mercado de servicios de salud. In: El desafío de la reforma en salud. Foro de Europa y América sobre las Reformas del Sector Salud. Banco Mundial-IESE. San José de Costa Rica: Banco Mundial; 2000. p. 2-5.
13. Gershberg A. Decentralization and recentralization: lessons from the social sectors in México and Nicaragua. Final report. Submitted to the Inter-American Development Bank. Mexico (DF): SSA; 1998. p. 12-27 (RE2/S0).
14. Horvath T. Decentralization: experiments and reforms. Local government and public service reform initiative. The Open Society Institute OSI/LGI. Washington (DC): Open Society Institute; 2002. p. 3-11.
15. Hurley J. Geographically-decentralized planning and management in health care: some informational issues and their implications for efficiency. *Soc Sci and Med* 1995;41:3-11.
16. Menéndez E. Centralización o autonomía: la nueva política del sector salud en México. *Bol Antr Am* 1984;10:85-95.
17. Ministerio de Salud de Nicaragua. Política nacional de salud 1997-2002: descentralización y autonomía. Managua: Ministerio de Salud; 2002 p. 42-9.
18. Mills A. Decentralization and accountability in the health sector from an international perspective: what are the choices? *Pub Admin Dev* 1994;14:281-92.
19. Nieves Y, La Forgia G. Guatemala NGO contracting. In: The Challenge of Health Reform: Reaching the Poor. San José (CR): Banco Mundial; 2002. p. 61-7.
20. Parada I. Financiamiento en programas de farmacodependencia en México: 1990-1994. *Salud Publica Mex* 2000;42:118-25.
21. Sassi F. Equity across social groups with different levels of health. In: Equity and the economic evaluation of health care. London: National Coordinating Centre for Health Technology Assessment; 2001. p. 22-34.
22. Schieber G, Maeda A. Health care financing and dellibery in developing countries. *Health Aff* 1999;18:193-205.
23. Secretaría de Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado Programa Nacional de Salud 2001-2006. México; 2001. p. 26-9.
24. Secretaría de Salud. La descentralización de los Servicios de Salud: avances y retos. Un análisis sobre la descentralización del sistema de salud mexicano para el período 1995-2000. México (DF): Consejo Nacional de Salud; 2001. p. 62-71.
25. Secretaría de Salud. Descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas. Memoria 1995-2000. México (DF); 2001. p. 27-63.