

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS, A.C.



La gestión financiera estatal en el proceso de descentralización
de los servicios de salud

TESINA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

P R E S E N T A :

FRANCISCA ANGELICA CARRANZA VALENCIA

ASESORA: MYRIAM CARDOZO BRUM

MÉXICO D.F. AGOSTO 1994

CENTRO DE INVESTIGACION Y DOCENCIA ECONOMICAS A.C.

**LA GESTION FINANCIERA ESTATAL EN EL PROCESO DE
DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.**

TESINA PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE

MAESTRO EN ADMINISTRACION PUBLICA

FRANCISCA ANGELICA CARRANZA VALENCIA

ASESORA: MYRIAM CARDOZO BRUM.

Mexico D.F. Agosto de 1994.

CONTENIDO TEMATICO

INTRODUCCION.....	04
CAPITULO I : MARCO TEORICO.....	07
1.1. ASPECTOS TEORICOS DE LA DESCENTRALIZACION.....	07
1.1.1. DESCENTRALIZACION Y EQUIDAD SOCIAL.....	09
1.1.2. DESCENTRALIZACION Y AUTONOMIA FISCAL.....	11
1.2. FINANZAS PUBLICAS ESTATALES.....	14
1.2.1. MARCO JURIDICO.....	14
1.2.2. ASPECTOS ECONOMICOS.....	16
1.2.3. RESTRICCIONES DE EQUIDAD.....	18
1.3. SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	21
1.3.1. SITUACION ACTUAL DE LOS SERVICIOS.....	22
1.3.2. DESCENTRALIZACION DE SERVICIOS ESTATALES.....	26
CAPITULO II : DIAGNOSTICO DE LA GESTION FINANCIERA ESTATAL.....	30
2.1. EQUIDAD EN LA DISTRIBUCION DE RECURSOS FEDERALES.....	31
2.1.1. NIVELES DE ANALISIS DE LA EQUIDAD.....	35
2.1.2. EQUIDAD ENTRE LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS.....	36
2.2. AUTONOMIA FINANCIERA DE LOS ESTADOS.....	47
2.2.1. AUTONOMIA EN BASE A INGRESOS PROPIOS.....	49
2.2.2. AUTONOMIA EN BASE A TRANSFERENCIAS.....	51

2.3. EFICIENCIA EN EL USO DE RECURSOS FINANCIEROS.....	53
2.3.1. MECANISMOS DE COORDINACION.....	53
2.3.1. ESTRUCTURA DEL GASTO ESTATAL EN SALUD.....	55
2.3.2. SISTEMAS DE PLANEAM. Y EVALUACION FINANCIERA....	57
CAPITULO III : PROPUESTA PARA UN SISTEMA DE GESTION FINANCIERA...	61
3.1. ASPECTOS GENERALES.....	61
3.2. AMBITOS INVOLUCRADOS EN LA PROPUESTA.....	62
3.2.1. PROPUESTA ORIENTADA A ALCANZAR LA EQUIDAD.....	62
3.2.2. PROPUESTA ORIENTADA A LA AUTONOMIA FINANCIERA...	68
3.2.3. PROPUESTA ORIENTADA A INCREMENTAR EFICIENCIA....	74
3.3. ALCANCES Y LIMITACIONES.....	79
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	80
BIBLIOGRAFIA.....	82

I N T R O D U C C I O N

En la actualidad asistimos a una transformación de la sociedad y su Estado. Este nuevo Estado se caracteriza por el desmembramiento de sus gobiernos nacionales, que luego se reagrupan en estructuras políticas y económicas supranacionales, al mismo tiempo que sus regiones y ciudades se fortalecen para rescatar su identidad y eficientar la prestación de servicios.

La descentralización es un proceso de transferencia de competencias desde la administración central de un país hacia las administraciones subnacionales: regionales y comunales en los países unitarios; estatales y municipales en los países federales, como es el caso de México.

Para que estas administraciones puedan ejercer efectivamente las competencias transferidas requieren de los recursos necesarios para ello. De allí que el financiamiento de los entes subnacionales, sea un tema fundamental en el estudio de la descentralización.

El financiamiento de la descentralización exige una adecuada asignación de competencias, de manera que las distintas administraciones subnacionales dispongan de los recursos financieros suficientes para asumirlas, en un marco de autonomía de decisión y de equidad en la distribución de recursos a los distintos espacios territoriales que componen la nación.

La hipótesis del presente trabajo plantea que el financiamiento del proceso de descentralización de los servicios de salud en México adolece de una autonomía de decisión financiera, dado que está sujeta a las condicionantes de la federación en cuanto a monto de recursos y uso de los mismos, y a que las entidades estatales tienen poca capacidad para generar sus propios recursos tanto por restricciones de índole jurídica como de análisis económico. Asimismo, la equidad en la distribución de los recursos, no consideran los nuevos criterios para una distribución más equitativa como son : población objeto, requerimiento de servicios, eficacia administrativa, y esfuerzo fiscal de las entidades.

Estos dos aspectos: falta de equidad y de autonomía financiera, se ve agravada por el ineficiente uso que hacen las entidades estatales de los recursos asignados. Se plantea que son debido a la falta de mecanismos claros de coordinación sectorial e institucional, la inadecuada estructuración del gasto estatal en salud, y a que los mecanismos de evaluación y control no valoran el nivel ni la calidad del servicio.

Toda esta problemática conlleva a que en la actualidad el otorgamiento de los servicios de salud descentralizados no hayan alcanzado una mejora sustantiva tal como se contemplara en la formulación de la política. Se hace necesario replantear los términos en que se está llevando a cabo este proceso, a fin de que no sea condenado al fracaso por una prolongada falta de adecuación

entre autonomía administrativa y financiera.

El replanteamiento de este proceso deberá considerarse aspectos básicos como son equidad, autonomía y eficiencia. Este trabajo pretende dar algunos lineamiento que se aproximen a una propuesta en el que se involucre todo lo mencionado anteriormente, bajo aspectos teóricos, y de conocimiento de la realidad en que se desenvuelve la prestación de este servicio a nivel estatal. Para tal fin se ha considerado el desarrollo de tres capítulos :

En el capítulo I se presenta el marco teórico contextual, para ubicar el trabajo, en el que se definen los conceptos de descentralización y finanzas estatales; y a la vez se presenta una breve descripción de la situación de los servicios de salud. En el capítulo II se realiza un análisis de la gestión financiera de los estados con servicios de salud descentralizados; basada en información bibliográfica y en las entrevistas realizadas con los funcionarios de las entidades; determinando el grado de equidad en la distribución de los recursos, y la autonomía en el manejo financiero estatal. Asimismo ha pretendido identificar los principales obstáculos para un manejo eficiente de los recursos financieros por parte de los estados. En el Capítulo III en base a los resultados del capítulo anterior, intentamos dar algunos lineamientos que permitan revertir la situación encontrada bajo tres aspectos básicos: equidad, autonomía y eficiencia.

CAPITULO I : MARCO TEORICO

1.1. Aspectos teóricos de la descentralización.

En grandes líneas, la historia de la economía mundial ha conocido etapas alternadas de centralización y descentralización. Así, de las comunidades primitivas dispersas y descentralizadas surge el esclavismo centralizador. La descomposición del esclavismo da lugar a la formación de feudos autónomos. Más tarde, el feudalismo centralizador pierde eficacia y se transforma en república en la que las entidades descentralizadas se articulan bajo la forma de federación. Luego, las entidades federativas pierden su autonomía y la república inicia un proceso descentralizador¹.

En torno a la descentralización existen opiniones polarizadas; mientras unos la defiende considerándola un proceso casi mágico, capaz por sí solo de todo un cúmulo de cambios sociales; los otros la consideran casi en términos demoníacos, como el último ataque a lo que queda del Estado de Bienestar o a los remanentes idealizados de un orden social².

Por otro lado E. Cabrero considera a la descentralización esencialmente como un fenómeno que se refiere a la contradicción

¹ OLMEDO, Raúl. Descentralización: Principios Teóricos y ejemplos históricos. 1era. edición. Editorial Grijalbo. México 1984. pp. 23.

² BOISIER, Sergio; La descentralización: el eslabón perdido de la cadena de transformación con equidad y sustentabilidad. CEPAL/ILPES. Doc.09. Serie Ensayos 1991. pp. 115.

entre el momento individual y el momento colectivo que permea toda la vida social³.

Pero lo cierto es que la descentralización; es una respuesta a aspectos de índole política, social, económica y tecnológica; entre los que destacan: la necesidad de legitimar un nuevo orden político, la creciente demanda de cuerpos organizados de la sociedad civil, la tendencia hacia la privatización de actividades, y el reemplazo de la visión fordista de la organización del trabajo, entre otros.

Teóricamente la descentralización es un proceso de transferencias de competencias desde la administración central de un Estado hacia las administraciones subnacionales: estatales y municipales en los países federales, y regionales y comunales en los países unitarios. De este modo entenderemos que un Estado está descentralizado cuando sus administraciones territoriales tienen un conjunto de competencias significativas.

Si bien es cierto que la descentralización es concebida como un instrumento de política básico para incrementar la eficiencia en la distribución de recursos a la sociedad; este objetivo no se logrará sino se consideran en su estructuración e implementación dos categorías básicas como son la equidad y la autonomía.

³ CABRERO, Enrique. Políticas Descentralizadoras en México. CIDE. México 1992. pp. 08.

1.1.1. La descentralización y la equidad social.

Generalmente se ha considerado a la descentralización como un instrumento para corregir la inequidad social, en la medida que crea espacios entre el Estado y el individuo en la que se incrementan las posibilidades de que cualquiera de ellos tenga acceso a instancias más directas de solución a sus problemas.

Asimismo sabemos que el término equidad ha permeado los artículos de la Constitución, las formulaciones de las políticas gubernamentales, los prefacios de los planes de desarrollo y las declaraciones intergubernamentales.

Según S. Boisier⁴ habitualmente se usan tres acepciones del concepto de equidad: la primera, corresponde a un enfoque clásico, y se vincula con las ideas de justicia conmutativa y justicia distributiva; la segunda llamada moderna, se asocia con los principios filosóficos de la revolución francesa, la que tiene dos connotaciones, la liberal, que acentúa la importancia de la desigualdad lograda como mecanismo de estímulo, y la democrática, que se caracteriza por colocar mayor énfasis en crear las condiciones de una verdadera igualdad de oportunidades; y la tercera acepción, contemporánea, es más amplia que las anteriores y en lo principal reclaman la eliminación de barreras económicas, sociales y políticas que obstruyen su realización.

⁴ BOISIER, Sergio; Las relaciones entre descentralización y equidad. Revista de la Cepal No. 46, Abril de 1992. pp. 119.

De estas concepciones el autor M. Wolfe⁵ retoma dos de ellas, señalando que la denominada equidad contemporánea que reclama que se eliminen barreras formales al derecho de las personas a participar en la actividad política y económica, ha formado parte de conductas que son sancionadas públicamente en América Latina; en tanto el concepto más aceptado en esta región es el que corresponde a la equidad en el sentido del derecho a contar con medios de subsistencia y con el acceso a un abanico de servicios públicos que permitan mantener un nivel adecuado de vida.

Aún cuando este último concepto se relacione con el Estado Providencia considero que es el más cercano al que se puede manejar para la calificación de los servicios de salud; equidad para nuestro fin será el *grado en que la población tenga acceso al servicio de salud en proporción directa a sus necesidades, lo que le permitiría mantener un nivel adecuado de vida.*

⁵ WOLFE, Marshall; *Perspectivas sobre la equidad. Revista de la Cepal.* No. 44, Agosto de 1991. pp. 21.

1.1.2. La descentralización y la autonomía fiscal.

La descentralización administrativa y la fiscal no necesariamente se corresponden al inicio del proceso; es la propia dinámica la que exige que la descentralización se financie cada vez más con tributos establecidos y recaudados en el territorio subnacional correspondiente.

Si bien es cierto que las competencias administrativas pueden ser medidas en función de las que efectivamente son transferidas por el gobierno central; esta transferencia se verá reflejada en la participación del presupuesto de los gobiernos estatales en el gasto federal. Sin embargo ese porcentaje de participación no tiene en cuenta el origen de los ingresos gastados; siendo el concepto de descentralización fiscal el que sí da cuenta de ello con distintos tipos de mediciones, que pueden dar lugar a diferentes tipos de autonomía.

Se puede hacer una clasificación de modelos financieros⁶:

Modelo financiero centralista; cuando las exacciones sobre los ciudadanos las establece fundamentalmente la hacienda central, mientras que los ingresos de las otras haciendas corresponden en su mayor parte a transferencias procedentes de aquélla.

⁶ Esta clasificación se basa en la relación entre hacienda central y estatal.

Modelo financiero descentralista; cuando cada hacienda establece sus propias exacciones, de las cuales deriva la mayor parte de sus ingresos, sin perjuicio de recibir las transferencias redistributivas que efectúa la administración central.

Pero este criterio de clasificación no siempre se utiliza; hay autores que señalan que la descentralización fiscal está determinada por la autonomía del gasto. Esto implica que *una entidad federativa no sólo es autónoma en base a sus recursos propios, sino por ingresos del gobierno federal que sean predecibles y no se condicionen.* Considero que este concepto es más aceptable para el caso de los países latinoamericanos, en especial para México debido a la dificultades y restricciones que tienen las entidades para financiarse de recursos propios.

Si bien lo afirmado es cierto, no debemos olvidar las consecuencias que tiene el hecho de que las entidades estatales dependan del gobierno federal para financiar los servicios descentralizados, se tiene que :

i) Se puede caer en la *irresponsabilidad fiscal* por parte de las entidades estatales, ya que están obteniendo los recursos sin tener que soportar el costo político que implica el poner tributos a sus votantes. Como dicho costo sólo recae sobre la administración federal, los gobiernos estatales tiende fácilmente a presionar a la administración central para obtener los recursos.

ii) Por otro lado los gobiernos centrales tratan que la dependencia sea de alto grado e imponen condiciones a los estados para entregarles los recursos. Así se da la *subvención condicionada* como un importante ingreso estatal, que restringe su autonomía.

Como conclusión en este punto en particular podemos señalar que la combinación entre recursos propios y recursos federales no condicionados y predecibles que garanticen una autonomía financiera no es estricta, porque va a depender de muchos factores como son : capacidad económica de la población de la región, estado de las finanzas nacionales y estatales, entre otros.

1.2. Finanzas Públicas Estatales.

1.2.1. Marco Jurídico.

Las finanzas públicas son una de las funciones que cumple un Estado, y que consiste en captar recursos económicos y canalizarlos a todos los integrantes de la sociedad. Para ello hace uso de cuatro funciones básicas: la asignación, distribución, estabilidad y crecimiento.

La estructura fiscal en México está organizada en tres niveles básicos - federal, estatal y municipal - con algunas variaciones entre los estados, y en las relaciones con sus municipios. El nivel que nos interesa estudiar es el estatal; por ser el nivel al cual se descentralizó los servicios de salud, que son objeto del presente trabajo.

La documentación que conforma el marco jurídico de las finanzas públicas estatales es muy amplia; involucra la Constitución, Leyes, Decretos, Códigos, y Convenios entre otros.

- La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; constituye la base de todo el sistema jurídico, y en la fracción IV del Art. 115 delimita las competencias estatal y municipal.

- Ley de Coordinación Fiscal; regula las relaciones de Coordinación Fiscal entre la Federación y los Estados. Uno de los rubros más importantes es el que se refiere a las participaciones

de los Estados y Municipios en los ingresos federales.

- Ley de Ingresos de la Federación; señala las disposiciones que de alguna manera afectan la facultad impositiva de los Estados así como para el cálculo de participaciones en ingresos federales.

- Código Fiscal de la Federación; norma lo relativo a la administración de las contribuciones, y se complementa con el Código Fiscal del Estado.

- Convenio de Adhesión y sus anexos; establece los lineamientos conforme a los que las entidades federativas quedan adheridas al Sistema Nacional de Coordinación Fiscal.

- Leyes diversas; entre las que podemos citar a la Ley del Impuesto al Valor Agregado, Ley del Impuesto Especial sobre Producción y servicios, Ley del Impuesto sobre adquisiciones, etc.

De manera más específica, la Ley de Ingresos del Estado es la base jurídica que da facultades a las Entidades Federativas para recaudar sus ingresos, estableciendo los conceptos que representan los mismos. En el rubro de los ingresos estatales, los ingresos propios no representan la mayor proporción. Esto como consecuencia de la política fiscal de "federalización" de los impuestos locales mediante la celebración de Convenios Fiscales; siendo las participaciones federales el principal recurso estatal.

1.2.2. Aspectos económicos.

Sabemos que las finanzas estatales a partir de recursos propios se han debilitado básicamente por aspectos jurídicos; pero es necesario señalar que existen también razones de análisis económico que influyen en el hecho de que determinados tributos queden prácticamente fuera del alcance de las entidades federativas.

El análisis económico proporciona criterios técnicos para atribuir las distintas fuentes de tributación a determinados niveles de gobierno; sean estos federal, estatal y local.

Musgrave⁷ nos presenta los siguientes criterios :

1. Los niveles estatales y locales deberían gravar las bases de baja movilidad interjurisdiccional.
2. Los impuestos personales progresivos deberían ser usados por aquellas jurisdicciones en las que se pudiera aplicar más eficientemente una base global.
3. La imposición progresiva de objetivos distributivos deberían ser central.

⁷ MUSGRAVE, Richard; The Theory of Public Finance. Editorial Mac Graw Hill, Nueva York 1991. pp. 588.

4. Los impuestos apropiados para la política de estabilización deberían ser centrales y los de los niveles inferiores, estables cíclicamente.

5. Las bases distribuidas de manera altamente desigual entre subjurisdicciones deberían ser usadas centralmente.

6. Los impuestos aplicados según el principio de beneficio y las tasas sobre usuarios son apropiados a todos los niveles.

Así; se asigna al nivel central el impuesto integrado sobre la renta, sobre el gasto, sobre los recursos naturales y las tasas; al nivel estatal el impuesto sobre la renta de los residentes y no residentes, el impuesto en destino sobre las ventas y sobre los recursos naturales y las tasas; y al nivel local el impuesto sobre la propiedad y sobre las nóminas y las tasas.

Teóricamente el establecimiento de tributos propios por parte de los entes descentralizados puede hacerse de dos formas :

i) Haciendas complementarias; consiste en separar las distintas fuentes de ingreso, y reservar algunas para la administración federal y otras para los estados. Esta forma plantea el problema de que las buenas fuentes de ingreso fiscal son limitadas, y éstas generalmente son reservadas a la administración central, tal como lo sugiere el análisis económico; siendo que las entidades

subnacionales no tienen garantizada su autonomía en ingresos.

ii) Haciendas en paralelo; cada estado establece sus propios tributos en forma paralela al sistema tributario central. Esta modalidad es de fácil aplicación, si es que se establece un sistema estructurado en torno a la hacienda central, y se permite que los estados establezcan recargos sobre los tributos centrales. Pero su aplicación nos puede llevar al problema de la existencia de impuestos por duplicado en los dos niveles.

1.2.3. Las restricciones de la equidad.

Si bien un aspecto importante en la autonomía financiera es la generación de ingresos propios; sólo este tipo de financiamiento no resuelve los problemas de equidad a nivel general; debido a la presencia de desequilibrios de tipo vertical y horizontal.

- Desequilibrio Vertical; son las divergencias entre las fuentes de ingresos de los estados y sus necesidades de gasto; esto se resuelve mediante transferencias del gobierno central que reflejan la dependencia de estos últimos respecto del primero.

- Desequilibrio Horizontal; son las diferencias entre las unidades de gobierno de un mismo nivel en cuanto a la no correspondencia entre su capacidad fiscal y sus necesidades de gasto. Es necesario establecer una forma de reequilibrio, para ello es necesario recurrir a subvenciones o transferencias equiparadoras.

En México la transferencia de los recursos financieros y fiscales del gobierno federal a los estados se realiza básicamente a través de: Los Convenios de Desarrollo Social, la inversión pública, los subsidios, el crédito y las participaciones en impuestos⁸.

Los Convenios de Desarrollo Social

Se definen como instrumentos jurídicos, administrativos, programáticos y financieros en los que se establece la voluntad política de los Ejecutivos Federal y Estatal para coordinar sus acciones y recursos, destacando la facultad que tienen los estados para conducir su propio progreso.

La Inversión Pública

Son las erogaciones de las dependencias del sector central, organismos descentralizados y empresas de participación estatal, destinadas a la construcción, ampliación, mantenimiento y conservación de obras públicas, en general todos aquellos gastos destinados a aumentar, conservar y mejorar el capital nacional. La inversión pública generalmente es bien aceptada pues en un grado considerable dependen de ella el progreso o estancamiento de las entidades federativas, no obstante el modo de aplicar la inversión pública, se ha constituido en un elemento de desequilibrio regional.

⁸ MARTINEZ, Raul; Las Finanzas del Sistema Federal Mexicano INAP, México D.F. 1988. pp. 171.

Los Subsidios

Significan cualquier donación o aportación gubernativa de dinero a las entidades federativas. Frecuentemente está condicionada por la relación política existente entre los dos niveles de gobierno. El nivel superior del gobierno aplica el subsidio para financiar programas de desarrollo, obra pública y servicios encomendado al nivel inferior.

El Crédito Estatal

Constituye un ingreso por concepto de préstamos que obtienen los gobiernos de los estados para el cumplimiento de sus funciones. Los estados pueden obtener el crédito del gobierno federal y en este caso nos encontramos con una forma de transferencia de recursos del nivel superior de gobierno a niveles inferiores, por medio de las instituciones de crédito y también de particulares.

Las Participaciones

Son los recursos financieros que obtienen las entidades federativas como resultado de compartir la recaudación de los impuestos federales. Las participaciones reflejan distorsiones graves en el sistema fiscal y financiero federal por la dependencia de éstos hacia el gobierno central, y la inercia en que se encuentran los gobiernos estatales para lograr eficiencia y eficacia.

1.3. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En México, El Sistema Nacional de Salud se encuentra estructurado por tres grandes componentes: 1) instituciones que atienden a población abierta (SSA), 2) institutos de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEDEMAR), y 3) individuos, grupos, empresas e instituciones de los sectores social y privado que otorgan servicios de manera independiente al público en general, gratuitamente o mediante un pago convencional⁹. Todos estos servicios se encuentran regulados por la Ley General de Salud; y las políticas en materia de servicios de salubridad y asistencia social están a cargo de la secretaría del ramo (SSA).

El Subsistema a cargo de la SSA dirigida a "población abierta" se financia mediante aportaciones federales, estatales y cuotas de recuperación que se cobran a los usuarios por los servicios; en principio es de acceso libre, pero en general lo usan los que están excluidos de los otros subsistemas. El subsistema de seguridad social se financia con cuotas obrero-patronales y una aportación federal; el otorgamiento de servicios es selectivo, sólo para asegurados condicionado al pago de cuotas. Por último en el tercer subsistema si se trata de servicios privados se financia con el pago del servicio proporcionado, y es de acceso abierto pero para los que puedan pagar. Los servicios que brindan organizaciones gratuitamente se pueden considerar de acceso general.

⁹ RUIZ DE CHAVEZ, Manuel ; El Enfoque de la Salud como Sector Social y Económico. SSA. México D.F. 1988. pp. 15.

1.3.1. Situación Actual de los Servicios de Salud.

Los servicios de salud en los últimos años han evolucionado considerablemente gracias a los adelantos en investigaciones médicas, sociomédicas, clínicas, epidemiológicas y administrativas. Asimismo ha evolucionado la forma de concebir el cuidado de la salud, tal como lo refleja el Plan Nacional de Desarrollo, en una de sus estrategias básicas que es la prevención.

Si bien un aspecto positivo son las mejoras logradas tanto en la organización de los sistemas de salud como en la prestación de los servicios; aún existen individuos y poblaciones enteras que no tienen acceso regular y permanente a los servicios de salud. Esto es debido a la desigualdad en la disponibilidad de servicios y a la inequidad en la calidad de los mismos.

En México, actualmente, se observa una evolución favorable de algunos indicadores de salud, tales como tasa de mortalidad general, tasa de mortalidad infantil, y esperanza de vida al nacer (Cuadro No. 01). Esto contrasta con la persistencia de tasas elevadas de algunas enfermedades y el surgimiento de otras; además no se ha logrado disminuir sustancialmente las enfermedades relacionadas directamente con las condiciones socioeconómicas de la población, tales como infecciones intestinales, la desnutrición y las infecciones respiratorias agudas¹⁰ (Cuadro No. 02).

¹⁰ GUTIERREZ, Gonzalo; Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias. SSA. México D.F. 1993. pp. 09.

Cuadro No. 01 : PRINCIPALES INDICADORES DEL SECTOR SALUD.

AÑO	MORTALIDAD INFANTIL DE 1-4 AÑOS	ESPERANZA DE VIDA AL NACER AÑOS	MORTALIDAD GENERAL
82	21,948	67.01	412,345
83	22,077	67.38	413,403
84	21,011	67.74	410,550
85	22,465	68.20	414,003
86	19,266	68.43	400,079
87	19,631	68.76	406,913
88	18,108	69.08	412,987
89	19,867	69.39	423,304
90	20,138	69.69	422,803
91	13,400	69.97	411,131

FUENTE: Elaboración en base a datos del Quinto Informe de Gobierno. 1993.

Cuadro No. 02 : CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD GENERAL E INFANTIL.

AÑO	INFECCIONES INTESTINALES.	INFECCIONES RESPIRATORIAS.	DEFICIENCIAS * NUTRICIONALES.
82	31,462	30,855	1,157
83	34,237	27,718	1,192
84	29,374	27,349	1,248
85	30,786	29,114	1,308
86	29,558	23,770	1,255
87	29,881	23,476	1,810
88	25,644	21,811	3,087
89	23,852	25,188	2,951
90	22,196	24,848	2,626
91	18,776	19,393	2,187

* La deficiencia nutricional corresponde a la mortalidad infantil.

FUENTE: Elaboración en base a datos del Quinto Informe de Gobierno. 1993.

Estructura y tendencia del gasto Nacional.

Para poder cumplir con los objetivos en materia de bienestar social, más específicamente en salud el gobierno cuenta con el gasto público como instrumento mediante el que asigna recursos, atendiendo determinadas jerarquizaciones.

La salud está presente dentro del grupo de satisfactores básicos sociales y ocupa una alta jerarquía dentro de los mismos, después del servicio de educación. Esto puede observarse en el rubro de gastos en salud como proporción del gasto público total, pasó de 13.4 % en 1982 al 20.8% en 1991 (Cuadro No. 03); Un comportamiento no favorable tuvo el gasto en relación al producto interno bruto, al disminuir de 4.7% en 1982 al 3.4% en 1988, recuperándose pero sin alcanzar su nivel inicial en 1991 con 4.3% (Cuadro No. 04); asimismo el gasto de salud per cápita en 1982 fue de 2,263 pesos, disminuyó a 1,095 en el año 1987 y luego se incrementó a 1,736 pesos en 1991 (a precios constantes del año 1980).

El gasto por niveles de atención, refiere claramente el resultado de la política encaminada a reforzar el primer nivel, de acuerdo a la estrategia planteada por la OMS "Salud para todos en el año 2000". El primer nivel absorbía el 36.1% del gasto total en 1982 y se incrementó a 41.1% en 1991. Como consecuencia se ha dado una disminución porcentual de gasto en los otros niveles¹¹.

¹¹ Datos obtenidos del Sistema Estatal de Información Básica. Preliminares SSA 1990.

Cuadro No. 03: GASTO DEL SECTOR SALUD EN RELACION AL GASTO SOCIAL Y AL TOTAL

AÑO	MONTO DEL GASTO (1980 = 100)	% RESPECTO AL GASTO SOCIAL	% RESPECTO AL GASTO TOTAL
82	1,674.2	39.53	13.40
83	1,183.8	45.00	12.60
84	1,086.9	41.40	11.40
85	1,088.2	39.90	12.40
86	1,051.7	44.90	13.67
87	909.9	43.60	13.30
88	942.5	45.70	14.60
89	1,126.7	48.30	17.15
90	1,326.1	48.40	18.40
91	1,570.3	46.50	20.80

FUENTE: Elaboración en base a datos del Quinto Informe de Gobierno. 1993.

Cuadro No. 04 : GASTO DEL SECTOR SALUD EN RELACION AL PIB Y PERCAPITA.

AÑO	MONTO DEL P.I.B. (1980 = 100)	% RESPECTO AL P.I.B.	GASTO PERCAPITA (1980 = 100)
82	4,470	4.7	2,260
83	4,862	4.0	1,560
84	4,831	3.7	1,419
85	4,629	3.6	1,370
86	4,786	3.8	1,291
87	4,920	3.5	1,095
88	4,732	3.4	1,119
89	4,802	3.7	1,290
90	4,855	3.9	1,470
91	4,890	4.3	1,736

FUENTE: Elaboración en base a datos obtenidos del Quinto Informe de Gobierno; 1993 y del Boletín Demográfico; Celade 1991.

1.3.2. La descentralización de los servicios de salud

La descentralización de la vida nacional constituyó una de las tesis del Presidente De La Madrid, que da respuesta a las necesidades y demandas del pueblo de México. Este proceso descentralizador busca revertir el exceso de centralización y dar mayor participación a los gobiernos locales en la atención de asuntos prioritarios.

En este contexto, la descentralización de los servicios de salud a población abierta se ha concebido como un proceso gradual y casuístico, orientado a garantizar la participación y concurrencia del Gobierno Federal y de los gobiernos de los estados y de los municipios en la planeación, organización y prestación de los servicios de salud.

La descentralización se constituye así en una de las estrategias fundamentales para la consolidación del Sistema Nacional de Salud, y de manera particular en un medio para alcanzar los objetivos del Programa Nacional de este sector.

Este proceso se llevó a cabo en dos etapas :

- De coordinación programática, caracterizada por el establecimiento de los mecanismos de participación y dirección por parte de los Gobernadores de estado en los organismos de SSA y IMSS-COPLAMAR con objeto de ingerirse paulatinamente en la

operación de manera de evitar duplicidades y contradicciones y asegurar la complementariedad y apoyo recíproco.

- De integración orgánica, consistente en la extinción de los Servicios Coordinados de Salud Pública de la SSA y del IMSS-COPLAMAR para constituir los Servicios Estatales de Salud bajo la gestión de los gobiernos estatales coordinados con la federación.

En cuanto al aspecto jurídico, este proceso se inicia con la adición constitucional del derecho a la protección de la salud, la expedición de la Ley General de la materia, la aprobación de un Programa Nacional, la promoción de la legislación sanitaria local y la transferencia de los servicios de población abierta a las entidades federativas.

Aspectos financieros de la descentralización:

El modelo de descentralización de los servicios de salud quedó definido en el aspecto financiero con las siguientes características¹²:

- La SSA conservaría la rectoría normativa, autorizaría y proporcionaría el financiamiento federal que se complementarían con las aportaciones estatales.

¹² CARDOZO, Myriam. Análisis de la política descentralizadora del sector Salud. 1990. pp 20-21.

- Los gastos de operación e inversión de los servicios estatales se sufragarían con la aportación de la SSA a través de su programa normal, por las aportaciones del gobierno del estado, por las cuotas de recuperación que captarían de los servicios de salud prestados por la entidad, y con los recursos de inversión que se autorizarán y cualquier otra fuente de ingresos que tuvieran las secretarías de salud del estado.

- Los recursos de la SSA que se asignaran a la recuperación de los estados se otorgarían como subsidios, salvo los destinados a pago de personal.

- Los recursos federales que la SSA otorgaría a los estados estarían sujetos a las disposiciones legales federales en relación a su ejercicio y control.

- Los estados observarían las normas que emitiera la SSA, en apoyo a las definidas por la entonces SPP, en materia de programación, presupuestación, ejercicio, contabilidad, control y evaluación.

- Los servicios estatales proporcionarían a la SSA la información que se requiera conforme a las normas aplicadas para la elaboración de la cuenta pública y demás informes financieros consolidados.

- Las modificaciones presupuestales para los estados se sujetarían

a la norma de la SSA, de conformidad con lo establecido por la entonces SPP.

- Se descentralizaría totalmente la captación y ejercicio de las cuotas de recuperación.

CAPITULO II : DIAGNOSTICO DE LA GESTION FINANCIERA ESTATAL.

El diagnóstico desarrollado para el presente estudio se basó en la información recopilada en las entrevistas y/o encuestas practicadas a los responsables del área financiera de las Secretarías Estatales de Salud. Información que fue complementada con materiales bibliográficos de la Secretaría de Salud y la opinión de algunos expertos en el tema.

El método de la entrevista fue aplicada a los Subdirectores de Finanzas de los estados geográficamente más cercanos al Distrito Federal como son: Morelos, Tlaxcala, Querétaro y México. Mientras que a los otros 10 estados se les envió la encuesta vía correo o fax, obteniéndose respuesta de seis (Sonora, Aguascalientes, Guerrero, Tabasco, Guanajuato y Colima).

En total se obtuvo información de 10 estados (4 por medio de entrevistas y 6 vía encuestas), lo que representa el 71% de la población objeto de estudio. Si bien no se logró cubrir todo el universo este porcentaje se puede considerar significativo para algunas conclusiones generales pero no determinantes.

La gestión financiera en todos los estados con servicios de salud descentralizados es competencia de la Subdirección de Recursos Financieros, que a su vez depende de la Dirección Administrativa. En nueve estados los encargados son Contadores Públicos, en cuatro son L.A.E., y en un estado es ingeniero.

2.1. Equidad en la distribución de los recursos federales.

La distribución y acceso a bienes y servicios básicos para la salud se ha constituido en una preocupación social permanente. La carencia de recursos gubernamentales para la atención a toda la población, obliga a asegurar su distribución y utilización cada vez con mayor eficiencia, pero con una expectativa de equidad que propicie la justicia social.

La equidad en la distribución de los recursos y las consecuencias de esta distribución, han permanecido en un nivel de manejo que se refiere a promedios nacionales, de regiones o en grupos identificados como prioritarios, sin que se disponga de información completa en relación a las carencias y prioridades que deberían ser cubiertos según el nivel de urgencia¹³.

En México existen grandes diferencias entre las entidades federativas que conforman el país, debido a aspectos políticos, económicos, y culturales; originándose la presencia de ciertos grupos sociales cuyos niveles de vida están muy rezagados en relación a otros. Esto se va acentuando aún más porque los avances técnicos, económicos y de mercado no pueden llegar a todas las regiones de igual forma.

¹³ HERNANDEZ P. Y ZAPATA F; Equidad en la distribución de recursos para la salud en México. Memoria Sociedad Mexicana de Salud Pública, Morelia 1990. pp. 27.

Las desigualdades económicas se demuestran con los datos comparativos de 4 entidades consideradas de mayor nivel económico, en relación a otras 4 de menor nivel económico (cuadro No. 05).

Sabemos que los estados que cuentan con altos niveles de producción industrial y de servicios, con importante contribución al producto nacional, generalmente tienen una menor carencia de atención médica. Pero los estados donde las actividades económicas son principalmente primarias, desarrolladas en condiciones de atraso y con severos problemas tecnológicos y estructurales; casi siempre su población se encuentra dispersa y tiene menores oportunidades y recursos de salud.

Pero estas desigualdades no quedan a nivel de una entidad con otra; sino que también permean en el interior de las mismas. Una situación no necesariamente documentada, aunque si bien es reconocida ampliamente, es la presencia de grupos desfavorecidos al interior de las entidades que aparentemente presentan menos carencias; los más beneficiados son los pobladores de las áreas urbanas en relación a las rurales dispersas.

Asímismo se tiene información que el Distrito Federal, Estado de México, Nuevo León, Jalisco y Veracruz, entidades federativas consideradas de alto desarrollo, concentran en promedio global, el 39.8% de los recursos en salud; en cambio Baja California Sur, Campeche, Colima, Morelos y Quintana Roo cuentan, en promedio

CUADRO No. 05 : DATOS COMPARATIVOS DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS DE MAYOR Y MENOR NIVEL ECONOMICO.

ESTADO	INGRESO PERCAPITA	INGRESO PERCAPITA PROMEDIO
MAYOR NIVEL ECON.		
Nuevo León	1.077.3	754.00
Tabasco	836.4	
Jalisco	563.7	
Sonora	538.3	
MENOR NIVEL ECONO.		
Queretaro	286.5	232.5
México	235.9	
Guerrero	229.6	
Guanajuato	180.5	

FUENTE : Finanzas Públicas Estatales y Municipales 1989-1990.
México 1991.

global, tan sólo con el 4.9% del total.¹⁴

En el análisis sobre la distribución de los recursos y servicios, la equidad constituye un criterio inherente a la ubicación y la cantidad de los servicios en relación a la población objetivo y sus necesidades. En este sentido se han venido manejando dos posiciones: **Equidad democrática**; esto es, igualdad de recursos para toda la población en su conjunto; y **equidad diferenciada**; ésta busca una distribución en proporción directa a las necesidades de salud de cada entidad.

Esta segunda posición es la que mejor se adapta al concepto de equidad que se usará en la propuesta; y que para el caso de salud implicaría confrontar la distribución de los recursos con aspectos relacionados con el nivel económico y las condiciones de salud de cada entidad federativa.

¹⁴ Secretaría de Salud. Sistema Estatal de Información Básica. Datos Preliminares. Mimeo, México, 1990.

2.1.1. NIVELES DE ANALISIS DE LA EQUIDAD EN LA DISTRIBUCION.

i. Nivel Macroeconómico :

Está orientado a cuantificar el grado de equidad en la distribución de recursos entre los sectores que componen el grupo denominado desarrollo social. Específicamente la disponibilidad de recursos que tiene el sector salud en relación a educación y otros.

ii. Nivel del sector salud (SNS) :

Este nivel medirá el grado de equidad en la distribución de los recursos entre los componentes del Sistema Nacional de Salud, como son : SSA, IMSS, ISSSTE y otros.

iii. Nivel servicios de salud a población abierta (SSA):

Aquí se tratará de medir la equidad existente en la disponibilidad de recursos entre las entidades federativas, sean estas descentralizadas o no en el servicio de salud.

iv. Nivel de servicios de salud descentralizados (SESAS):

Este nivel de equidad está orientado a cuantificar la equidad en la distribución de recursos entre los estados descentralizados de acuerdo a sus características propias de salud.

De estos niveles, nos interesa desarrollar el que cuantifica el grado de equidad en la distribución de recursos financieros entre las entidades con servicios de salud descentralizados.

2.1.2. EQUIDAD ENTRE LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS:

Actualmente el origen de los recursos financieros para los servicios de salud en los estados descentralizados, en mayor porcentaje proviene de las participaciones federales. Según datos de los Informes de Situación de Salud en los Estados, en el año de 1990 el 75.18% en promedio correspondieron a estas aportaciones (cuadro No 06). Estas cifras no están muy relacionadas con el nivel de servicios de salud de los estados, según los indicadores propuestos por la Organización Mundial de la Salud (Cuadro No. 07).

Se podría pensar que las aportaciones federales deberían ser mayores en los estados con niveles de salud bajos; esto se cumple para Guerrero y Morelos. Pero también observamos que algunos estados como Baja California Sur y Colima que tienen el mejor nivel de servicios según este indicador reciben porcentajes de aportación federal de cerca del 90%.

Una primera aproximación para demostrar la inequidad en la distribución de recursos es la elaboración del Gráfico del Índice de Gini; relacionando % de población con servicio de salud descentralizado, con % de recursos financieros asignados a las mismas. Tal como lo muestra el Gráfico No 01 existe cierta concentración de los recursos en algunos estados; que son los que tienen en nivel de gastos en salud percapita de mayor nivel. Para una mayor claridad se requiere un análisis más específico en el que se involucren variables posibles de cuantificar.

Cuadro No 06 : CLASIFICACION DE LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS POR NIVELES DE APORTACION FEDERAL 1990

APORTACION FEDERAL	ESTADOS DESCENTRALIZADOS
Menos del 60%	Jalisco y Tabasco
61% - 70%	Nuevo León y Sonora
71% - 80%	Aguascalientes y Guanajuato
81% - 90%	Quintana Roo, Colima, México, Queretaro y Tlaxcala.
91% - 100%	Baja California Sur, Morelos y Guerrero.
PROMEDIO : 75.18 %	

Fuente : Situación de la Salud en los Estados. SSA

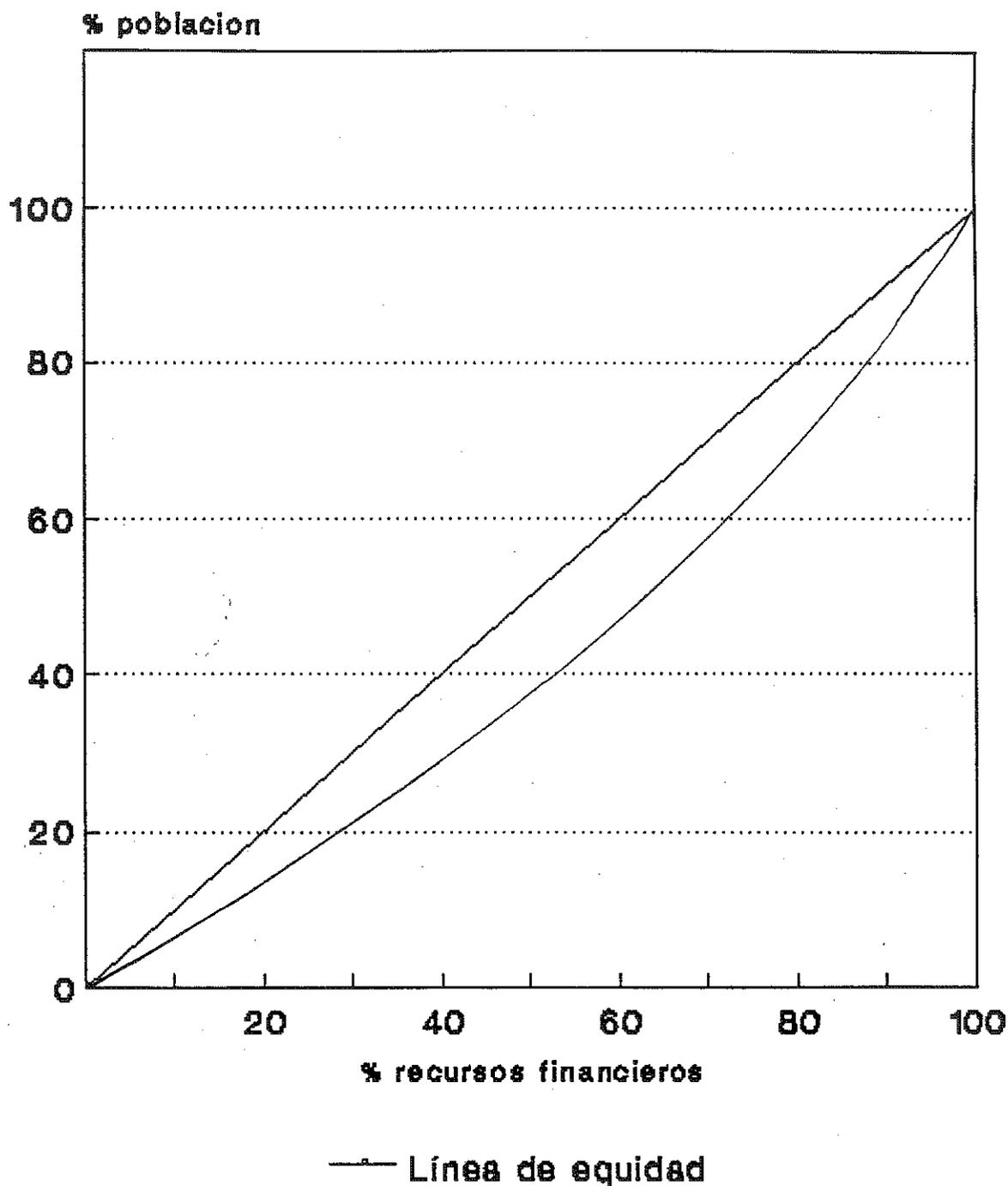
Cuadro No. 07 : CLASIFICACION DE LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS SEGUN SU SITUACION EN SALUD EN BASE A INDICADORES DE LA OMS.

GRUPO	ENTIDAD	PROMEDIO ¹⁵
I	Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Nuevo León, Sonora.	78.25
II	Quintana Roo.	76.48
III	Guanajuato, Jalisco, México, Tabasco, Queretaro, Tlaxcala.	62.35
IV	Morelos.	55.40
V	Ninguna.	51.90
VI	Guerrero.	44.48

Fuente: Revista Higiene Vol I Nro. 1 Enero-Marzo 1993.

¹⁵ Estos indicadores fueron propuestos por la O.M.S. Para su cálculo se emplearon los siguientes variables como: % Cuidado prenatal, % atención del parto, % vacunación, % vigilancia del crecimiento, diagnóstico y % tratamiento de enfermedades endémicas, población con acceso a instalaciones médicas, porcentaje de consultas médicas, entre otros. Para mayor claridad ver Revista Higiene Vol I Nro.1 Enero-Marzo 1993. Se utiliza una escala de cero a 100, donde los promedios mas altos corresponde a una mejor situación en salud.

GRAFICO 01 : CONCENTRACION DE RECURSOS
Finanzas Estatales del sector Salud.



Las variables a considerar en el análisis son de dos tipos:

1) VARIABLES ECONÓMICAS : Dentro de este grupo tenemos el nivel de ingresos estatal, el nivel de ingresos estatal per cápita y la aportación federal per cápita.

2) VARIABLES SOCIALES : Pretenden medir el nivel de servicios, las necesidades y dificultades para su prestación: población objeto (población abierta), perfiles epidemiológicos (tasas de mortalidad infantil), acceso (% dispersión poblacional rural y urbana), uso (cobertura real).

A. Análisis económico :

Tal como señaláramos anteriormente una variable a analizar es el nivel de ingresos de cada estado (Cuadro No. 08). En este punto esperaríamos que el nivel de participación federal sea inversamente proporcional al de los ingresos del estado, como una medida de resarcir las desigualdades económicas entre las entidades.

Pero esta relación por sí sola no refleja el grado de recursos con que cuenta un estado para los servicios de salud, debido a que no se está considerando las cargas poblacionales que tienen cada uno de ellos, pues no siempre los estados con mayores ingresos tiene las poblaciones mayores; de allí que los ingresos per cápita (Cuadro No. 09) constituyan un mejor indicador.

Cuadro No. 08 : CLASIFICACION DE LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS POR NIVELES DE INGRESOS PERCIBIDOS 1990

NIVEL DE INGRESOS (Millones de pesos)	ESTADOS DESCENTRALIZADOS
Menos de 250,000	Baja California Sur, Quintana Roo y Colima.
250,001 - 500,000	Aguascalientes, Morelos, Queretaro, Tlaxcala.
500,001 - 1000,000	Guanajuato, Guerrero y Sonora.
1000,001 - 2000,000	Tabasco.
2000,001 - 3000,001	Jalisco y México.
300,001 a más	Nuevo León.

Fuente : Finanzas Públicas Estatales y Municipales de México, 1989-1990. INEGI.

Cuadro No. 09 : CLASIFICACION DE LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS POR NIVELES DE INGRESOS PERCAPITA PERCIBIDOS 1990

NIVEL DE INGRESOS PERCAPITA (Miles de pesos)	ESTADOS DESCENTRALIZADOS
Menos de 250	Guanajuato, Guerrero, México.
250 - 500	Aguascalientes, Colima, Morelos, Queretaro, Quintana Roo, Tlaxcala.
500 - 750	Baja California Sur, Sonora, Jalisco.
750 - 1000	Tabasco.
1000 - MÁS.	Nuevo León.

Fuente : Finanzas Públicas Estatales y Municipales de México, 1989-1990. INEGI.

El pretender evaluar el sistema de distribución federal en este sector, nos lleva a centrarnos en la distribución de recursos financieros entre los estados con ingresos per cápita altos y bajos. Ordenando los estados en función de estos ingresos de mayor a menor, y relacionándolo con el nivel de aportación federal de cada uno de ellos, observamos que no hay una relación clara entre estas dos variables (Cuadro No 10).

CUADRO No. 10 : RELACION ENTRE INGRESO ESTATAL PERCAPITA Y APORTACION FEDERAL PERCAPITA PARA SALUD.

ESTADO	INGRESO PERCAPITA	APORT. FEDERAL PERCAPITA
	Miles de pesos	Miles de pesos
NUEVO LEON	1,077.3	42.54
TABASCO	836.4	14.29
JALISCO	563.7	30.74
SONORA	538.3	67.59
B.CALIFORNIA SUR	508.8	17.38
COLIMA	480.7	102.67
QUINTANA ROO	429.6	99.73
TLAXCALA	382.8	52.60
AGUASCALIENTES	372.1	58.08
MORELOS	315.9	45.92
QUERETARO	286.5	48.00
EDO MEXICO	235.9	66.70
GUERRERO	229.6	50.11
GUANAJUATO	180.5	43.41

FUENTE: Elaboración en base a datos de la Situación de la Salud en los Estados SSA 1990, y Finanzas Estatales y Municipales INEGI 1989-1990

Un modelo tendiente a la equidad exigiría una relación negativa con un alto nivel de correlación entre estas dos variables (ingresos estatales percápita y aportación federal para el sector salud). Los resultados de la regresión nos da un coeficiente del - 27.4% de correlación y una pendiente negativa (- 0.0286).

$$\text{Aport. Federal Percápita} = 66.00 - 0.0286 \text{ Ingresos Percápita.}$$

Esta relación económica es insuficiente, debido a que también es necesario evaluar la equidad de la distribución de recursos en relación a aspectos involucrados con el servicio de salud, como nivel de cobertura, dispersión poblacional, tasas de mortalidad, entre otros.

B. Análisis Social : En este apartado pretendemos determinar en que medida las aportaciones federales consideran el nivel de servicios de salud y las necesidades propias de cada entidad descentralizada.

Una primera variable a analizar es la tasa de mortalidad infantil, debido a que consideramos que ésta es el indicador de salud más sensible a los aspectos socio-económicos. Otra variable que tratará de medir el nivel actual de servicios es el porcentaje de cobertura, que relaciona la cantidad de usuarios reales entre la cantidad de usuarios potenciales del servicio a población abierta

Estas dos variables se correlacionarán con el nivel de aportaciones federales, para medir su asociación (Cuadro No 11). A simple vista no se puede deducir ningún tipo de asociación entre las variables.

Un modelo de regresión de estas variables nos arroja los siguientes resultados:

Aportación Federal-Tasa Mortalidad Infantil: El grado de asociación entre estas dos variables es del 6.11%, y su fórmula es:

$$\text{Aport. Federal Percápita} = 48.66 + 0.158 \text{ T. mortalidad infantil.}$$

Aportación Federal-Porcentaje cobertura del servicio: La asociación entre estas variables es de -18.89%, y su fórmula es:

$$\text{Aport. Federal Percápita} = 72.66 - 0.323 \text{ Porcentaje de cobertura.}$$

Como podemos deducir de los resultados de la regresión en estas variables, no existe relación entre éstas; es decir que en la determinación de los niveles de aportación federal no se han considerado ni el nivel de mortalidad infantil, ni el nivel de cobertura de los servicios en cada entidad federal.

En conclusión se puede decir que el análisis de regresión nos arroja que el comportamiento de la distribución de recursos federales para el sector salud, no guarda relación con el ingreso

CUADRO No. 11 : RELACION ENTRE APORTACION FEDERAL PERCAPITA
Y LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y COBERTURA.

ESTADO	APOR. FEDERAL PERCAPITA Miles pesos	TASA MORTAL INFANTIL Unidad	COBERTURA SERVICIO %
NUEVO LEON	42.54	17.36	56.67
TABASCO	14.29	25.70	70.30
JALISCO	30.74	24.10	46.90
SONORA	67.59	21.40	45.41
B.CALIFOR. SUR	17.38	20.20	51.90
COLIMA	102.67	25.30	42.25
QUINTANA ROO	99.73	22.90	66.37
TLAXCALA	52.60	49.08	78.60
AGUASCALIENTES	58.08	28.65	43.81
MORELOS	45.92	22.13	74.44
QUERETARO	48.00	32.83	91.00
EDO MEXICO	66.70	37.06	58.61
GUERRERO	50.11	8.05	75.85
GUANAJUATO	43.41	36.60	56.14

FUENTE: Elaboración en base a datos de la Situación de la Salud
en los Estados SSA 1990, y Finanzas Estatales y Municipales INEGI
1989-1990

percápita de los estados; ni mucho menos con las variables sociales analizadas. En el siguiente capítulo se presentarán algunos aspectos que nos permitan un acercamiento a disminuir los efectos negativos de esta situación.

2.2. Autonomía financiera de los estados.

La política de descentralización de los servicios de salud, en uno de sus considerandos señalaba que ésta permitiría a los estados ampliar sus fuentes de financiamiento, o su financiamiento con recursos propios. Según la opinión del Secretario de Programación y Desarrollo del estado de Nuevo León¹⁶, la ampliación se ha dado pero bajo el enfoque del sector central, en la medida que el gobierno federal se está financiando un poco más de las aportaciones de las entidades federativas; pero que esto no se ve reflejado en el monto de recursos que se manejan para definir las participaciones federales. Es decir que no se ha reconocido el esfuerzo de las entidades federativas en aumentar sus ingresos, incrementando la base de las participaciones federales.

Así las entidades federativas descentralizadas ven aumentadas cada vez más sus responsabilidades por la descentralización, pero ésta no es acompañada con más recursos. A la luz del derecho administrativo¹⁷, podría cuestionarse el modelo de descentralización en relación al aspecto financiero. En la medida que el gobierno federal sigue concentrando la fuente de ingresos más grande del país, y que es de allí de donde se tiene que hacer una mejor distribución de los recursos.

¹⁶ CANTU SEGOVIA, Eloy ; Cofinanciamiento de los servicios y programas de salud entre los tres órdenes de gobierno; en el Cambio Estructural. SSA y OPS México 1988.

¹⁷ La descentralización administrativa sin la respectiva descentralización financiera puede hacernos caer en un desconcentración de funciones, en los que permanecen los vínculos jerárquicos y la dependencia financiera de la unidad central.

Revisar: Derecho Administrativo de Gabino Fraga. Edit. Porrúa. México 1985.

mejor distribución de los recursos.

Sabemos que las entidades federativas han perdido capacidad tributaria propia; es decir, que no cuentan con instrumentos fiscales propios, más que en muy reducida medida; la capacidad para fijar impuestos, derechos, productos y aprovechamientos, es limitada en los estados, sobre todo en lo referente a los tipos y niveles de impuestos.

Estas limitantes no son concordantes con una de las estrategias establecidas en el Plan Nacional de Salud en su programa de financiamiento; que es la de ampliar las participaciones estatales y municipales, con apoyos federales en materia de ingresos y políticas fiscales. Considero que esta estrategia no se ha cristalizado en la práctica porque que no se han dictado acciones concretas para su logro; esto requeriría entre otras cosas una reforma en la administración y legislación tributaria estatal.

Tal como lo señalara Martínez Almazán¹⁸; en lo particular las haciendas estatales han enfrentado siempre dos grandes obstáculos que son la escasez de recursos, originado principalmente por las limitaciones constitucionales; y la tradicional debilidad e ineficiencia de su aparato administrativo.

¹⁸ MARTINEZ, Raúl; op. cit. 1988

Las entidades estatales tienen pocas posibilidades de financiarse completamente con recursos propios; y en la realidad utilizan un conjunto de fuentes de financiamiento en diferentes proporciones. Pero para lograr su autonomía fiscal; no sólo deben financiarse de recursos propios sino también pueden hacer uso de recursos federales transferidos no condicionados y predecibles.

2.2.1. Determinación de la autonomía en relación a recursos propios:

El pretender alcanzar la autonomía en base a recursos propios, no es fácil, porque exige una madurez fiscal que en la mayoría de los países de América Latina no se da; y porque además determinados tributos quedan prácticamente fuera del alcance de las entidades federativas, por razones de análisis económico.

En el caso de México, el porcentaje de recursos propios que captan las entidades federativas fluctúa entre el 1.5 y el 29% para los años de 1989 y 1990 (cuadro No 12); y podría decirse que estas cifras no son significativas para pensar en una autonomía financiera estatal en base a recursos propios. Tal como se expusiera en el primer capítulo esto es debido básicamente a restricciones de índole jurídica (Constitución Federal, Constitución de los Estados, Sistema de Coordinación Fiscal, Convenios de Adhesión, y Leyes de ingresos federales y estatales).

Cuadro No. 12 : CLASIFICACION DE INGRESOS TOTALES POR ENTIDAD FEDERATIVA

ENTIDAD	% INGRESOS PROPIOS		% APORTACION FEDERAL		% OTROS INGRESOS		
	AÑO	89	90	89	90	89	90
AGUASCALIENTES		29.4	25.0	66.0	71.6	4.6	3.4
B.C.SUR		1.5	2.5	81.5	79.7	17.0	17.8
COLIMA ***		7.2	6.1	72.2	70.2	20.6	23.7
GUANAJUATO		12.7	20.0	77.7	74.3	9.6	5.7
GUERRERO *		8.6	7.2	43.9	57.3	52.5	35.5
JALISCO *		10.8	11.9	39.3	36.4	49.9	51.7
MEXICO **		13.4	16.9	69.2	76.2	17.4	6.9
MORELOS		21.1	24.2	71.7	72.1	7.2	3.7
NUEVO LEON *		6.9	11.7	26.1	22.7	67.0	34.4
QUERETARO		10.7	14.3	85.4	81.9	3.9	3.8
QUINTANA ROO		21.4	9.6	65.3	68.1	13.3	22.3
SONORA ***		11.9	11.7	73.9	74.5	14.2	13.8
TABASCO		11.6	8.4	88.2	91.4	0.2	0.2
TLAXCALA *		14.3	7.8	62.9	78.9	22.8	13.3

Fuente : Finanzas Públicas Estatales y Municipales de México, 1989-1990. INEGI.

* En el rubro de otros el mayor % corresponde a ingresos por cuenta de terceros.

** En el rubro de otros el mayor % corresponde a deuda pública.

*** En el rubro de otros el mayor % corresponde a disponibilidades.

2.2.2. Determinación de la autonomía en relación a transferencias:

Las transferencias financieras representan el mayor porcentaje de recursos para este servicio, y su manejo se encuentra sujeto a las normas establecidas por la SSA¹⁹. En la elaboración del presupuesto se tiene cierta autonomía para cuantificar el nivel de servicios, pero en su ejercicio se limitan a gastar de acuerdo a la clasificación por objeto de gasto definida en los presupuestos.

Es decir nos encontramos ante lo que en teoría se denomina transferencias destinadas a reembolsar el importe de determinados gastos. Si bien este tipo de transferencias son muy útiles, sobre todo al inicio de los procesos de descentralización, porque permite un equilibrio entre las nuevas competencias y los recursos necesarios para llevarlas a cabo; su permanencia a lo largo del tiempo es negativa y hace peligrar el éxito de las políticas de descentralización.

Este tipo de transferencias se caracterizan por una gran dependencia de la administración central y por su alto grado de condicionalidad, ya que los fondos recibidos han de destinarse a un uso previsto.

¹⁹ Según el Manual de Elaboración Presupuestal de la SSA:

- Los gobiernos estatales, promocionarán y vigilarán la aplicación por parte de las jurisdicciones y unidades aplicativas, de las normas y lineamientos metodológicos provenientes del nivel central y de los propios ejecutivos estatales; debiendo formular, integrar y operar los programas y presupuestos.

- El nivel estatal deberá asegurar la congruencia de los programas y presupuestos anuales en los programas estatales de atención a población abierta. Asimismo verificará la correspondencia y complementariedad de dichos programas con otras instituciones que persiguen objetivos comunes.

Por lo expuesto es impostergable que se revierta esta situación; pero el cambio va a depender en gran medida del apoyo que preste el gobierno federal para las reformas necesarias en materia de legislación tributaria y fiscal; que son los pilares para cimentar un nuevo sistema de recaudación estatal que le permita un mayor flujo de recursos monetarios.

Asímismo se hace necesario que los estados revisen y/o reformulen sus instrumentos y mecanismos administrativos financieros a fin de que incrementen su eficiencia; mejoren sus estructuras, sistemas y procedimientos; se concientice al personal a fin de que adopte una actitud creadora, diligente y responsable.

2.3. Eficiencia en el uso de los recursos.

2.3.1. Sistemas de Coordinación Sectorial e Institucional

Una de las metas que en materia de coordinación tiene el sistema Nacional de Salud y la Secretaría de Salud como conductora de dicho sistema, es la de lograr una eficaz coordinación funcional entre las instituciones que forman parte del sector y las instituciones de otros sectores que tienen relación directa o indirecta con la salud de la población.

Si bien se han logrado algunas mejoras en la coordinación sectorial e institucional; no es mucho lo avanzado, aún falta afianzar los mecanismos de coordinación, para que sea una acción permanente y no solo coyuntural como producto de emergencias que ponen en peligro la salud. Se han concretizado acciones en materias de coordinación de recursos humanos, información sobre salud, planificación familiar, vacunación, entre otros. Dándose con mayor fuerza a nivel estatal y federal

El diagnóstico realizado por la actual administración, puso de manifiesto de que las jurisdicciones sanitarias enfrentaban el problema de escasa coordinación interinstitucional e intersectorial, la cual era agravada por las diferencias en la regionalización de los servicios que tienen otras instituciones de

salud²⁰.

Este problema se hace más relevante cuando se le visualiza desde el punto de vista financiero; en la medida que las deficiencias en la coordinación producen paralelismos y duplicidades innecesarias, que restringen aún más la disponibilidad de recursos.

Se tiene evidencia de la escases, pero no se tiene conciencia del despilfarro de los recursos destinados al sector. A pesar de la difícil cuantificación que esto implica, según la apreciación de algunos, el uso ineficiente de los recursos para la salud en todos sus niveles representa una subutilización del orden del 25% de la inversión total en salud²¹.

La importancia de la coordinación intersectorial se deriva del principio de que el sector salud por sí solo no puede solucionar en su totalidad los problemas de salud de la población de su área de responsabilidad, y de que, por otra parte, las acciones que se refieren al cuidado de la salud no son monopolio de dicho sector, sino que en ellas intervienen y deben intervenir muchos otros actores sociales.

²⁰ GUTIERREZ G. y SANTACRUZ J; El desarrollo de las jurisdicciones sanitarias. Revista Higiene. Volumen I Nro I. Mexico 1993.

²¹ ASDRUBAL A, Luis; Mecanismos de financiamiento de los Sistemas Locales de Salud. En Revista Higiene; Volumen I Nro.1. México 1993.

2.3.2. Estructuración del gasto en el presupuesto estatal.

En los últimos años se ha venido dando un crecimiento en los gastos de los servicios de salud a nivel internacional. Este comportamiento según la O.M.S. es debido a diversas razones, como: creciente utilización de los servicios, costos mayores por mejora en tecnología, y aumento en las aspiraciones de la población.

De este incremento importa distinguir entre la elevación de los costos por unidad de servicio y la elevación general de los gastos sanitarios. El aumento de los costos por unidad de servicio puede contenerse un poco adoptando técnicas más eficaces en relación a su costo; y una vez contenidos estos costos, el gasto general sólo debe aumentar como resultado de la ampliación de la cobertura en cantidad o del mejoramiento de la calidad.

Si bien las premisas detalladas en los párrafos anteriores son posibles de realizar; el diagnóstico arroja que el desempeño del sector está un poco alejado de las mismas. Esto debido a que se orienta el gasto a rubros no prioritarios y poco productivos.

El análisis de composición del gasto en los estados descentralizados en el período 1989-1992, nos arroja una preponderancia de recursos asignados a los programas de curación 62.15%, mientras que a los programas de prevención se dedica sólo un 12.38%. Asimismo el porcentaje de recursos asignado a gastos administrativos alcanza un 21.37%. (Cuadro No. 13).

CUADRO No 13 : GASTOS PORCENTUALES PROMEDIO POR PROGRAMA DE LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS

AÑO	89	90	91	92
PROGRAMA	(%)	(%)	(%)	(%)
SUSTANTIVO	76.08	75.30	76.11	70.68
- PREVENCIÓN	11.40	12.56	13.79	11.80
- CURACIÓN	64.68	62.74	63.32	58.88
ADMINISTRATIVO	20.73	22.39	21.38	21.01
OTROS	3.19	2.30	2.51	8.31

FUENTE : Situación de los Estados 1989-1992. SSA.

PROGRAMAS SUSTANTIVOS:

- 1) Prevención :
 - Control de enfermedades transmisibles.
 - Detección oportuna.
 - Planificación familiar.
 - Orientación para la salud.

- 2) Curación :
 - Consulta externa General.
 - Consulta externa especializada.
 - Hospitalización General.
 - Hospitalización especializada.
 - Rehabilitación.
 - Atención de urgencias.

OTROS PROGRAMAS:

- Fomento y regulación de la capacitación.
- Fomento y regulación de la salud.

2.3.3. Sistema de Planeación, y evaluación financiera.

Con el propósito de lograr una mayor eficiencia en el desarrollo de las políticas, estrategias y objetivos del Programa Nacional de Desarrollo, la SSA, a través de la Dirección General de Evaluación, planteó la modificación del sistema de evaluación en salud y el establecimiento de indicadores que comprendan los principales programas y servicios a cargo de la secretaría.

El listado de indicadores para la evaluación institucional de los servicios de salud contiene 453 ítems en total, de los cuales en el punto 2 encontramos los correspondientes a recursos financieros tanto a nivel federal, estatal, jurisdiccional como local. Los indicadores que nos interesa analizar para efectos de nuestro estudio son los que evalúan la gestión estatal, que suman 18, de un total de 23 indicadores destinados a evaluar el uso de los recursos financieros. (Cuadro No. 14).

Considero que estos indicadores son insuficientes no sólo en cantidad sino sobre todo en calidad; debido a que en su mayoría miden la relación entre lo ejercido y lo presupuestado ya sea por programas, instituciones, unidades, capítulos y otros. Ninguno pretende medir el nivel de servicios brindados en relación a los recursos asignados; es decir qué tan eficiente ha sido el uso que se ha dado a cada peso recibido.

CUADRO No 14 : INDICADORES DE EVALUACION A LOS ESTADOS POR EL USO DE RECURSOS FINANCIEROS.

INDICADORES	FORMULA PARA SU CALCULO	SIGNIFICADO	PERIODICIDAD
% GASTO EN SALUD POR INSTITUCION EN RELACION AL PIB.	$\frac{\text{GASTO POR INSTIT.}}{\text{P. I. B.}} \times 100$	REPRESENTA LA PARTE DE LOS RECURSOS ECONOMICOS DEL PAIS DESTINADOS A SALUD POR INSTITUCION.	ANUAL
PARTICIPACION POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO	$\frac{\text{FUENTE DE FINANC.}}{\text{GASTO TOTAL}} \times 100$	INDICA POR FUENTE EL FINANCIAMIENTO EN EL GASTO TOTAL	ANUAL
COBERTURA FINANCIERA	$\frac{\text{PRESUPUESTO ASIGN.}}{\text{PRESUPUESTO SOLIC.}} \times 100$	CUANTIFICA EL GASTO OTORGADO RESPECTO AL SOLICITADO.	ANUAL
EJERCICIO REAL DEL PRESUPUESTO	$\frac{\text{PRESUP. EJERCIDO}}{\text{PRESUP. AUTORIZADO}} \times 100$	INDICA LA DESVIACION RESPECTO A LA AUTORIZACION INICIAL	ANUAL
MARGEN DE DESVIACION PRESUPUESTAL.	$\frac{\text{PRESUP. MODIFIC.}}{\text{PRESUP. AUTORIZ.}} \times 100$	INDICA LA DESVIACION ENTRE PRESUPUESTO AUTORIZADO Y EL MODIFICADO.	TRIMES
ECONOMIA PRESUPUESTAL	$\frac{\text{PRESUP. EJERCIDO}}{\text{PREUP. MODIFI.}} \times 100$	CUANTIFICA LAS ECONOMIAS OBTENIDAS.	TRIMES
PARTICIPACION PROGRAMATICA DEL PRESUPUESTO ASIGNADO.	$\frac{\text{PRESUP. ASIG X PRO}}{\text{PRESUP. ASIG. TOTAL}} \times 100$	INDICA LA ASIGNACION PRESUPUESTAL POR PROGRAMA	ANUAL
INDICE DE GASTO POR PROGRAMA	$\frac{\text{GASTO EJER X PROGR.}}{\text{GASTO EJER TOTAL}} \times 100$	INDICA EL GASTO EFECTUADO POR PROGRAMA.	ANUAL
DENSIDAD ECONOMICA DEL GASTO.	$\frac{\text{GASTO X CAPITULO}}{\text{GASTO TOTAL}} \times 100$	INDICA LA NATURALEZA DEL GASTO	ANUAL

FINANCIAMIENTO POR UNIDAD.	GASTO UNIDAD -----X 100 GASTO TOTAL	INDICA LA DISTRIBUION DEL GASTO POR UNIDAD	ANUAL
FINANCIAMIENTO POR SUBUNIDAD	GASTO SUBUNIDAD -----X 100 GASTO UNIDAD	CUANTIFICA POR SUBUNIDAD LA PROPORCION DEL GASTO.	ANUAL
PROMEDIO DEL GASTO POR SUBUNIDAD.	GASTO SUBUNIDADES -----X 100 NRO SUBUNIDADES	MONTO PROMEDIO DEL GASTO POR CADA SUBUNIDAD ADMINISTRATIVA.	ANUAL
INDICE DE AUTONOMIA FINANCIERA	GASTO OPERACION ----- X 100 GASTO TOTAL	PORCENTAJE DESTINADO A LA ATENCION DIRECTA DE LOS SERVICIOS	ANUAL
GASTO POR PERSONA DE RESPONSABILIDA D	GASTO TOTAL ----- X 100 POBLAC.DE RESP.	INDICA EL MONTO DISPONIBLE POR HABITANTE DE RESPONSABILIDAD	ANUAL
PARTICIPACION ECONOMICA DEL GASTO	GASTO CORRIENTE ----- X 100 GASTO TOTAL	PORCENTAJE DESTINADO A LA OPERACION PERMANENTE Y REGULAR DE LOS SERVICIOS.	ANUAL
GASTO DE OPERACION POR CONSULTORIO	GASTO OPER.1 NIVEL -----X 100 No. CONSULTORIOS	INDICA EL MONTO REQUERIDO PARA OPERAR UN CONSULTORIO.	ANUAL
GASTO DE OPERACION POR CAMA	GASTO OPER.2 NIVEL -----X 100 No. CAMAS	INDICA EL MONTO REQUERIDO PARA LA OPERACION DE UNA CAMA.	ANUAL
PORCENTAJE DE CUOTAS DE RECUPERACION.	INGRESOS X CUOTAS -----X 100 TOTAL DE INGRESOS PROG. POR CUOTAS	PORCENTAJE DE CUOTAS INGRESADAS EN RELACION A LAS QUE SE ESPERABAN	ANUAL

FUENTE : Manual de Indicadores de Evaluación de la Dirección de Programación , Estadística y Evaluación. SSA.

Si bien ésta es una evaluación difícil de establecer, creo que existen algunos elementos que nos permitirán arribar a indicadores que logren medir los progresos que se den en los niveles de salud de cada estado a través de una comparación entre los porcentajes de cobertura, índices de mortalidad, acceso y uso de servicios, de un período de gestión a otro.

Asímismo el procedimiento establecido para la evaluación es muy rígido; donde en cada nivel se tienen establecidas determinadas funciones orientadas básicamente a comparar y/o justificar diferencias entre lo presupuestado y lo ejercido, sin considerar una vez más el nivel de servicios.

Por último observamos que la mayoría de los indicadores que se manejan son anuales, lo cual no facilita una rápida retroalimentación para realizar oportunamente los ajustes necesarios durante el período de gestión.

CAPITULO III : PROPUESTA PARA EL SISTEMA DE GESTION FINANCIERA.

3.1. ASPECTOS GENERALES DE LA PROPUESTA.

La posibilidad de fortalecer la disponibilidad de recursos financieros en los niveles estatales constituye un proceso especialmente complejo debido a que para efectivizar la voluntad política descentralizadora en cualquiera de sus aspectos es necesario un proceso de reformas normativas y legales, que en el caso de salud, no es posible hacerlo solamente por decisión y voluntad propia de las autoridades del sector, ya que existe una serie de coordinaciones que trascienden e involucran a otras instituciones y sectores.

El problema que se plantea dentro de los tan invocados esquemas descentralizadores, es en la reubicación real de los recursos, de manera que los niveles estatales puedan disponer de los mismos, de acuerdo a sus propias programaciones, prioridades, y necesidades de salud, antes que según lo dispuesto por el nivel central.

Una mejora en la gestión financiera estatal deberá tener como soporte básico la suficiencia de recursos para asumir las responsabilidades inherentes a dicha gestión, en un marco de equidad en la distribución de recursos y de autonomía financiera para el manejo de los mismos. Además cada entidad deberá garantizar un eficiente uso de los recursos recibidos; mediante mecanismos de coordinación, orientación del gasto a aspectos más productivos y practicando adecuados sistemas de control y evaluación.

3.2. AMBITOS INVOLUCRADOS EN LA PROPUESTA.

La propuesta planteada en este capítulo ha sido estructurada en base a las conclusiones obtenidas del diagnóstico de la gestión financiera estatal de los estados descentralizados. El cual se orientó básicamente a cuantificar la equidad en la distribución de recursos federales, el grado de autonomía financiera estatal, y la eficiencia en el uso de recursos asignados.

3.2.1. PROPUESTA ORIENTADA A ALCANZAR LA EQUIDAD SOCIAL.

El disminuir la actual inequidad existente en los servicios de salud ha sido continua preocupación de propios y extraños; pero en muchos casos se convierte en una mera formulación probabilística, perdiéndose de vista que la condición de equidad es una postulación política y social que se sustenta como un componente principal e innegociable de las transformaciones sociales postuladas por los procesos de democratización de las sociedades de la región de América Latina y por su complemento la propuesta de la O.M.S. Salud para todos en el año 2000.

La evidente complejidad y especificidad técnica de los análisis que se requieren para el diseño de estrategias de financiamiento con equidad, los coloca fuera del área de destreza y experiencia del administrador en salud, sin embargo tampoco pueden ser realizados exclusivamente por expertos especializados en el campo correspondiente de la disciplina económica: requiere el trabajo

coordinado de ambas áreas de conocimiento y experiencia, complementadas por el campo propio del análisis político-social.

Adicionalmente debemos tener en cuenta las estrechas relaciones entre el proceso de financiamiento sectorial y la economía del país, cualquier planteamiento debe estar acorde con las políticas generales de desarrollo económico y social del país, de no ser así estas medidas serían inoperantes, inocuas e inadecuadas.

La perspectiva del análisis del financiamiento de los sistemas de salud desde la óptica de la equidad, surge como una consecuencia natural cuando el financiamiento es pensado como un instrumento y una manifestación del poder²¹. En lugar de analizar el problema en términos de quién y qué decide, se le debe focalizar desde el punto de vista particular de los intereses y necesidades de salud de los espacios-población postergados.

Lo que interesa desde este punto de vista es conocer :

- quiénes, cómo y en cuánto financian al sistema de salud.
- quiénes, cómo y en cuánto son financiados para producir los servicios que los diferentes espacios-población reciben.
- la composición en tipo y calidad de los servicios producidos en este proceso, según los espacios-población de que se trate.

²¹ BARNECHEA, José. op. cit. pp. 199.

El planteamiento de nuestra propuesta para disminuir la brecha existente en la distribución de recursos financieros entre los estados descentralizados, tiene tres aspectos: condiciones de salud, participación social, y nivel económico del estado.

Estamos conscientes que este tipo de planteamientos tienen muchas limitaciones por el tipo de variables que involucran, por lo cual nuestra propuesta es sólo un acercamiento orientado a transitar en el controvertido y espinoso camino de la equidad de los servicios sociales en general.

1) Participación social: La participación de la sociedad en el nivel de la producción de servicios de salud, es necesaria como una forma de control social sobre la conducción de este sistema , ya que permite transmitirle la transparencia necesaria para el proceso de democratización de las instituciones; y a su vez permite una disminución significativa de las inequidades que actualmente se presentan en los sistemas de salud.

Cuando la población participa como un agente productivo, puede darse dos situaciones:

i. Si la población es "usada" como un recurso del sistema de salud para abaratar los costos, ésta es una falsa participación que se da diferencialmente. En general son los postergados los que debe desempeñar ese papel, el que no es

exigido a los grupos privilegiados; resultando así en un agravamiento real de la inequidad del sistema.

ii. Si la población como actor protagonista se apropia de un espacio que le es propio e influye sobre el sistema transfiriéndole sus saberes y culturas, que pasan a formar parte de los procesos institucionales; esta modalidad si constituye una participación genuina que permite un mejor acercamiento a la situación y necesidades de la población aludida; y por ende a una mayor equidad.

Este segundo tipo de participación social es el que pretendemos plantear en nuestra propuesta, aún cuando la experiencia indica que se da muy difícilmente y sólo como actos aislados. Asimismo es necesario mencionar que no es un proceso de corto plazo, que va a requerirse de un esfuerzo general para pasar de una falsa participación donde la población sólo es usada, a la verdadera participación tal como se plantea en el presente.

2) Condiciones de Salud: Este aspecto a su vez involucra varios elementos que requieren ser definidos, estructurados y orientado a la equidad. En el desarrollo del diagnóstico señalamos que la equidad que proponemos alcanzar es la diferenciada, que es la que busca una distribución de los recursos en proporción directa a las necesidades de salud de cada entidad.

En este punto es necesario definir el tipo de necesidad que nos interesa manejar; y para efectos de nuestra propuesta retomaremos el tipo de necesidad comparativa²²; que resulta del análisis de las características de personas que reciben servicios y de la identificación de personas con las mismas características pero que no reciben el servicio. La cuantificación de la necesidad vendría a ser la diferencia en servicio entre ambos grupos de personas.

Específicamente la necesidad podría ser calificada tanto en términos cuantitativos como cualitativos. En términos cuantitativos se tendría que considerar la población que es usuaria del servicio en relación a la población que lo demanda, cantidad de personal médico, paramédico y auxiliar, capacidad de las instalaciones, niveles de materiales e insumos médicos. En términos cualitativos deberá señalarse la diferencias en calidad de servicios, nivel del personal médico, auxiliar y paramédico, tipo de servicios que se pueden prestar las instalaciones, calidad de materiales e insumos.

Asímismo, es necesario resaltar que la distribución de los recursos deberá considerar las diferencias existentes entre las entidades federativas en relación a indicadores básicos de salud,

²² Existen otros tipos de necesidades; retomando a Donabedian, se tiene cuatro formas de definir las necesidades sociales:

Necesidad normativa; que es la necesidad definida por expertos y que resulta al comparar una situación deseable con la real de una persona. La necesidad vista de esta forma no es absoluta, es el resultado de un juicio de valor por lo que puede variar dependiendo del tipo de experto que desarrolló la norma.

Necesidad sentida; se considera que existe la necesidad de un servicio cuando la gente así lo percibe. Es una medida que no refleja la necesidad real ya que está limitada por las percepciones individuales.

Necesidad expresada o demandada; es la necesidad sentida traducida en una acción concreta; sin embargo no toda necesidad sentida se traduce en una demanda, la que puede haber sido satisfecha o no. Donabedian, Avedis; Calidad en la atención Médica. 1era edición. INSP México 1990.

como son :

- Tasa de mortalidad infantil.
- Tasa de mortalidad general.
- Tasa de Natalidad.
- Grado de cobertura de servicios.

La asignación de los recursos deberán estar orientados a mejorar el nivel de estos indicadores, otorgándose en mayor cuantía a las entidades que estén más afectados por esta situación.

3) Nivel económico de la entidad federativa: Este elemento estará identificado con el nivel de ingresos o producto bruto interno de cada entidad. La distribución de recursos financieros federales deberá ser orientado a :

i) resarcir las diferencias económicas entre los estados, en la medida que no todos tienen la misma capacidad de captación de ingresos debido a las desigualdades en la riqueza de recursos naturales, ubicación geográfica, grado de desarrollo urbano e industrial entre otros. Las aportaciones federales deberán ser inversamente proporcionales al nivel de ingresos estatales.

ii) Alentar el esfuerzo fiscal en las entidades federativas para incrementar sus ingresos propios; pero con el respaldo de

las modificaciones en la legislación tributaria y fiscal que se requieran. Se otorgará ciertos montos financieros adicionales a los estados que demuestren esfuerzo en esta materia.

iii) Buscar otras fuentes de financiamiento para el sector:

- aportación de asegurados con mayor nivel económico.
- contribución de empresas que producen productos que afectan la salud.
- cuotas de recuperación diferenciadas según ingresos.
- impuestos especiales dedicados al sector salud; sobretodo a los productos nocivos a la salud.
- ingresos por incautación de bienes a narcotraficantes de drogas.

3.2.2. PROPUESTA ORIENTADA A LOGRAR LA AUTONOMÍA FINANCIERA:

Este conjunto de aportaciones están agrupadas en dos acápites y que son la autonomía en la recaudación de ingresos y la autonomía en el gasto estatal.

1) AUTONOMIA EN LA RECAUDACION DE INGRESOS ESTATALES.

Este aspecto es de primordial relevancia, ya que un verdadero proceso de descentralización debe garantizar a sus entes subnacionales un conjunto de ingresos propios que permitan su autonomía financiera. En el caso mexicano para alcanzar este objetivo se hacen necesarias varias modificaciones a los

instrumentos jurídicos-normativos que actualmente rigen las finanzas públicas federales y estatales. Particularmente es conveniente destacar algunos de ellos, en los que se estaría basando la propuesta.

a. Ley de Coordinación Fiscal: se plantea una revisión detallada de las reglas que rigen las participaciones estatales, destacando que éstas guarden cierta asociación con las necesidades sociales propias de cada entidad federativa.

b. Ley del Impuesto al Valor Agregado: Actualmente la ley señala la prohibición expresa para los estados que se encuentran adheridos al Sistema de Coordinación Fiscal de no gravar todo lo que queda afectado al paso del IVA, para cumplir con esta norma, los estados vienen ajustando sus respectivas disposiciones jurídicas. Pero esto de ningún modo ayuda a la autonomía estatal, es necesario cambiar de modo sistemático esta situación para que las entidades federativas vayan adquiriendo la necesaria autonomía fiscal.

c) Ley de Impuesto Especial sobre Producción y Consumo : De igual modo los estados que se encuentran adheridos al SNCF no pueden gravare determinados bienes son: cerveza, bebidas alcohólicas, alcohol, aguardientes, tabaco, gasolina y diesel.

Es necesario revertir esta situación, y paulatinamente dar libertad a los estados para empezar a gravar algunos de estos

productos; especialmente estaríamos planteando que parte de los ingresos por impuestos a productos dañinos a la salud se destinará a este sector, como una manera simbólica de subsanar el daño que ocasionan dichos productos.

d) Ley del Impuesto sobre Tenencia y Uso de Vehículos : Este impuesto es materia de colaboración administrativa entre la federación y los estados y está a su vez relacionado con la coordinación en adquisición de bienes inmuebles.

Los ingresos de este impuesto deberán asignar un monto al presupuesto estatal del sector salud; fundamentando que el uso de vehículos en cierto grado es un peligro latente para la integridad física de los transeúntes, y que en algunos casos ocasionan accidentes que implican gastos sustantivos para el sector; asimismo son entes contaminadores que contribuyen a la producción de ciertas enfermedades respiratorias y alérgicas.

e) Ley de Ingresos de la Federación : En concordancia a los planteamientos de modificación, es necesario también una revisión de este instrumento jurídico-normativo; ya que de alguna manera afecta la facultad impositiva de los estados y el cálculo de su participación de los ingresos federales.

En resumen, esta parte de la propuesta pretende garantizar el principal elemento de la autonomía financiera estatal que es la

autonomía en la recaudación y su relación con el presupuesto estatal del sector salud. Este elemento permitirá no caer en la irresponsabilidad fiscal y en la permanente dependencia de los ingresos federales.

2) AUTONOMIA EN EL GASTO ESTATAL EN SALUD.

Entre las medidas principales para alcanzar este objetivo se plantea modificar el sistema de subvenciones a las entidades federativas, y una mayor flexibilidad en el manejo presupuestal del sector a nivel estatal.

a) **Modificación en el sistema de subvenciones.**

i. Considerando el objetivo de Salud para Todos en el año 2000 planteada por la O.M.S.

Dentro de los tipos de subvenciones planteadas por Musgrave²³; las que se adaptan a este planteamiento son las subvenciones de base, que se utiliza cuando el objetivo es igualar la aportación estatal para ofrecer un nivel mínimo de servicio, que en este caso es la atención primaria a la salud.

$$Si = C \times N - (t \times B + Ae) ; \text{ donde :}$$

²³ MUSGRAVE, Richard. op. cit. Los otros tipos de subvención según este autor son : SUBVENCIONES UNIFORMES : Estas subvenciones incluye pagos fijos por parte de la federación a las entidades estatales por cada usuario del servicio otorgado. SUBVENCIONES DE IGUALACION PORCENTUAL: Es una compensación que permite el nivel de servicios que desee establecer la entidad federativa. La tasa de compensación federal disminuye al aumentar el valor asignado por usuario de la entidad.

S_i = Monto de la subvención.

C = costo del servicio por usuario.

N = nro. de usuarios.

A_e = aportación estatal.

t = cuota de recuperación.

B = usuario que paga cuotas.

ii. De acuerdo al nivel de servicios establecido por cada entidad federativa.

El sistema de subvenciones apropiado es el de igualación de capacidad de las entidades; que tienen como objetivo igualar el ingreso por usuario que obtienen las entidades federativas como consecuencia de la aplicación de un determinado tipo impositivo, o en nuestro caso por las aportaciones estatales y las cuotas de recuperación.

$$S_i = t_i \times (B_a - B_i) \quad ; \quad \text{donde :}$$

t_i = tasa impositiva local.

B_a = valor medio de ingreso por usuario promedio nacional.

B_i = valor medio de ingreso por usuario de la entidad.

b) Flexibilidad en el uso de recursos presupuestales; actualmente el manejo de los recursos financieros a nivel estatal debe cumplir una serie de normas establecidas por el nivel central, restándoles

de esta manera libertad para la movilización de recursos de un rubro de gastos a otro, de un programa a otro.

Dentro de las organizaciones públicas el presupuesto es el indicador más visible del bienestar y del status de la

organización. Asimismo los funcionarios públicos tienen múltiples objetivos en la administración de sus recursos, que muchas veces son conflictivos, y los más resaltantes son : incrementar la cantidad de recursos, así como mantener autonomía y control sobre los recursos.

Las estrategias básicas para lograr crecimiento y estabilidad y a la vez tener autonomía y control sobre los recursos son:

1) mantener una amplia gama de fuentes de financiamiento, no depender de una sola fuente, a no ser de recursos propios y autónomos. Lo primero es identificar las que se tienen y luego acceder a nuevas, tratando de tener algún control sobre ellas.

2) Esforzarse para alcanzar recursos predecibles; a fin de evitar la incertidumbre en sus disposición; pero evitar el encasillamiento de los mismos en rubros previamente definidos.

3) Promover un mayor margen de movilidad de los recursos de un rubro a otro y de un programa a otro.

3.2.3. PROPUESTA ORIENTADA A INCREMENTAR LA EFICIENCIA EN EL MANEJO DE RECURSOS FINANCIEROS.

Este grupo de propuestas se basan en la necesidad de eficientar el manejo de recursos como una forma indirecta de financiamiento, debido a una mayor disponibilidad de los mismos; y se presentan en tres aspectos:

1) Estrategias de coordinación interorganizacional:

La mayor diferencia entre las organizaciones públicas y las privadas se da en que las estrategias de la administración pública son frecuentemente estrategias interorganizacionales, las que requieren el reconocimiento de interdependencia organizacional y la consecución de la cooperación entre organizaciones.

a) identificación de las organizaciones con las que se va a trabajar, en base a tres aspectos o características :

- Regularidad del contacto; regular, ocasional, infrecuente.
- Grado de formalización; estatutos, normas, costumbre.
- Red de conflicto-cooperación; cooperativas o conflictivas.

b) Promover a cada parte de la organización en uno de los servicios de la red interorganizacional, para poder crear una atmósfera de cooperación necesaria para arribar a las metas del conjunto organizacional.

c) Trabajar rápido y con resultados visibles; debido a que se tiene mucha más presión que en una organización individual se requiere de rapidez en base a cooperación y de un claro indicador de éxito que concretice el cumplimiento de los objetivos.

d) Anticipar el lado negativo de los efectos de la coordinación; esto debido a que no siempre diferentes personas de diferentes organizaciones con diferentes intereses pueden trabajar en armonía.

e) Reconocer los límites de la coordinación; La coordinación se basa en la premisa que el esfuerzo del grupo producirá una suma positiva como resultado, al menos algunos participantes mejorarán sus resultados y ninguno los empeorará.

2) Mecanismos de evaluación.

Para poder evaluar la calidad de un servicio público, es necesario especificar sus objetivos y los medios más deseables para alcanzarlos. En el servicio de salud el objetivo es lograr el mayor grado de conservación, restauración y promoción de la salud que se pueda en relación a los recursos disponibles como son los humanos, físicos y financieros.

El tipo de evaluación que nos interesa analizar es la de los resultados del servicio de salud en relación a los recursos

financieros gastados (evaluación de resultados²⁴). Los resultados de estos servicios estarían cuantificados en una disminución de la tasa de mortalidad infantil, incremento del porcentaje de cobertura, incremento de gastos en prevención, disminución de los costos administrativos entre otros.

En el Cuadro No 15 se plantean algunos indicadores adicionales a los que maneja la Dirección de Evaluación de la SSA, que están orientados a evaluar el manejo de recursos financieros en relación a la población, nivel de servicios y algunos indicadores básicos de los servicios de salud.

²⁴ Existen tres aproximaciones de evaluación de un servicio o programa, que son: 1. Evaluación de la estructura; hace mención a todos los atributos materiales y organizacionales de los que se proporciona para la atención.
2. Evaluación del proceso; incluye todo lo que los otorgadores del servicios hacen por los usuarios, así como la habilidad con lo que se llevan a cabo.
3. Evaluación de los resultados; hace referencia a lo que se obtiene para el usuario del servicio, un resultado que supone algún cambio en el estado de salud.

CUADRO No 15 : INDICADORES PROPUESTOS PARA LA EVALUACION DEL USO DE RECURSOS FINANCIEROS EN LOS ESTADOS.

INDICADORES	FORMULA PARA SU CALCULO	SIGNIFICADO	PERIODICIDAD
PARTICIPACION EN EL GASTO DE SALUD DEL ESTADO.	$\frac{\text{APORT. ESTATAL}}{\text{GASTO TOTAL}} \times 100$	CUANTIFICA EL PORCENTAJE DE LA PARTICIPACION DEL GOBIERNO ESTATAL EN EL GASTO DE SALUD.	ANUAL
% GASTO ESTATAL EN SALUD EN RELACION AL PIB. ESTATAL.	$\frac{\text{GASTO ESTATAL EN SALUD}}{\text{P. I. B.}} \times 100$	REPRESENTA LA PARTE DE LOS RECURSOS ECONOMICOS DEL ESTADO DESTINADOS A LA SALUD.	ANUAL
GASTO PROMEDIO POR UNIDAD DE SERVICIO. SEGUN TAMAÑO Y COMPLEJIDAD.	$\frac{\text{GASTO TOTAL}}{\text{NRO UNIDADES}} \times 100$	PROMEDIA EL RECURSO FINANCIERO UTILIZADO EN CADA UNIDAD.	TRIM.
GASTO PROMEDIO POR CONSULTA OTORGADA.	$\frac{\text{GASTO TOTAL}}{\text{NRO CONSULTAS}} \times 100$	NOS DA EL VALOR PROMEDIO DEL COSTO DE UNA CONSULTA.	TRIM.
GASTO ADMINISTRATIVO EN RELACION AL TOTAL.	$\frac{\text{GASTO ADM.}}{\text{GASTO TOTAL}} \times 100$	REPRESENTA EL PORCENTAJE DE LOS RECURSOS EN GASTOS ADMINISTRATIVOS.	TRIM.
GASTO EN PREVENCIÓN EN RELACION AL TOTAL.	$\frac{\text{GASTO PREVENC.}}{\text{GASTO TOTAL}} \times 100$	ES EL PORCENTAJE DEL GASTO ASIGNADO AL RUBRO DE PREVENCIÓN.	TRIM.
GASTO EN EL RUBRO DE OPERACION EN RELACION AL TOTAL.	$\frac{\text{GASTO OPERACION}}{\text{GASTO TOTAL}} \times 100$	ES EL PORCENTAJE DEL GASTO ASIGNADO A LAS ACCIONES DE OPERACION	TRIM.
PRESUPUESTO POR POBLACION DE RESPONSABILIDAD	$\frac{\text{PRESUP. AUTORIZADO}}{\text{POBLACION RESPONS.}}$	INDICA EL MONTO DE PRESUPUESTO AUTORIZADO PERCAPITA.	TRIM.

PRESUPUESTO SOLICITADO POR POBLACION DE RESPONSABILIDAD	PRESUP. SOLICITADO ----- POBLACION RESPONS.	INDICA EL MONTO DE LOS RECURSOS SOLICITADOS PERCAPITA.	TRIM.
VARIACION PRESUPUESTAL EN RELACION A LA VARIACION DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	VAR. PRESUPUESTAL ----- VAR. MORT. INFANTIL	NOS DA UNA IDEA DE LA CONCORDANCIA ENTRE UNA VARIACION EN EL PRESUPUESTO Y EN LA TASA MORTALIDAD INFANTIL.	ANUAL
VARIACION PRESUPUESTAL EN RELACION AL INCREMENTO DE LA COBERTURA.	VAR. PRESUPUESTAL ----- VAR. COBERTURA SERV.	NOS DA UNA IDEA DE LA CONCORDANCIA ENTRE EL PRESUPUESTO Y LA COBERTURA.	ANUAL
VARIACION PRESUPUESTAL EN RELACION A LA TASA DE MORBILIDAD.	VAR. PRESUPUESTAL ----- VAR. TASA MORBILIDAD	NOS DA UNA IDEA DE LA CONCORDANCIA ENTRE EL PRESUPUESTO Y LA TASA DE MORBILIDAD.	ANUAL

3.3. ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA PROPUESTA.

La propuesta en términos generales involucra a los catorce estados que tienen sus servicios de salud descentralizados; debido a que según los resultados de las entrevistas y algunas encuestas desarrolladas es posible, en cierta medida, homogenizar la problemática de la gestión financiera, aún cuando siempre existan algunas características particulares de los estados.

Asímismo este planteamiento presenta algunas limitaciones, entre las que podemos destacar:

- Es sólo una aproximación a lo que representa un eficiente sistema de gestión financiera descentralizada a nivel estatal.
- Debe estar enmarcada dentro de las políticas generales del Programa Nacional de Salud y el Plan Nacional de Desarrollo.
- Las demandas y necesidades de la sociedad siempre son crecientes y diferenciadas de una entidad a otra, y que ningún planteamiento logrará resolver por completo el problema de la inequidad.
- Las variables involucradas en la propuesta no pueden ser estimadas sin incertidumbre, de allí sus variaciones.
- Es necesaria una modificación en los sistemas fiscales tanto a nivel federal como estatal, para el éxito de los planteamientos.
- Se requiere una estrecha coordinación a nivel interinstitucional e intersectorial para resolver los problemas de salud.
- Que rebasa los planteamientos técnicos debido a las implicaciones políticas del tema.
- Asímismo, es importante la concientización del personal hacia los objetivos planteados, sin lo cual no se lograría alcanzar.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La propuesta explicitada en el presente trabajo es un primer acercamiento para mejorar la gestión financiera del sector salud en los estados descentralizados; la misma que no tiene un carácter finalístico dada la complejidad y los múltiples factores que influyen en tan vasto tema que es objeto de esta investigación.

A lo largo del estudio se ha podido comprobar la hipótesis planteada al inicio del mismo; es decir que, si existe una acentuada inequidad en la distribución de recursos federales, una falta de autonomía financiera a nivel estatal, y prácticas deficientes en el manejo de los recursos asignados. Estas aseveraciones son detalladamente respaldadas por cada uno de los puntos que comprende el diagnóstico presentado en el segundo capítulo.

Las propuestas dirigidas a alcanzar un mayor nivel de equidad social tienen tres componentes básicos que son: participación social, las condiciones de salud inherentes a cada entidad federativa, y el nivel económico de las mismas. La distribución de los recursos federales está orientada a resarcir estas diferencias económicas y sociales.

La autonomía financiera según nuestro planteamiento podrá ser alcanzada en base a dos elementos: autonomía en la recaudación de ingresos estatales, que involucra modificaciones a una serie de instrumentos normativos-jurídicos; y la autonomía en el gasto estatal, que plantea básicamente la modificación en el sistema de subvenciones y una mayor flexibilidad en el uso de recursos presupuestales.

En cuanto a los problemas de eficiencia, las propuestas involucran tres aspectos: estrategias de coordinación interorganizacional, mecanismos de evaluación y control y una reestructuración en la orientación del gasto del sector.

Las propuestas en general sólo son un punto de referencia en torno a la problemática; es necesario considerar, entre otras, las limitaciones normativas, técnicas, políticas y humanas planteadas en el numeral 3.3.

B I B L I O G R A F I A

BARRENECHEA, Juan José y Otros; Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud. Editorial Universidad de Antioquia. Colombia 1990.

BOISIER, Sergio; La descentralización: el eslabón perdido de la cadena de transformación con equidad y sustentabilidad.

CEPAL/ILPES. Doc.09. Serie Ensayos 1991.

BOISIER, Sergio; Las relaciones entre descentralización y equidad. Revista de la Cepal No. 46, Abril de 1992.

BOZEMAN, Barry Y Straussman, Jeffrey; Public Management Strategies: Guidelines for Managerial Effectiveness. Editorial Jossey-Bass Inc. USA, 1990.

CABRERO, Enrique y MEJIA, José; Políticas Descentralizadoras en México. CIDE. 1era edición. México, 1992.

CANTU SEGOVIA, Eloy ; Cofinanciamiento de los servicios y programas de salud entre los tres órdenes de gobierno. El Cambio estructural. Publicación de SSA y OPS. México 1988.

CARDOZO, Myriam. Análisis de la política descentralizadora del Sector Salud. México 1990.

DONABEDIAN, Avedis; Calidad en la atención Médica. Primera edición. Editorial del Instituto Nacional de Salud Pública. México 1990.

GUTIERREZ, Gonzalo; Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias SSA. México D.F. 1993.

HERNANDEZ P. Y ZAPATA F; Equidad en la distribución de recursos para la salud en México. Memoria Sociedad Mexicana de Salud Pública, Morelia 1990.

INEGI; Finanzas Estatales y Municipales 1989-1990. México 1991.

LAURELL, Asa Cristina; La política Social en la Crisis: Una alternativa para el Sector Salud. Doc. Trabajo No 27, Fundación Friedrich Ebert. México, 1991.

MARTINEZ, Raul; Las Finanzas del Sistema Federal Mexicano INAP, México D.F. 1988.

MUSGRAVE, Richard; The Theory of Public Finance. Nueva York, Mac Graw Hill, 1991.

MUSGRAVE, Richard y Musgrave Peggy; Hacienda Pública: Teórica y Aplicada. Editorial Mac Graw Hill. USA. 1992.

OLMEDO, Raúl. Descentralización: Principios Teóricos y ejemplos históricos. Primera edición. Editorial Grijalbo. México 1984.

RUIZ DE CHAVEZ, Manuel y otros ; El Enfoque de la Salud como Sector Social y Económico. SSA. México D.F. 1988.

Secretaría de Salud. Sistema Estatales de Información Básica. Datos Preliminares. Mimeo, México, 1990.

Secretaría de Salud; Sistemas Locales de Salud: Desarrollo de jurisdicciones Sanitarias Tipo. México D.F. Noviembre 1991.

Sociedad Mexicana de Salud Pública; Revista Higiene Vol. I Nro. 1 Enero-Marzo 1993.

WARD, Peter; Políticas de Bienestar Social en México, 1970-1989. Editorial Nueva Imagen. México, 1989.

WOLFE, Marshall; Perspectivas sobre la equidad. Revista de la Cepal. No. 44, Agosto de 1991.