

TENDENCIAS DEL GASTO EN SALUD EN MÉXICO PARA LA POBLACIÓN NO DERECHOHABIENTE: UN ANÁLISIS COMPARATIVO EN CUATRO ESTADOS

Irene Parada Toro*, Armando Arredondo López**, Margarita Márquez Serrano***.

Parada-Toro I., Arredondo-López A., Márquez- Serrano M. Tendencias del gasto en salud en México para población no Derechohabiente: Un análisis comparativo en cuatro Estados. Hitos de Ciencias Económico Administrativas 2004;26:5-12.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la tendencia del gasto en salud en cuatros Entidades Federativas del país durante un periodo de 10 años (1990-2000).

Metodología: Se trata de un estudio transversal que involucra cuatro Entidades Federativas del país, que a través de una investigación evaluativa y cualicuantitativa de la dinámica de los flujos financieros en el contexto de la implementación de la descentralización y los cambios en las políticas de financiamiento, muestra la trayectoria del gasto en salud de los estados involucrados, para lo cual se identifico el gasto en salud durante el periodo de estudio, así como las fuentes, fondos y flujos financieros de los estados en cuestión.

Resultados: Las fuentes de financiamiento están representadas por: las aportaciones del gobierno federal hacia las Entidades Federativas, las aportaciones estatales hacia las Secretarías de Salud Estatales, los préstamos de financiadoras externas para programas específicos como: PAC, PROGRESA, cuotas de recuperación y algunas que otras donaciones en especie. Durante el periodo de estudio el gasto en salud muestra incrementos.

Conclusiones: Los estados estudiados, no presentan fuentes nuevas de financiamiento; todavía la fuente con más carga en tres de las cuatro entidades estudiadas sigue siendo la fuente federal, responsabilizándose en más de un 90% del gasto en salud, sólo uno de los estados (Tabasco) presenta una disminución creciente

Parada-Toro I., Arredondo-López A., Márquez- Serrano M. Trends in Health Expenditures in México: A Comparative Analysis in four States. Hitos de Ciencias Económico Administrativas 2004;26:5-12.

ABSTRACT

Objective: To analyze the tendency of the health expenditure in four Mexican States during a ten years period (1990-2000).

Methodology: It is a transversal study based on four Mexican States. The study was done through an evaluative research of the dynamic of the financial flow in the context of the implementation of decentralization, and the changes in financial policies, showing the path of health expenditure in the mentioned States.

Results: The financial sources are represented by federal funds distribution to the States, States' funds distribution to the State Health Secretaries, Specific Programs negotiated with external financial entities (PAC, PROGRESA¹), Recuparation² and some other donations (in kind). In both decentralization stages an increase in health expenditure was found.

Conclusions: The studied States do not present new financial sources. The federal financial source is still the main one in three of the four States studied, having the responsibility of more than a 90% of the States' health expenditure. Only one of the States (Tabasco) presents an increase of the State's financial expenditure in health and a reduction of the federal source. Even though the country passed through an economic crisis in 1994, a decrease of the expenditures for the States

*Médico, Mtra. en Ciencias en Sistemas de Salud.

** Investigador Titular del Instituto Nacional de Salud Pública. Médico Cirujano, Maestro en Ciencias en Sistemas de Salud, Doctorado en Ciencias en Salud Pública y Post-Doctorado en Economía y Políticas de Salud.

*** Lic. en Economía, Mtra. en Ciencias en Medicina Social.

¹ Acronyms of special programs: Program to Widen Health Coverage and Program against Poverty and Malnutrition.

² These fees are pocket money paid by the patients for each health service they get and are fixed by the Central Health Secretary following a division of Mexico in different zones according to their economic life standard.

Fecha de recibido: 10 de enero de 2004. *Fecha de aceptación:* 26 de febrero de 2004.

de las aportaciones federales y aportaciones crecientes en el gasto en salud por parte del Estado. A pesar de la crisis vivida en el país (1994), solo en el año de 1995 se observó una baja en el gasto para las entidades, es también a partir de ese año que se reciben préstamos para salud por parte de agencias internacionales con la finalidad de aumentar la cobertura y mejora de la calidad y reforzar la descentralización en los estados.

was only observed in 1995. The same year Mexico started receiving loans from international agencies with the aim of widening health services coverage improving quality and reinforcing decentralization to the States.

Palabras Claves: Gasto en Salud.

Key words: Health Expenditure

DIRECCION PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA: Dra. Irene M. Parada-Toro. Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, 2o piso Of 225 Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatlán, CP 62508, Cuernavaca, Morelos, México. Teléfono: (01 777) 29 30 00, extensión 5309. Fax: (52 73) 11 11 56. correo electrónico: mparada@correo insp.mx

Los estudios dedicados a presentar información financiera reflejan el comportamiento de los sistemas de salud y sus necesidades; a su vez, éstos son importantes, ya que presentan indicadores básicos para la toma de decisiones (Roseert et al., 2003; Evans et. al., 2003).

El gasto en salud es uno de los indicadores más operativo de ellos. Pues nos permite conocer el nivel de eficiencia de las instituciones, y también representa el nivel de aportaciones públicas y privadas para el cuidado y restauración de la salud (Molina et. al., 2000).

La comparación del gasto en salud, tanto a nivel de las entidades federativas como en relación a otros países, puede constituir un punto de partida para debates nacionales e internacionales sobre política y reformas del sistema, mostrando las tasas de crecimiento del sector y las diferencias en la forma en la que se gasta el dinero en los diversos tipos de servicios de atención a la salud (Musgrove et. al., 2002; Arredondo y Baris, 1999).

El presente trabajo muestra y analiza la tendencia del gasto en salud en cuatro entidades federativas del país durante un periodo de 10 años, hace cortes teniendo como base de referencia los años 1990, 1995 y 2000, donde se incluyen las dos fases de la descentralización (hay que señalar que cuando nos referimos a fases hablamos de la instauración propiamente de éstas y no a las negociaciones teóricas políticas de la reforma). De 1990 a 1995 se ubica la primera fase y la segunda de 1996 a 2000. La importancia de este tipo de estudio radica en que plantea una visión de la dinámica como también de la estructura y funcionamiento del financiamiento, también realiza comparaciones y da a conocer los niveles regionales del gasto en salud lo cual puede y debe contribuir a la eficacia, y la eficiencia de los recursos monetarios y por ende a una toma de

decisiones más acorde con la realidad del país y de las entidades federativas.

Antecedentes.

Para finales de los años 70 e inicio de los 80 se vive en el país una recesión económica; la deuda externa se totalizó en 80 billones de dólares, con una inflación de 5% mensual. Este fenómeno, sin precedente en la historia mexicana, trajo como consecuencia un deterioro de los salarios reales y una balanza de pagos desfavorable, acentuada ésta por el derrumbe en el precio del petróleo. Es a partir de este proceso cuando se implanta una reforma estructural del sistema de salud que implicó una propuesta de política federal de descentralización para el sector (1982).

En el sexenio 1982-1988 se expide la Ley General de Salud, la cual promueve la descentralización integral del Sistema Nacional de Salud, dando prioridad a la creación de un marco jurídico que garantizaría la coordinación entre la Federación y las entidades, en materia financiera se continuó con convenios bilaterales. La finalidad de este tipo de convenios fue promover la aportación estatal aunada a una mayor aportación por parte de la Federación, y las transferencias se realizaban directamente y por subsidios globales a los servicios. A partir de 1982 la descentralización va a formar parte de la agenda de reforma del sector salud, siendo esta parte, importante para el logro de los objetivos del sector; para ese mismo año se inicia el esbozo de la descentralización en el ámbito del ejecutivo nacional, cuyos objetivos pretendían crear un sistema nacional de salud. La descentralización consta de dos etapas hasta ahora, la primera, de 1984 a 1987, en la cual se concibe el marco de la Ley con un Sistema Nacional de Salud que debería ser coordinado por la Secretaría de Salud, (SSA) incluyendo la participación de diversos sectores sociales en la prestación de estos servicios; también se da la transferencia de la responsabilidad

operativa de los servicios médicos a los estados. Entre 1988 y 1994 hubo una interrupción del proceso; para el periodo 1995-2000 la descentralización fue retomada y consistía en una propuesta del centro de descentralizar administrativamente: A partir de ésto se buscó transferir los recursos financieros programados, los bienes muebles e inmuebles y las plazas laborales de la federación a los estados, manteniéndose la Secretaría de Salud Federal como cabeza del sector, considerándose éste proceso como la segunda fase.

En 1985 la SSA descentraliza 14 entidades federativas, proceso que se interrumpe en las 18 restantes. Las entidades descentralizadas tuvieron para 1984 una aportación de 17.4% del gasto de los servicios, la que se incrementó para 1998, a 20.9%; el aporte estatal se incrementó en 29% del total. Las entidades no descentralizadas también tuvieron un incremento del gasto en salud de 5.6% que se sostiene entre 1985-1987 en estas entidades, pasando a aportar 12.2 y 11.1%, respectivamente.

Para el sexenio 1988-1994 se plantea la necesidad de fortalecer el financiamiento de las entidades federativas, no sólo en materia de gasto, sino también en materia de ingreso, y transferencias fiscales, todo lo anterior a través de las Jurisdicciones Sanitarias bajo el programa Sistemas Locales de Salud (SILOS), como también la formalización de la transferencia de activos fijos, para la prestación de los servicios de salud y que éstos sean responsabilidad de los gobiernos estatales. Los esfuerzos para monitorear el gasto estatal fueron aislados y tardíos y nunca se integraron a la asignación de los recursos federales. La SSA promueve la desconcentración de funciones a nivel estatal y municipal, el presupuesto jurisdiccional sigue siendo fijado por el nivel central y por el estatal en función del gasto histórico.

En el sexenio 1995-2000 hay la necesidad de profundizar en la descentralización del sistema de salud, ya que los gobiernos estatales habían alcanzado la madurez en el plano administrativo. Además, la descentralización se correspondió con las exigencias del pueblo de participar directamente en la formulación y validación de las políticas sociales (Hernández, et. al., 1997; González et. al., 1997).

Marco conceptual

Se retomaron diferentes niveles de aproximación conceptual referidos al marco del financiamiento de los servicios de salud como al de las cuentas nacionales. En este sentido, se plantearon definiciones como: cuentas nacionales, gasto, fuente de financiamiento, fondos de financiamiento, flujos financieros, y tasa de crecimiento.

Sistema de Cuentas Nacionales Herramientas para la rectoría y la toma de decisiones en materia de financiamiento y gasto¹⁰.

El gasto se define como la inversión en la adquisición de un bien para así obtener un satisfactor; con relación a la salud es el recurso económico cuyo fin directo y final es promover o restaurar la salud (Hernández, et. al., 1997).

Fuentes de financiamiento son las instancias primarias que proveen a la sociedad de recursos económicos para actividades de salud en nuestro caso (González et. al., 1997).

Fondos de financiamiento son los receptáculos de los flujos económicos provenientes de las fuentes de financiamiento, siendo su: papel administrar los recursos y la compra de los servicios de atención a la salud (González et. al., 1997).

Flujo financiero lo definiremos como las diferentes instancias que recorren los recursos para consolidar un bien (Idem).

Tasa de crecimiento es el porcentaje en que aumenta o disminuye la variable económica en un periodo de tiempo, generalmente un año (González et. al., 1997).

Material y métodos

Se trata de un estudio transversal que involucra cuatro entidades federativas del país, una de la primera fase de la descentralización (Tabasco) y tres de la segunda fase (Hidalgo, Oaxaca y Yucatán), que mediante una investigación evaluativa de la dinámica de los flujos financieros en el contexto de la implantación de la descentralización, y con el análisis de los cambios en las políticas de financiamiento se muestra la trayectoria del gasto real en salud de los estados involucrados en el estudio. Para ello se utilizó como marco metodológico la propuesta por FUNSALUD y OCDE de Sistema de Cuentas Nacionales de Salud en México, donde plantean como indicadores: el gasto en salud para las cuatro entidades, así como también las fuentes y fondos de financiamiento de servicios de salud dirigidas a la población no derechohabiente y, finalmente, el destino y los mecanismos de asignación de los recursos. Tanto el tipo de diseño como la integración de metodologías de análisis cuantitativo se justifican por la necesidad de realizar una valoración integral de las tendencias y evidencias en el comportamiento de los indicadores de financiamiento planteados en las consideraciones conceptuales de este artículo.

Los criterios de selección fueron: 1) diferente nivel socio-

económico, de acuerdo con indicadores económicos por estado (bajo, Hidalgo y Oaxaca, medio, Yucatán y alto Tabasco); 2) que el proceso de descentralización hubiera sido implantado con cambios en las políticas de financiamiento de los servicios; 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.

Los datos se obtuvieron de información secundaria, generada a partir de bases de datos sobre Cuentas Nacionales en Salud y Cuentas Estatales en Salud; a partir de esto se identificaron las variables: gasto en salud fuentes de financiamiento, fondos de financiamiento y destino de los montos financieros para el conjunto de los estados. Asimismo, se evaluaron los cambios en las políticas de financiamiento durante un período de 10 años (1990- 2000). Se realizaron cortes tanto para el gasto per cápita como para el gasto en salud (1990, 1995 y 2000) para dividir el periodo de tiempo en dos fases, la primera, que comprende los cinco primeros años (1990-1995), y la segunda los últimos años del periodo de estudio (1996-2000). Para realizar la deflactación se tomó como año base 1994 con los datos obtenidos de la Secretaría de Economía y Desarrollo (SED)³. Todas las cantidades de los gastos en salud de los estados utilizados en el artículo fueron calculadas en dólares, de acuerdo con los cambios vigentes en los años de referencia. (1990-2000)⁴.

Los recursos monetarios destinados a satisfacer al sector salud en el país, tienen como fuente principal de origen, la recaudación a través de impuestos y éstos, a su vez, van a estar alimentados por los hogares que serán sus principales proveedores; de allí, estas recaudaciones pasan a los gobiernos tanto federal como estatal a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para llegar finalmente a la Secretaría de Salud como a las Secretarías de los Estados, (fuentes internas del financiamiento) y satisfacer los programas operativos de las Secretarías de Salud Estatales. Los recursos recibidos por agencias internacionales (BM, FMI, etc.,) los cuales se asignan a programas operativos según la institución gubernamental que solicitó el préstamo. En el caso de la SSA, estas fuentes primero pasan a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para luego pasar directamente a las entidades federativas, estas aportaciones internacionales van a estar dirigidas a los programas como: Programa de Ampliación de Cobertura

³Deflactación Estandarización del valor monetario en dos momentos en el tiempo.

⁴Banco de México 1990:2,665, 1991: 2,940, 1992: 3,090, 1993:3.11, 1994: 3.39, 1995:6.26, 1997:7.95, 1998:8.98, 1999:9.44, y 2000:9.37 pesos mexicanos por dólares.

(PAC) y Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresa), las cuales se incluyen en el ramo 12 aunque su fuente sea externa. Entonces, la dinámica del gasto en salud estará constituida por los flujos de financiamientos sustentados por las fuentes que están alimentadas por: impuestos recaudados a través de los hogares, empresas que a su vez nutren el erario publico y los prestamos internacionales, y estas su vez están administrados por los fondos financieros propios de cada Secretaría estatal y, de esta manera, satisfacen la demanda de los diferentes servicios de salud que ofrece la Secretaría de Salud en el ámbito de los estados. (figura1),

Resultados.

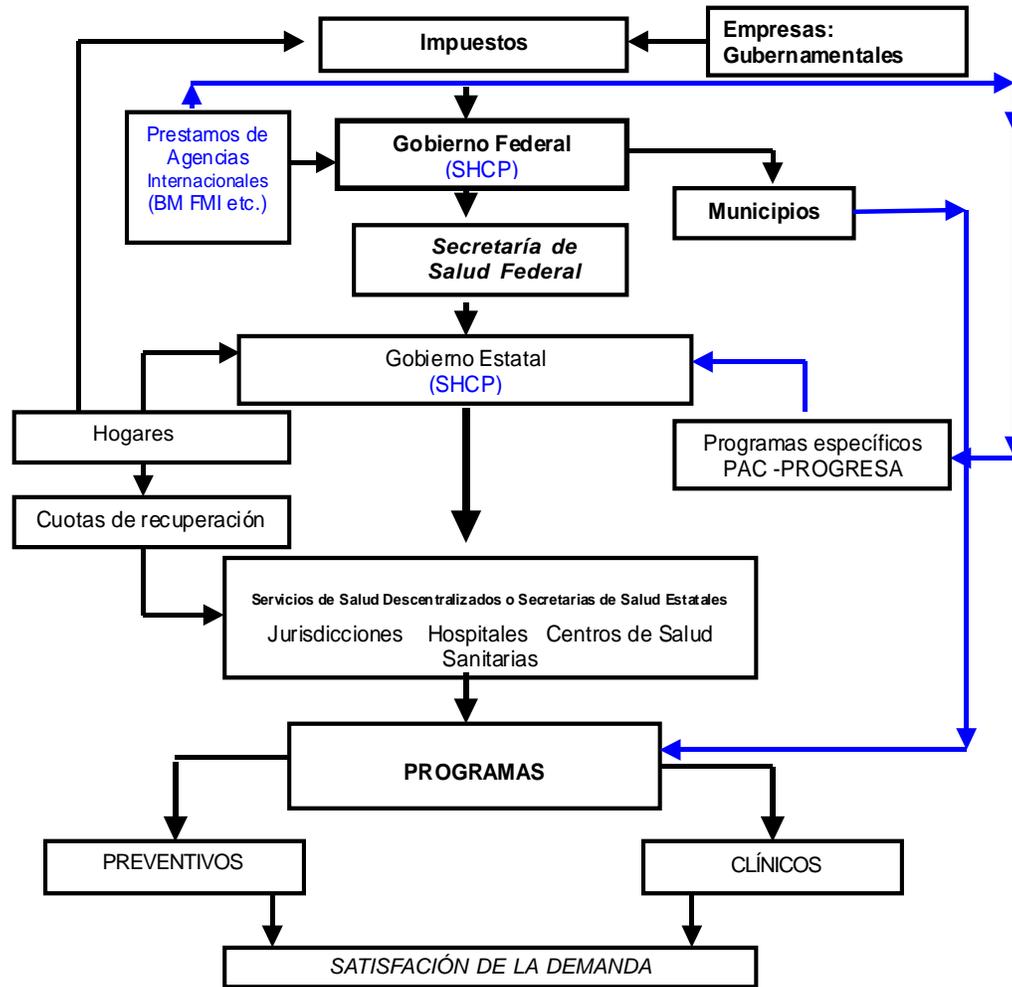
De acuerdo con la información proporcionada por las entidades federativas que constituyen el universo del proyecto, se encontró que las fuentes de financiamiento están representadas por: 1) las aportaciones federales hacia entidades federativas; 2.) las aportaciones estatales hacia las Secretarías de Salud Estatales; 3.) los programas específicos negociados con financiadoras externas (PAC, PROGRESA); 4) las cuotas de recuperación, y 5) algunas donaciones en especie por parte de la comunidad a los centros de salud. Es importante señalar que las fuentes varían de acuerdo con la entidad (Cuadro I). De lo anterior podemos considerar que las fuentes internas son representadas por: las aportaciones hechas por el Gobierno Federal hacia los estados, las aportaciones de los gobiernos estatales y municipales. Las fuentes externas son los préstamos hechos por las agencias internacionales para programas específicos (PAC Y PROGRESA). Como fuentes directas se encontraron las cuotas de recuperación, que varían en su monto de un estado a otro.

Los fondos financieros están manejados, tanto por las direcciones administrativas como por las direcciones de planeación de cada una de las Secretarías de Salud estatales.

El gasto en salud en el transcurso de los 10 años de estudio muestra, tanto para la primera fase como para la segunda, incrementos importantes. Hay que hacer notar que en el año de corte (1995), todas las entidades presentaron una caída importante en sus montos financieros y otra caída en 1998, con la excepción de la Yucatán que presenta un crecimiento mantenido en la segunda fase de la descentralización. (Cuadro II); lo mismo se observa en las etapas de corte. Es importante resaltar que la caída del gasto sólo es evidente al ajustarlo a pesos constantes.

Con relación al gasto per cápita en salud durante los 10 años de estudio, éste presenta una trayectoria irregular

FIGURA 1
MODELO DE ANÁLISIS FLUJO FINANCIERO PARA EL GASTO EN SALUD DE LOS
SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL



Fuente: Elaboración propia a partir del proyecto: políticas de financiamiento y descentralización para la reforma del sector Salud en México. Programa de aplicación de Cobertura (PAC) Programa e Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA).

en los cuatro estados en la primera fase de la descentralización; en todos ellos hay aumentos progresivos y para 1995 presentaron una caída brusca, para recuperarse en la segunda fase y, mantenerse a la alza desde 1998 hasta el 2000, con excepción del estado Hidalgo que presenta una caída del gasto per cápita a partir de la misma fecha. Al presentar los tres años de cortes 1990, 1995 y 2000, el estado que presenta una inversión mayor en salud durante los tres años de corte es de Yucatán, seguido por Tabasco y Oaxaca; el que menos gasto per cápita presenta es el estado de Hidalgo (Cuadro III)

que, la mayor parte del gasto en salud en las cuatro entidades federativas estudiadas, está dirigido a satisfacer la demanda de la parte clínica; el gasto en salud para la prevención de las enfermedades en tres de los estados presentó un aumento de 1990 a 2000, excepto en el estado de Yucatán que tiene un aumento de 1990 a 1995 pero que en la segunda fase de la descentralización fue disminuyendo hasta 1999, y recuperándose en el 2000. Un fenómeno que se presenta en todos los estados es que el gasto para los dos programas (clínicos y preventivos) presentan fuertes caídas en 1995 y 1998.

En la distribución del gasto por programas encontramos

CUADRO I
TENDENCIAS DEL GASTO EN SALUD PARA POBLACIÓN NO ASEGURADA
POR ESTADOS; 1RA Y 2DA FASE DE LA DESCENTRALIZACIÓN.
Periodo 1990-2000. (Miles De Dólares)
Año De Base 1994

ESTADOS	AÑOS										
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Hidalgo	65437.2	85657.8	98555.4	119735.6	145510.0	26518.5	141502.9	119176.7	1044998.9	238014.0	236118.0
Oaxaca	133342.3	163319.8	191505.1	239823.6	282891.8	238160.9	249731.1	170376.7	155623.4	355842.4	37370973.9
Tabasco	52881.8	62175.2	69507.7	79710.8	85856.9	70466.7	65307.1	104080.2	99573.9	163944.6	160952.2
Yucatán	47341.9	60615.4	73556.4	116467.7	128054.1	105384.0	100841.4	90005.3	114950.4	159974.8	610044.4

Fuente: Proyecto Políticas de Financiamiento y Descentralización Instrumentos para la Reforma del sector Salud en México. Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, Morelos. 2001

Discusión

Los resultados de este trabajo se limitan a cuatro estados de la República Mexicana, muestran las tendencias del gasto real en salud para los estados citados. Presenta sólo los resultados de una primera parte de una investigación que se regionalizó en el centro y sur del país para, posteriormente, hacer una integración con la segunda fase, que abarcará los estados del norte, y así brindar un panorama más

completo de la tendencia del gasto, sus fuentes de financiamiento, su asignación, así como la dinámica del mismo y si ha sufrido o no modificaciones en los últimos años.

Si partimos de una de las premisas de la reforma del sistema de salud en relación con la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento, los resultados nos muestran que los estados estudiados no presentan fuentes nuevas de financiamiento y, que todavía la fuente con más carga en tres de las cuatro entidades estudiadas sigue siendo la fuente federal, responsabilizándose en más de 90% del gasto en salud; sólo uno de los estados (Tabasco) presenta una disminución creciente de las aportaciones federales, y aportaciones crecientes al gasto en salud por parte del estado; es de señalar que este estado es el que recibe una mayor recaudación por parte de los impuestos, debido a que es un estado petrolero.

CUADRO II
COMPOSICIÓN DEL GASTO EN SALUD PARA LAS CUATRO
ENTIDADES EN POBLACIÓN NO DERECHOHABIENTE
DIFERENCIADO POR TIPO DE FUENTE
(Cifras en miles de US dlis)

Estados	Fuentes de Financiamiento				Años
	Aportación Federal	Aportación Estatal	Aportación Municipal	Cuotas de Recuperación	
Hidalgo	15532 (94.0%)	0	0	991 (6.0%)	1990
	32078 (92.7%)	173 (0.5%)	0	2390 (6.9%)	1995
	32946 (90.1%)	695 (1.9%)	183 (0.5%)	2742 (7.5%)	2000
Oaxaca	31952 (94.9%)	842 (2.5%)	0	876 (2.6%)	1990
	57677 (91.3%)	2401 (3.8%)	0	3095 (4.9%)	1995
	130692 (92.5%)	5510 (3.9%)	706 (0.5%)	4380 (3.1%)	2000
Tabasco	6342 (47.5%)	6623 (49.6%)	0	387 (2.9%)	1990
	7626 (40.8%)	10635 (56.9%)	112 (0.6%)	318 (1.7%)	1995
	22558 (36.8%)	35922 (58.6%)	674 (1.1%)	2146 (3.5%)	2000
Yucatán	11404 (95.4%)	0	0	550 (4.6%)	1990
	26081 (93.3%)	140 (0.5%)	0	1733 (6.2%)	1995
	59694 (95.5%)	500 (0.8%)	250 (0.4%)	2063 (3.3%)	2000

Fuente: Proyecto Políticas de Financiamiento y Descentralización Instrumentos para la Reforma del sector Salud en México. Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, Morelos. 2001

Las aportaciones municipales para salud sólo en el estado de Tabasco han estado presentes en nueve de los diez años de estudio, con un crecimiento constante hasta el final del año en estudio. En las otras entidades, esta aportación, además de ser escasa, sólo aparece al final de la década de los noventa, esto a pesar que en 1997 se da un decreto en la Ley con relación al Ramo 33⁵ en su fracción III, donde se establece que: *parte del presupuesto otorgado a los municipios deberá ser utilizado, en salud.* Creemos que ésto pueda ser debido a una débil gestión entre las Jurisdicciones Sanitarias y los actores municipales, o el incumplimiento de la Ley en cuestión.

⁵ Ramo 33 en su fracción III, refiere qué recursos ejercidos por cada estado en materia de salud proviene del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), que es una aportación federal financiada con impuestos generales. Los recursos del ramo 33 representan, para algunos estados, alrededor de la tercera parte de los recursos destinados a salud.

**CUADRO III
GASTO PER CÁPITA EN SALUD PARA EL TOTAL DE LA POBLACIÓN
Y POBLACIÓN NO ASEGURADA
PERIODOS DE CORTE 1990, 1995 Y 2000
(Dólares)**

Fuente: Proyecto: Políticas de Financiamiento y Descentralización. Instrumentos para la Reforma del sector Salud en México. Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, Morelos. 2001
INEGI. CODICE 90. Resultados Definitivos. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. México, 1992.
INEGI. Tabulados Básicos. Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. México, 2001.
INEGI. Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados de la Muestra Censal. Cuestionario Ampliado. México, 2000.

Las cuotas de recuperación, que podrían verse como la parte privada del financiamiento para la población abierta, continúan siendo una fuente importante de recursos para los servicios de salud en los estados que conforman la investigación, aunque éstas presentan altibajos durante el periodo de estudio. Hidalgo es en el que mayormente intervienen estos recursos, llegando hasta 7.5% del total del gasto en salud para el periodo de estudio; esto entra en contradicción con el nivel socioeconómico de su población, ya que es uno de los estados con más carencias económicas (es uno de los más pobres de la República) y a pesar de ser también uno de los estados que ha recibido más aportaciones de las organismos internacionales desde la década de los 90. No obstante, de que este tipo de servicios está dirigido a la población con menos recursos, se comprueba la premisa de que la población con menos recursos es la que más paga por los servicios médicos, lo que hace necesario la búsqueda de alternativas económicas más equitativas para la población que demanda el servicio.

A pesar de que desde la implantación de la reforma del sistema de salud se ha hecho hincapié en que las aportaciones estatales al gasto en salud deben ser cada vez más crecientes, los resultados del estudio

arrojan información desalentadora en este aspecto en dos estados, ya que sólo es a partir de 1994-1995 (Hidalgo y Yucatán) cuando aparecen dichas aportaciones, y en su máxima expresión, corresponden a 1.9% y 0.8%, respectivamente del gasto total en ambas entidades. En las otras dos entidades han estado presentes estas aportaciones en los 10 años de estudio: en Oaxaca la máxima aportación corresponde a 3.9% del gasto total en salud; sólo Tabasco aporta más de la mitad del gasto para salud.

Con relación a la producción de los servicios encontramos que en todos los estados, el porcentaje mayor de la inversión estuvo dirigida a la parte curativa de los servicios durante todo el periodo de estudio; para la parte de la medicina preventiva todavía hoy son insuficientes los recursos destinados para satisfacerla, por lo que la realidad dista mucho del discurso oficial.

Coincidimos con los estudios hechos por Hernández-Peña (1997) y González-Block (1997) en que este tipo de estudios contribuirán a establecer un sistema de información sobre los gastos en salud a escala estatal, que permita satisfacer los requerimientos de la administración pública, y perfeccionar su gestión y entender la naturaleza de la problemática básica que tiene que ver con la equidad, la calidad y la eficiencia en los servicios de salud, tanto a nivel de la prestación de los servicios como en la asignación de los recursos.

Años	Gasto Per cápita		
	1990	1995	2000
Todas la Población	12.96	24.04	62.19
Hidalgo	14.18	26.25	56.09
Oaxaca	14.47	7.77	24.34
Tabasco	44.89	33.81	82.09
Para finalizar, hay que señalar que el gasto en salud en las entidades estudiadas ha tenido un crecimiento considerable durante los diez años. A pesar de la crisis vivida en el país en 1994, sólo en el año 1995 se observó una baja en el gasto para las entidades; es también a partir de ese año cuando se recibe un préstamo para salud por parte de organizaciones internacionales con la finalidad de aumentar la cobertura, mejorar la calidad de la atención y reforzar la descentralización en los estados.			
No necesariamente	8.75	16.40	16.36
Hidalgo	22.42	36.12	74.68
Oaxaca	6.89	3.69	32.40
Tabasco	8.77	17.96	37.70
Yucatán			

internacionales con la finalidad de aumentar la cobertura, mejorar la calidad de la atención y reforzar la descentralización en los estados.

En conclusión, pensamos que a pesar de todos los esfuerzos hechos por parte de las autoridades en cuanto se refiere a las políticas de financiamiento, de descentralización, y de su insistencia en la necesidad de que en México haya un sistema de salud más saludable financieramente, por una parte, y en la búsqueda de fuentes alternativas y más diversificadas de financiamiento, por otra, ninguno de los estados estudiados presenta fuentes nuevas de financiamiento

y sólo en uno de ellos hay una inversión del estado fuerte en el gasto en salud. Por lo tanto es imperante establecer mecanismos de compromiso por parte de los niveles estatal y municipal que aseguren la participación financiera de éstos en el gasto en salud, así como también que las Jurisdicciones Sanitarias desarrollen mecanismos de gestión más eficientes con

las autoridades correspondientes de los municipios, para asegurar la inversión en salud.

Por otra parte, es importante señalar que a pesar de los esfuerzos tanto a nivel federal y estatal, con relación a la descentralización, todavía hoy ésta se encuentra en una fase de ajuste y modelación en el país.

REFERENCIAS

Bossert T, Larrañaga O, Giedion U, Arbelaez J J, Bower D. Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile Bulletin of World Health Organization 81 (2), 2003.

Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Murria C. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis The Lancet 2003; 362:111-117.

Molina R, Pinto M, Henderson P, Vieira C. Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias. Rev Panam Salud Pública /Pan Am J public Health 8(1/2) 2000.

Musgrove P Zeramdini R Carrin G. Basic patterns in national health expenditure. Bulletin of World Health Organization 80 (2), 2002.

Arredondo, A. Baris E. Financial indicators for healthcare decentralization in Latin American countries Health and System Science 2000 Vol. 3 (1999) 143-163.

Hernández P, Zurita B, Ramírez R, Álvarez F, Cruz C. Las cuentas nacionales de salud Frenk J. Editores. *Observatorio de Salud*. Fundación Mexicana para la Salud México. México DF., 1997. Capítulo 4 119-142.

González-Block M.A, Gutiérrez-Calderón E, Gutiérrez-Bardales L. Las cuentas estatales de salud: el gasto de las entidades federativas. Frenk.J Editores. *Observatorio de Salud*, Fundación Mexicana para la Salud México. México DF., 1997 Capítulo 5 : 143-172.

Hernández P, Poullier J P. Las cuentas nacionales de salud y la problemática de género en la perspectiva de la OMS. *Taller Internacional Cuentas Nacionales de Salud y Género 18 y 19 de octubre 2001, Santiago de Chile. OPS/OMS - FONASA*.

Cruz C. Las Cuentas Nacionales de Salud, Economía y Salud, Fundación Mexicana para la Salud 1994 Vol. 7 México.

Gonzalez-Block M, Leyva-Flores R. Health services decentralization in México: formulation implementation and results of policy. Health Policy and Planning; 1989; 4 (4): 301-315.

Frenk J / Editores *Observatorio de Salud*, Necesidades, Servicios y Políticas Fundación Mexicana para la Salud México, DF. 1994.

Parada-Toro I, Hernández-Peña P, Arredondo-López A, Becerra-Posada F. Financiamiento de programas de farmacodependencia en la ciudad de México: 1990-1993. Salud Pública de México 2000; 42 (2): 118-125.

Lara A, Gómez-Dantés O, Urdapilleta O, Bravo ML. Gasto federal en salud en población no asegurada: México 1980-1995. Salud Pública de México. 1997; 39 (2).

Herrera-Zárate M, González-Torres R. Dilemas del financiamiento de la salud. Salud Pública México 1989; Vol. 31:800-811.

Valdéz-Olmedo C. Apuntes sobre el financiamiento de la salud en México. Salud Pública México 1988; 30:815-826.

Soberón G. El financiamiento de la salud para consolidar el cambio. Salud Pública de México 1987; 29 (2): 169-179.

Abrantes-Pego R, Arjonilla-Alday S. Descentralización del Sector Salud y Conflicto con el Gremio Saude Publica 2002; 36(3): 324-329.