

Tendencias del gasto en salud para población no cubierta por la seguridad social en Tabasco: 1990- 2000

Ricardo A Cobos López, Lic en Econ,*

Armando Arredondo, PhD,**

Irene Parada Toro, M en C.**

Instituto Nacional de Salud Pública

ARTÍCULO ORIGINAL

Fecha de recibido:

30 de abril de 2003

Fecha de aceptación:

28 de mayo de 2003

DIRECCIÓN PARA RECIBIR

CORRESPONDENCIA

Lic en Econ. Ricardo A. Cobos

López. Instituto Nacional
de Salud Pública.

Centro de Investigación
en Sistemas de Salud, 2º piso.

Av. Universidad 655,

colonia Santa María Ahuacatlán,

62508 Cuernavaca, Morelos,

México.

rcobos@salud.gob.mx

* Instituto Nacional de Salud Pública/

Escuela de Salud Pública de México.

Cuernavaca, Morelos, México.

** Centro de Investigación

en Sistemas de Salud,

Instituto Nacional de Salud Pública.

Av. Universidad 655,

Colonia Santa María Ahuacatlán,

62508 Cuernavaca, Morelos,

México.

RESUMEN

Objetivo • Evaluar las tendencias de indicadores de financiamiento de los servicios de salud a población no cubierta por la seguridad social en el estado de Tabasco para el periodo 1990-2000.

Material y métodos • Se trata de un estudio con abordajes cuantitativo y cualitativo. En el primero, mediante un análisis económico de datos secundarios obtenidos del proyecto "Políticas de Financiamiento y Descentralización" llevado a cabo en el Instituto Nacional de Salud Pública, se construyó una matriz programática para identificar las tendencias del gasto, deflactando los montos económicos y mostrándolos en frecuencias absolutas y relativas, para calcular su tasa de variación anual real. Se identificaron y evaluaron las variables referentes a cambios en las fuentes de financiamiento y destino de los montos financieros por tipo de programa –preventivo o curativo– durante este periodo. En el abordaje cualitativo se realizó un análisis de datos primarios obtenidos de entrevistas hechas en abril de 2003 a personal directivo de la Secretaría de Salud del estado, con el fin de identificar la percepción de los actores en dichos cambios, y contrastarla con los criterios establecidos por la Reforma del Sector Salud en el área de financiamiento.

Resultados • La tasa promedio de crecimiento real del gasto federal de los 10 años de estudio fue de 16.1%, y la estatal, de 29.8%. Las fuentes municipal y de hogares presentaron un mayor crecimiento real en el gasto con 46.2% y 30.7%, respectivamente. Los recursos destinados a la atención curativa en el mismo periodo aumentaron en 2.4%, mientras que los dirigidos a la atención preventiva disminuyeron en 1.7%.

Conclusiones • El mayor crecimiento del gasto estatal sobre el federal se debe al apoyo que se ha dado por parte de las autoridades estatales, así como a cuestiones históricas de asignación del gasto. A su vez, el papel que han desempeñado los organismos internacionales ha influido en el proceso de descentralización del gasto. Mientras que, si bien existe la intención de dar mayor apoyo a la atención preventiva, hay cuestiones políticas y técnicas que dificultan este cambio.

Palabras clave • Gasto en salud / Población no cubierta por la seguridad social.

TRENDS IN HEALTH EXPENDITURES FOR INSURE POPULATION IN TABASCO: 1990-2000.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the indicators trends of financing services of health to medical uninsured population in the state of Tabasco for 1990-2000 period.

Material and methods: It is a study with quantitative and qualitative boardings. The first, by means of an economic analysis of secondary data obtained from the "Policies of Financing and Decentralization project carried out in the National Institute of Public Health, it was made a programmatic matrix to identify the trends of the expenditure, being deflacted and relative frequencies, to calculate its rate of real annual variation. The referring variables to changes in the financing sources and destiny of the financial amounts by type of program –preventive or curative– were identified and evaluated during this period. In the qualitative boarding an analysis of primary data was made, obtained from interviews done that were made to directive personal of the Health Secretary of the State on April 2003 to identify the perception of the actors in these changes and confronting it with the established criteria by the Reformation of the Health Sector in the financing area.

Results: The real growth average rate of the federal expenditure of ten years study was 16%, whereas state 30%. The municipal and home sources presented a major real growth in the expenditure with 46% and 30.7%, respectively. The resources destined to the curative attention in the same period increased in 2.4%, whereas the directed ones to the preventive attention diminished in 1.7%.

Conclusions: The biggest growth of state expenditures among federal its caused to the support given from state authorities, as well as the historical expenditure assignation matters. At the same time, the role carried out from the international organisms had influenced in the decentralization expenditure process. Meanwhile, even it exists the intention of giving a higher preventive attention support, there are political and technical matters that make this change be difficult.

Key words: Health expenditures. Medical uninsured

INTRODUCCIÓN

El gasto en servicios de salud en América Latina durante la década pasada presentó características que son resultado de las transformaciones del modelo económico, de la redefinición del papel del Estado en la economía, del fortalecimiento del papel de la sociedad civil en el campo de la salud y de las modalidades con que la reforma del sector se ha aplicado a las políticas de financiamiento de los servicios de salud (Molina et al, 2000).

Un aspecto fundamental de la reforma del sector ha sido el papel de la descentralización del financiamiento público hacia los servicios de salud a la población que no cuenta con seguridad social, o bien con las posibilidades económicas para adquirir los servicios. Aun cuando la atención a la salud se considera como una necesidad básica existen personas de escasos recursos económicos que no la pueden satisfacer, por lo que el gobierno tiene que establecer una política de financiamiento a los servicios de salud dirigida a dicha población (Váldes-Olmedo, 1988).

El análisis de las fuentes de financiamiento y del gasto del sector de la salud es un tema importante por su impacto en la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud. En México, el estudio de la composición de las fuentes de financiamiento permite extraer conclusiones sobre cómo han sido sus cambios en la última década, específicamente a partir del proceso de descentralización del gasto público que se inició en los años ochenta, y profundizado en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995 - 2000 por las autoridades del sector.

Durante el proceso de reforma, tanto en 1982 como en 1995, se planteó la necesidad de cambio en los mecanismos y fuentes de financiamiento al sector salud, y se hizo necesario definir un conjunto de acciones esenciales de salud que garanticen la provisión de un grupo de intervenciones mínimas en salud (SSA, 1996), dentro del marco de autonomía para el ejercicio de los recursos presupuestales por parte de los estados.

Con el proceso de descentralización iniciado en 1982, en 14 estados del país, las autoridades federales buscaban un "balance más adecuado entre las aportaciones federal y estatal" (Soberon- Ace-

vedo et al, 1996), este proceso se amplió a partir de 1995 a todas las entidades federativas, así como la profundización de las transferencias financieras a los gobiernos estatales. Al respecto, Cardozo (1998) afirma que el grado de descentralización financiera ha sido distinto en cada entidad federativa, pues influyen factores de diversa índole como el perfil epidemiológico, el nivel de desarrollo económico de la región, el ingreso de la población, la disponibilidad de recursos humanos e infraestructura, la coordinación entre las instituciones a nivel estatal y la participación ciudadana.

En este contexto, el informe de la Secretaría de Salud "Salud México 2001", indica que aún hay una predominancia del gobierno federal como la principal fuente de financiamiento hacia este sector a nivel nacional. El caso del estado de Tabasco es notable sobre los demás, pues las aportaciones estatales son mayores a 50%, además de que tiene un gasto en salud de alrededor de 5.5% de su PIB para el año 2001, siendo uno de los mayores en todo el país (SSA, 2001). Mientras que el porcentaje de la población no cubierta por la seguridad social en el estado es de 60%, encontrándose dentro de las primeras 7 en el país (SSA, 2001).

Al respecto, algunos autores (Arredondo, 2002) explican que en esta entidad se ha podido concretar y desarrollar una política, tanto en el financiamiento como en la producción de servicios de salud, más acorde con las condiciones de los ámbitos estatal y municipal. De igual forma asegura que, analizando las tendencias y cambios del gasto en salud, de los tipos de ingreso, de los mecanismos de participación y asignación financiera entre los niveles federal, estatal y municipal, se puede decir que hay un marco legal dentro de esta entidad para hacer más eficiente y efectivo el financiamiento de los servicios de salud.

Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue evaluar los cambios en las fuentes de financiamiento y del destino final de los recursos, por tipo de programa, para los servicios de salud dirigidos a población no cubierta por la seguridad social en el estado, de 1990 a 2000, de acuerdo con las tasas de variación real obtenidas por medio de la técnica de deflatación del gasto, y la percepción del personal del sector salud de la entidad que fue entrevistado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio longitudinal retrospectivo hecho durante el año 2003, con dos abordajes: uno cuantitativo y el otro cualitativo. El primero consistió en el análisis económico de datos secundarios obtenidos del proyecto "Políticas de Financiamiento y Descentralización" para el periodo de 1990 a 2000, llevado a cabo en el Instituto Nacional de Salud Pública durante el año 2002.

En el segundo componente se hizo un análisis cualitativo de cinco entrevistas semiestructuradas, que se realizaron a personal directivo de la Secretaría de Salud del estado durante el mes de abril de 2003.

Descripción de variables

Gasto en Salud para población no cubierta por la seguridad social. Es la inversión en la adquisición de un bien; en el caso de la salud, el recurso económico cuyo fin directo es promover o restaurar la salud de la población no cubierta por la seguridad social.

Fuentes de Financiamiento Federal. Se define como el gasto proveniente del ramo 12 del gobierno federal –que incluye PAC, PROGRESA, IMSS-Sol, Unidades Centrales, Organismos Descentralizados y Desconcentrados– que provee al estado de recursos económicos para distintas actividades cuyo fin directo es promover o restaurar la salud para la población no cubierta por la seguridad social.

Fuentes de Financiamiento Estatal. Es el gasto del gobierno estatal que provee al sector salud estatal y municipal de recursos económicos para distintas actividades cuyo fin directo es promover o restaurar la salud de la población no cubierta por la seguridad social.

Fuentes de Financiamiento Municipal. Se refiere al gasto en salud proveniente del gobierno estatal y del ramo 33 del presupuesto de egresos de la federación¹ que provee al sector salud municipal de recursos económicos para distintas actividades cuyo fin directo es promover o restaurar la salud de la población no cubierta por la seguridad social.

Fuentes de financiamiento privado, Gasto de bolsillo por parte de la población no cubierta por la seguridad social, en forma de cuotas de recuperación cuyo propósito principal es promover o restaurar la salud.

Destino final de recursos por programa de atención preventiva. Se refiere a la tipificación del gasto en salud por la prestación de los servicios de salud de la Secretaría de Salud, destinado a promover la salud y a prevenir problemas en la salud de la población no cubierta por la seguridad social.

Destino final de recursos por programa de atención curativa. Se refiere a la tipificación del gasto en salud por la prestación de los servicios de salud de la Secretaría de Salud, destinado hacia la restauración en la salud de la población no cubierta por la seguridad social (FUNSALUD, 1994).

Análisis cuantitativo de las variables

En una primera etapa se analizaron las variables referentes a: cambios en las fuentes de financiamiento y destino de los montos financieros por tipo de programa. Para llevar a cabo este análisis se construyó una matriz programática para identificar las tendencias del gasto, deflactando los montos económicos y mostrándolos en Frecuencias absolutas y relativas, para calcular su tasa de variación anual real.² Para estos fines se utilizó la hoja de cálculo Excel.

Para el cálculo del gasto en salud anual por tipo de fuente a precios constantes (GFPC) se usó la siguiente fórmula:

$$GFPC = \frac{\text{Gasto por tipo de fuente anual a precios corrientes}}{\text{INPC}^d \text{ anual base año 2002} = 100^e} \times 100$$

La tasa de variación anual real en la composición del gasto por tipo de fuente (TVAGF), se calculó con base en la siguiente fórmula:

$$TVAGF = \frac{\text{Gasto en salud por tipo de fuente anual a precios constantes del año actual}}{\text{Gasto en salud por tipo de fuente a precios constantes del año inicial}} - 1 \times 100$$

De igual forma, el cálculo del gasto en salud anual por tipo de programa a precios constantes (GPPC) se hizo con base en:

$$GPPC = \frac{\text{Gasto por tipo de programa anual a precios corrientes}}{\text{INPC anual base año 2002} = 100} \times 100$$

Mientras que la tasa de variación anual del destino final del gasto en salud por tipo de programa (TVAGP), se calculó con base en la siguiente fórmula:

$$TVAGP = \frac{\text{Gasto en salud por tipo de programa anual a precios constantes del año actual}}{\text{Gasto en salud por tipo de programa a precios constantes del año inicial}} - 1 \times 100$$

^d Donde INPC es el Índice Nacional de Precios al Consumidor. Mide las variaciones de los precios de los bienes y servicios de mayor importancia dentro del gasto familiar, en los rubros de alimentos, ropa, calzado y accesorios, gastos de vivienda, medicamentos, transporte, educación y esparcimiento y otros gastos diversos. Este es calculado por el Banco de México mediante encuestas realizadas semanal y quincenalmente, en 35 ciudades del país (BANXICO, 2003).

^e El año base año 2002= 100 es el punto en el tiempo a partir del cual se efectúan las comparaciones de los cambios en los precios de los bienes y servicios que integran el INPC. También se conoce como año o periodo de referencia (SHCP, 2002).

Análisis cualitativo de las variables

Este análisis consistió en realizar cinco entrevistas semiestructuradas (Mayan, 2001) al personal clave de la Secretaría de Salud de Tabasco. La información obtenida se procesó a través del programa Atlas-ti 4.2, asignando categorías para contrastar la percepción de los entrevistados acerca de los cambios en los indicadores de financiamiento con base en los lineamientos planteados por la Reforma del sector salud en el área de gasto.

RESULTADOS

La participación estatal en el gasto para población no cubierta por la seguridad social en Tabasco al inicio de la década fue de 49.6%, llegando al final del periodo con 58.6%, seguida por la federal con 47.5% y 36.8%, respectivamente, lo que significa un aumento en la participación estatal y una disminución en la federal (tabla I, figura1).

Tabla I. Composición del gasto en salud para población no cubierta por la seguridad social, por tipo de aportación Tabasco, México: 1990- 2000 (miles de pesos constantes año base = 2002)

Año	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Fuente											
Gasto Total	191.259	231.558	249.950	285.381	310.398	269.160	260.399	424.379	395.301	655.676	645.091
Tasa de variación anual real	0.0	21.1	7.9	14.2	8.8	-13.3	-3.3	63.0	-6.9	65.9	-1.6
Tasa de variación real del periodo	23.7										
Aporte federal	90.845	102.587	108.975	120.996	128.191	109.818	103.376	172.229	151.398	249.157	237.395
%	47.5	44.3	43.6	42.4	41.3	40.8	39.7	40.6	38.3	38.0	36.8
Tasa de variación anual real	0.0	12.9	6.2	11.0	5.9	-14.3	-5.9	66.6	-12.1	64.6	-4.7
Tasa de variación real del periodo	16.1										
Aporte estatal	94.871	121.795	132.969	153.817	170.416	153.150	150.510	238.549	229.277	380.950	378.023
%	49.6	52.6	53.2	53.9	54.9	56.9	57.8	56.2	58.0	58.1	58.6
Tasa de variación anual real	0.0	28.4	9.2	15.7	10.8	-10.1	-1.7	58.5	-3.9	66.2	-0.8
Tasa de variación real del periodo	29.8										
Aporte Municipal	0	0	1.261	861	924	1.613	1.311	2.067	1.980	4.589	7.094
%	0.0	0.0	0.5	0.3	0.3	0.6	0.5	0.5	0.5	0.7	1.1
Tasa de variación anual real	0.0	0.0	0.0	-31.7	7.3	74.5	-18.7	57.7	-4.2	131.8	54.6
Tasa de variación real del periodo	46.2										
Aporte Hogares	5.544	7.176	6.745	9,707	10,867	4,579	5,202	11,534	12,646	20,980	22,579
%	2.9	3.1	2.7	3.4	3.5	1.7	2.0	2.7	3.2	3.2	3.5
Tasa de variación anual real	0.0	29.5	-6.0	43.9	12.0	-57.9	13.6	121.7	9.6	65.9	7.6
Tasa de variación real del periodo	30.7										

Fuente: Elaboración propia en base a datos del proyecto: "Políticas de financiamiento y Descentralización", INSP. Secretaría de Salud y Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de Tabasco.

Al respecto, un directivo entrevistado afirma:

(P16: Entrevista 2.txt - 16:6) "...la composición Estado- Federación, ha sido el Estado ha ido creciendo y la Federación ha ido bajando históricamente, entonces si ha crecido en términos nominales, pudiéramos pensar que en términos reales si aplicáramos inflación, sería cuestión de hacer el análisis..."

Otra de las opiniones de los entrevistados es:

(P19: Entrevista 5.txt - 19:10) "...porque nosotros siempre Tabasco eh...60% si no es que un poquito más aporta el Estado para financiar los servicios de salud y la Federación el 40%, y parece ser que a lo que más dan, les quieren dar menos y a los que menos dan son a los que les quieren dar menos recursos, por eso a veces pensamos que nosotros, el gobierno ya no dé nada, el gobierno del estado de Tabasco y que nos dé todo, que nos financie la Federación..."

Esta situación, la profundiza un actor de la siguiente manera:

(P 1: Entrevista 1.txt - 1:7): "...Salud siempre ha sido en Tabasco un tema muy premiado del Plan Estatal de Desarrollo, de la visión de los gobernantes, del partido en el poder...salud ha sido prioridad, salud y educación, y entonces salud es el segundo presupuesto más grande en el

estado, solo lo rebasa educación, entonces es por eso, es como una condición histórica..."

De la opinión obtenida de uno de los actores entrevistados, es importante mencionar el papel que desempeñan los organismos internacionales en el financiamiento al sector salud en el estado:

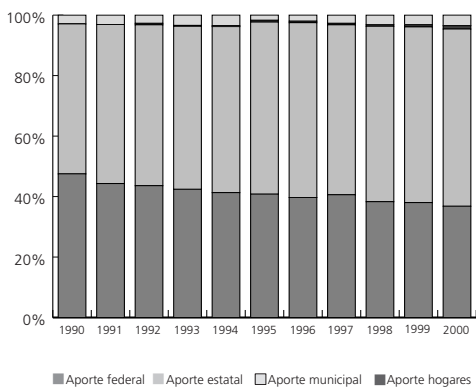
(P 1: Entrevista 1.txt - 1:11 (191:207)): "...la presión internacional es para mi punto de vista además de lo de la transición epidemiológica y las necesidades reales, o sea yo creo que ha habido como una presión de organismos de salud mundiales a que el Sistema de salud en México cambie, se modernice, sea más flexible, más ágil, más moderno y que no nada más obedezca a los patrones tradicionales que han sido siempre de asignación histórica, de presupuesto, las necesidades en salud, los recursos con lo que cuenta, que son los elementos tradicionales y que se van a seguir manejando, pero creo que el entorno internacional está presionando más en esta dirección y a eso le agregas que tengas una realidad que tengas que responder diferente."

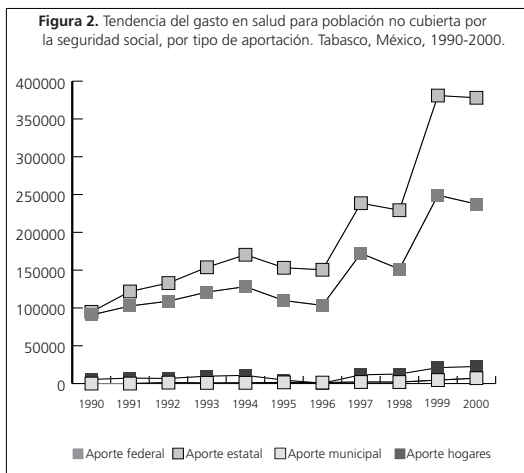
La tasa promedio de crecimiento real del gasto federal de los 10 años de estudio fue de 16.1%, mientras que la estatal, de 29.8%. Las fuentes municipal y de hogares presentaron un mayor crecimiento real en el gasto con 46.2% y 30.7%, respectivamente. Las tendencias de variación real promedio en estas fuentes entre 1993 y 1995, se comportaron de forma inversa teniendo un crecimiento de 29.1% y una disminución de 17.6%, respectivamente. Sin embargo, a partir de 1996 la variación de estas dos fuentes se comporta de forma similar a la estatal y federal (figura 2).

Las tasas de variación reales en relación con el gasto federal y estatal se comportan de forma similar, con un crecimiento sostenido entre 1990 y 1994, en contraste con el municipal y el de hogares. Sin embargo, entre 1994 y 1996 el gasto federal y estatal se redujo, aunque dos años después se observa una recuperación.

Mientras tanto el crecimiento real más alto entre las fuentes estatal y federal se presentó entre 1998 y 1999 con 66.2% y 64.6%, respectiva-

Figura 1. Composición del gasto en salud para población no cubierta por la seguridad social, por tipo de aportación. Tabasco, México, 1990-2000.



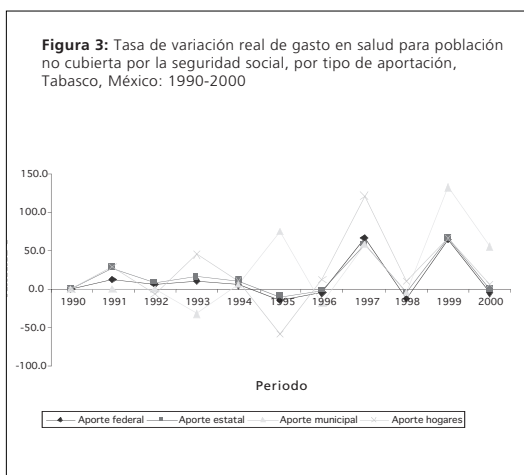


Fuente: Elaboración propia en base a datos del proyecto: "Políticas de financiamiento y Descentralización", INSP. Secretaría de Salud y Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de Tabasco.

mente. Es importante mencionar que el gasto estatal siempre se mantuvo por arriba del federal, sobre todo en los dos últimos años del periodo (Tabla 1, figura 3).

Al respecto, la percepción de un actor de la Secretaría estatal es:

(P16: Entrevista 2.txt - 16:6): "...ha crecido (el gasto) obviamente menos por el impacto de la inflación sobretodo en algunos años como 94 y



Fuente: Elaboración propia en base a datos del proyecto: "Políticas de financiamiento y Descentralización", INSP. Secretaría de Salud y Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de Tabasco.

95 que son años muy difíciles, sin embargo el crecimiento si se puede observar, pero en la composición el Estado cada vez pone más y la Federación cada vez pone menos, si hablamos en términos de proporción, entonces es una característica muy importante..."

La tasa de variación real del aporte municipal presentó un crecimiento real para el año de 1999 de 131.8%, mientras que el de hogares tuvo un incremento considerable de 121.7% en el año de 1997. De igual forma, se observa que las disminuciones reales más importantes las presentaron estas dos fuentes, siendo para el municipal de 31.7% en 1993, y para el de hogares de 57.9% en 1995.

Un actor entrevistado opina sobre el papel de los municipios en el gasto:

(P17: Entrevista 3.txt - 17:5): "...aquí el gobierno del estado es el que aporta una buena cantidad de recursos al fortalecimiento de las acciones de salud, y si se ha involucrado a los ayuntamientos, la participación de los municipios en que se hagan en cierto sentido responsables de la salud local pero...depende a veces de la buena voluntad política de los presidentes municipales que si aportan los recursos para algunas acciones de salud, eh...de los 17 municipios puede decirse que el 50% aporta y el otro 50% se registra poco a poco pero ahí va..."

La composición del destino final de los recursos es mayor en la atención curativa sobre la preventiva, al principio del periodo fue 76% del total, mientras que al final fue de 82.2% (tabla 2).

Esto lo explica un actor:

(P18: Entrevista 4.txt - 18:8) "...lo que pasa es que el presupuesto pues se va para las construcciones en algunos hospitales y no se invierte realmente dentro de lo que es la medicina preventiva pues, del 100% del presupuesto, el 90% se va al área hospitalaria y dentro de ese 90%, el 80% se te va, 85% se te va en salarios, en pago de personal no? Y un 10% del 100%

Tabla II: Destino final de los recursos para población no cubierta por la seguridad social, por tipo de programa, Tabasco, México: 1900-2000 (miles de pesos constantes año base 2002)

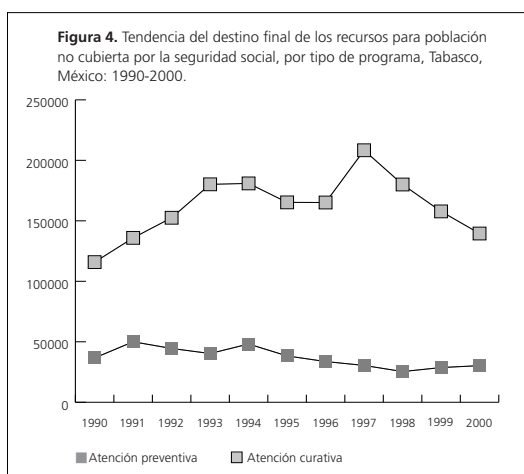
Año	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Destino											
Gasto Total	152.526	185.913	197.018	220.460	229.125	203.580	198.832	238.784	205.412	186.493	169.809
Tasa de variación anual real	0.0	21.9	6.0	11.9	3.9	-11.1	-2.3	20.1	-14.0	-9.2	-8.9
Tasa de variación real del período	1.1										
Atención preventiva	36.670	50.020	44.489	40.293	48.174	38.320	33.671	30.456	25.374	28.690	30.286
%	24.0	26.9	22.6	18.3	21.0	18.8	16.9	12.8	12.4	15.4	17.8
Tasa de variación anual real	0.0	36.4	-11.1	-9.4	19.6	-20.5	-12.1	-9.5	-16.7	13.1	5.6
Tasa de variación real del período	-1.7										
Atención curativa	115.856	135.894	152.528	180.167	180.951	165.261	165.161	208.328	180.037	157.803	139.523
%	76.0	73.1	77.4	81.7	79.0	81.2	83.1	87.2	87.6	84.6	82.2
Tasa de variación anual real	0.0	17.3	12.2	18.1	0.4	-8.7	-0.1	26.1	-13.6	-12.3	-11.6
Tasa de variación real del período	2.0										

Fuente: Elaboración propia en base a datos del proyecto: "Políticas de financiamiento y Descentralización", INSP. Secretaría de Salud y Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de Tabasco.

es lo que le queda a la Jurisdicción, prácticamente el primer nivel y de ese 10% bueno... en la atención curativa es donde más se ha invertido no?

La tasa promedio de variación real de los recursos destinados a la atención curativa en los 10 años de estudio aumentó en 2.4 %, mientras que la de los dirigidos a la atención preventiva disminuyó en 1.7% (figura 4).

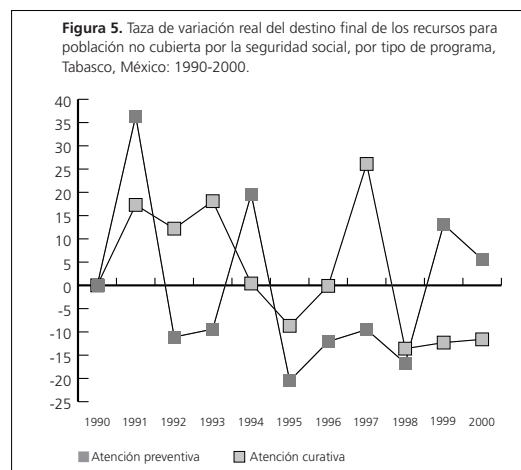
La tasa de variación real en los destinos finales de los recursos por tipo de programa durante el periodo en estudio, presentan una dinámica irregular en los dos programas, los recursos destinados a la prevención, presenta crecimientos en 1991 y 1994



de 36.4% y 19.6%, respectivamente, para comportarse en forma decreciente hasta 1998, experimentado un repunte en los dos últimos años de 19.3%, los recursos dirigidos a la Clínica presentan un crecimiento constante en la primera fase de la descentralización, en la segunda fase se observa un decremento de la inversión 26.1% en el año de 1997 (figura 5; tabla II).

Lo anterior lo constata un actor entrevistado:

(P 1: Entrevista 1.txt - 1:13) "... del 95 hacia acá te puedo decir de datos que yo tengo, y antes



Fuente: Elaboración propia en base a datos del proyecto: "Políticas de financiamiento y Descentralización", INSP. Secretaría de Salud y Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de Tabasco.

Tabla III: Principales causas sobre cambios en las fuentes de financiamiento y en el destino final de los recursos en Tabasco: 1990- 2000.

Variables	Causas de acuerdo con actores entrevistados
Cambios en las fuentes de financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> • El mayor crecimiento del gasto estatal sobre el federal se debe al apoyo que se ha dado por parte de las autoridades estatales, así como a cuestiones históricas de asignación del gasto. • El papel que han jugado los organismos internacionales para que el Sistema de salud en México cambie, se modernice, sea más flexible, más ágil, más moderno ha influido en el proceso de descentralización del gasto. • La fuente municipal tuvo una mayor tasa de crecimiento a la estatal y federal, debido a que el proceso de descentralización resultó en una mayor autonomía financiera a los municipios involucrándolos de manera directa en la aportación del gasto.
Destino final de los recursos	<ul style="list-style-type: none"> • No se ha dado un aumento de los recursos hacia la atención preventiva, porque el gasto corriente –que incluye pago de sueldos y salarios a personal administrativo– ocupan cerca del 85% del gasto destinado a atención clínica

Fuente: Elaboración propia en base a resultados obtenidos de entrevistas realizadas a directivos de la Secretaría de Salud de Tabasco en abril de 2003.

de esa fecha lo que si se sabía en términos generales es que lo preventivo si tenía peso, pero era el segundo lugar. Del 95 para acá casi sigue igual no ha habido años en el que el preventivo ha subido, 96 y 97 me parece y después sigue igual imperando lo curativo...”

Finalmente resulta relevante observar que, la tendencia del gasto per cápita tuvo un crecimiento real de 200.3%, acentuándose a partir de la segunda mitad de la década con 138.2%, (tabla IV, figura 6), dicha situación se discutirá en el siguiente apartado.

DISCUSIÓN

El presente estudio, muestra la realidad que hay en materia de gasto en salud en uno de los prime-

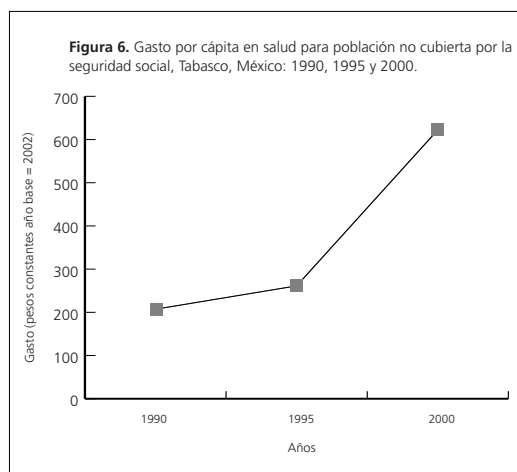


Figura 6. Gasto por cápita en salud para población no cubierta por la seguridad social, Tabasco, México: 1990, 1995 y 2000.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del proyecto: "Políticas de financiamiento y Descentralización", INSP. Secretaría de Salud y Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de Tabasco.

Tabla IV: Gasto per cápita en salud para población no cubierta por la seguridad social, Tabasco, México: 1990, 1995 y 2000 (pesos constantes año base = 2002)

Año	1990	1995	2000
pesos corrientes	38.6	113.6	580.3
pesos constantes	207.2	261.3	622.3
Tasa de variación real anual	0.0	26.1	138.2
Tasa de variación real del periodo	200.3		

Fuente: Elaboración propia en base a datos del proyecto: "Políticas de financiamiento y Descentralización", INSP. Secretaría de Salud y Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de Tabasco.

ros estados del país que iniciaron con el proceso de descentralización, al haber una necesidad de referencias documentales que describieran con cifras y opiniones del personal de la Secretaría estatal sobre los resultados de este proceso, surgió el interés de realizarlo y así ser un punto de partida para investigaciones con mayor profundidad sobre este tema.

De acuerdo con la Reforma del Sector Salud, uno de los principales objetivos es dar mayor autonomía a los estados en el aspecto financiero, por lo que se puede afirmar que éste se ha cumplido mayormente en Tabasco; de acuerdo con los resultados cuantitativos de este estudio, al inicio de la década pasada la participación entre el gasto estatal y federal era prácticamente de 50% para cada uno, para llegar al final del decenio con alrededor de 60% para la estatal.

Lo anterior coincide con el estudio hecho por otros autores (Arredondo et al, 2002) que concluyen que, como efecto del proceso de descentralización –contemplado en dicha Reforma–, se han generado cambios relevantes en las fuentes de financiamiento en los niveles estatal y municipal de este estado. A su vez se argumenta que la alta participación estatal en el gasto se debe posiblemente a que éste es un estado petrolero y, a pesar de tener un índice de marginalidad medio, recibe aportaciones importantes de Petróleos Mexicanos para el presupuesto estatal. Por lo que a partir de esta afirmación podría surgir otro posible factor que ha influido de manera importante sobre el cambio en las fuentes del gasto en el estado. Esto nos lleva a la necesidad de realizar estudios posteriores sobre que tanto influye el ser un estado petrolero en el cambio de las tendencias del gasto en salud.

De acuerdo con los actores entrevistados, los cambios en las fuentes de financiamiento en la pasada década se deben parcialmente al apoyo que se ha dado por parte de las autoridades estatales, así como a cuestiones históricas, tal y como lo argumenta otro autor (Merino, 2002) quien afirma que el monto y asignación de las transferencias federales para salud entre los estados obedece en su mayor parte a una lógica inercial, en la que el criterio principal de asignación es el gasto directo

que realizaba la federación en cada estado antes y después de la descentralización, cuyo mayor componente es la nómina del personal que laboraba para la Secretaría de Salud en México.

Un punto de discusión, es el desacuerdo que hay entre algunos de los directivos entrevistados sobre el mayor gasto que ha venido teniendo el estado sobre la Federación, pues mencionan que es injusto que mientras hay estados que reciben hasta el 100% de apoyo Federal en gasto en salud, Tabasco cada vez aporta más. Por lo que resulta paradójico que si bien esta entidad ha cumplido los objetivos planteados en la Reforma del sector, parte del personal que labora en la Secretaría estatal se encuentra inconforme con esta situación. Por lo que podría afirmarse que aun existe desconocimiento sobre los objetivos del proceso de descentralización por parte de algunos trabajadores de la salud en el estado.

La descentralización tiene una tendencia global, apoyada por los principales organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud; el estado de Tabasco está inmerso en el proceso, y requiere cambios en el sistema como son: la modernización, la flexibilidad, la agilización, y que no nada más obedezca a los patrones tradicionales de asignación histórica de presupuesto, a las necesidades en salud y los recursos con los que cuenta el estado, con el fin de consolidar dicho proceso; esto se confirma con la opinión de los actores entrevistados y coincide con otros autores (Arredondo et al, 2001) que mencionan que la política de descentralización es uno de los principales elementos de la reforma del sector salud, pues se postula que elementos como el financiamiento, la gerencia, planeación y funcionamiento de políticas podrían ser más eficientes y efectivos si se llevara a cabo la descentralización.

Concordamos con otros autores (Arredondo et al., 2002) en que la dependencia a las agencias internacionales, como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, tiene repercusiones importantes en materia de independencia financiera, ya que si mantenemos este estilo de políticas de financiamiento con la expectativa de obtener

apoyo por tiempo indefinido, no desarrollaremos nuevas opciones de financiamiento con una base de origen estatal o municipal.

El proceso de descentralización dio una mayor autonomía financiera a los municipios aportando mayor gasto a salud en este estado. La creación de beneficencias públicas, como efecto de las nuevas políticas de financiamiento de 1996, ha resultado en una mayor participación municipal ya que, además de administrar los recursos provenientes de las cuotas de recuperación, aquéllas hacen negociaciones directas con los municipios para otorgar aportaciones en especie como lo son ambulancias, equipo médico y de rehabilitación (sillas de ruedas, muletas, anteojos, etc).

Los servicios de salud dirigidos a población no cubierta por la seguridad social no han cumplido la función que les corresponde: proporcionar un conjunto de acciones esenciales de salud que garantice la provisión de un grupo de intervenciones mínimas en salud para promover o restaurar la salud de dicho sector de la población, de acuerdo con lo planteado en el Programa de Reforma del sector, pues resulta que el gasto de hogares tuvo un crecimiento constante durante el periodo en estudio, a excepción de la caída que tuvo en 1995, posiblemente causada por la crisis económica de ese año, convirtiéndose en la tercera fuente de financiamiento—después de la estatal y federal— en el año 2000, poniendo en entredicho la capacidad de cobertura financiera por parte de las autoridades para la población más desprotegida.

El aumento que se dio en el gasto de los hogares podría ser uno de los factores que explique el porqué se dio un crecimiento considerable en el gasto per cápita para la población no cubierta por la seguridad social, según los datos mostrados en los resultados, pues de acuerdo a la metodología para la construcción de este indicador (SSA, 2001), el gasto de hogares se encuentra incluido en este, por lo que podría prestarse a interpretaciones, sobretudo de tipo político, que afirmen que al haber un mayor gasto per cápita para dicho sector, sea gracias solo al aumento que se ha dado por parte de las autoridades.

En lo referente a la composición del gasto por tipo de programa, la diferencia entre el curativo y

el preventivo se acentuó de forma importante al final de la década, aun con los aumentos considerables de recursos destinados a la atención preventiva en los años de 1991 y 1994. Si bien los actores entrevistados coinciden en que la atención preventiva es fundamental para el abatimiento de los costos de enfermedades crónico-degenerativas a mediano y largo plazo, los datos demuestran que, en promedio, los recursos aumentaron para el curativo y disminuyeron para el preventivo en términos reales durante la década pasada.

Coincidimos con otros autores (Arredondo et al., 2002) sobre este hallazgo afirmando que esta situación responde al hecho de que la proporción de recursos utilizada para las acciones de tipo preventivo todavía no es lo suficientemente generosa para aspirar, en el mediano plazo, a contar con porcentajes más igualitarios entre programas de prevención y curación.

Una de las posibles causas por las cuales no se ha dado un aumento de los recursos hacia la atención preventiva ha sido porque el gasto corriente—que incluye pago de sueldos y salarios a personal administrativo— ocupa alrededor de 80% del gasto total, esta afirmación coincide con datos publicados por la Secretaría de Salud (2001) y con la percepción de uno de los actores entrevistados. Al respecto, nosotros concluimos que, si bien existe la voluntad de las autoridades por revertir esta situación, es difícil adoptarla en términos prácticos por cuestiones políticas e intereses al interior del Sindicato de Trabajadores de la Secretaría estatal, ya que el disminuir recursos al gasto corriente implicaría una reducción de personal administrativo en aras de aumentar la eficiencia y la calidad de los servicios.

CONCLUSIONES

El mayor crecimiento del gasto estatal sobre el federal se debe al apoyo que se ha dado por parte de las autoridades estatales, así como a cuestiones históricas de asignación del gasto. A su vez, el papel que han desempeñado los organismos internacionales ha influido en el proceso de descentralización del gasto. Mientras que, si bien existe la intención de dar mayor apoyo a la atención pre-

ventiva, hay cuestiones políticas y técnicas que dificultan este cambio.

A manera de recomendaciones se quiere en primera instancia, continuar con este tipo de estudios en los estados del país, para evaluar el proceso de descentralización en el área de gasto, de acuerdo con la realidad concreta de cada uno de ellos, y de esta manera poder hacer modificaciones que logren satisfacer las demandas de los planes de trabajo al interior de cada entidad. De igual forma, sería importante que los resultados de estudios relacionados con el tema tengan una mayor difusión para los tomadores de decisiones en el área de gasto, así como para los proveedores de los servicios de salud.

Finalmente, sería importante que los prestadores de servicios de salud en los estados, desde el nivel operativo hasta el directivo, tengan una capacitación *ad hoc* sobre el proceso de descentralización, pues aún hay desconocimiento sobre su funcionamiento, con el fin de que se lleve a cabo de manera viable y eficiente en cada entidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Arredondo A. Federalismo y salud: Estudio de caso sobre el sistema de salud en México. Papers and presentations from the workshops on Health Policy and Federalism. Disponible en: www.inegi.org.mx. Consultado el día de 2002.
- Arredondo A. and Parada I. Financing indicators for health care decentralization in Latin America: Information and suggestions for health planning. *Int J Health Plann Manag* 2001; 16: 259-276.
- Arredondo A, Parada I, Orozco E, García E, Atrixco R, Allende T, et. al. El financiamiento a partir de la descentralización del sistema de salud en México: cambios, tendencias y evidencias, 1990-2000. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública 2002.
- Banco de México. Guía sobre el Índice Nacional de Precios al Consumidor. Disponible en: <http://www.banxico.org.mx/inpc>. Consultado el 6 de marzo de 2003.
- Cardozo M. El ámbito sectorial. Análisis de la descentralización en el sector salud (1983- 1993). En: Enrique Cabrero, coord. Las políticas descentralizadoras en México (1983-1993). México, DF: Centro de Investigación y Docencia Económicas-MA Porrúa, 1998.

Fundación Mexicana para la Salud. Las Cuentas Nacionales de Salud y el financiamiento de los servicios. México, DF: FUN-SALUD, 1994.

Mayan M. An introduction to qualitative methods: A training module for students and professionals. International Institute for Qualitative Methodology, University of Alberta, Canada, 2001.

Merino, G. Descentralización del sistema de salud en el contexto del Federalismo. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud 2002.

Molina R, Pinto M, Henderson P, Vieira E. Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias. *Rev Panam Salud Publica*. 2000; 8 (1-2): 71-83.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Índice Nacional de Precios al Consumidor base segunda quincena de junio de 2002 = 100. Disponible en: http://www.shcp.gob.mx/asis-net/inf_2002/inpc88-02.html). Consultado el 6 de marzo de 2003.

Secretaría de Salud. Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud. Boletín de Información Estadística, Indicadores de resultado y eficiencia según entidad federativa y tipo de institución. México, DF: DGIED- Sistema de Cuentas Nacionales INEGI 2001, Vol. IV.

Secretaría de Salud. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. Poblaciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud de México: Definición y construcción. Síntesis Ejecutiva. México DF: 2001. Disponible en: Consultado el 25 de septiembre de 2003.

Secretaría de Salud. Informe Salud México: 2001. Disponible en <http://www.salud.gob.mx>. Consultado el 20 de noviembre de 2002.

Secretaría de Salud. Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000. México, DF: SSA, 1996.

Soberon-Acevedo, G. y Martínez-Narváez, G. La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta. *Salud Publica Mex* 1996; 38: 371-378.

Valdés-Olmedo C. Apuntes sobre el financiamiento de la salud en México. *Salud Publica Mex* 1988; 30(6):815-826.

NOTAS

1. El Ramo 33 incluye las Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios, las cuales se distribuyen para el sector salud, desarrollo social y educación pública. Para el sector salud, estas se definen como el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, específicamente en el rubro de servicios personales (Presupuesto de Egresos de la Federación. SHCP, 2002).
2. El método de deflatación, consiste en la conversión de precios corrientes a pesos constantes del gasto; es decir, eliminar el efecto de la inflación del periodo sobre el valor monetario de los indicadores de gasto.