



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Lara, Alejandro; Gómez, Octavio; Urdapilleta, Oswaldo; Bravo, María Lilia
Gasto federal en salud en población no asegurada: México 1980-1995
Salud Pública de México, vol. 39, núm. 2, marzo-abril, 1997, pp. 102-109
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10639203>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Gasto federal en salud en población no asegurada: México 1980-1995

Alejandro Lara, Lic. en Econ.,⁽¹⁾ Octavio Gómez-Dantés, M.C., M.S.P.,⁽²⁾
Oswaldo Urdapilleta, Lic. en Econ.,⁽³⁾ María Lilia Bravo, Lic. en Econ.,⁽⁴⁾

Lara A, Gómez-Dantés O, Urdapilleta O, Bravo ML.
Gasto federal en salud en población
no asegurada: México 1980-1995.
Salud Publica Mex 1997;39:102-109.

Resumen

Las crisis económicas que han afectado a México desde principios de los años ochenta han influido de manera determinante en el gasto público en bienestar social y, por lo mismo, en el gasto público en salud. En este trabajo se discute la relación que ha existido entre las estrategias de ajuste y el gasto en salud en población no asegurada, así como la distribución de este gasto por regiones. En la primera parte se describe la evolución del gasto público general, el gasto en bienestar social y el gasto público en salud en México entre 1980 y 1995. En la segunda parte se describe con mayor detalle la distribución del gasto público en salud en ese mismo periodo entre la población no asegurada de las cinco regiones en las que dividió al país la Encuesta Nacional de Salud II. La principal conclusión que se desprende de este trabajo es que en el periodo 1980-1995 se mantuvieron las brechas en el gasto en salud para población no asegurada que desde tiempos remotos existen entre las cinco regiones de México. Estas brechas afectan sobre todo a los estados más marginados—que se ubican en su gran mayoría en el sur del país—, no guardan ninguna relación con las diferencias regionales en las condiciones de salud y corren el riesgo no sólo de mantenerse sino incluso de profundizarse como resultado de los nuevos recortes relativos del gasto en bienestar social que contempla la política de ajuste adoptada por la presente administración.

Palabras clave: gastos en salud; políticas de ajuste; México

Lara A, Gómez-Dantés O, Urdapilleta O, Bravo ML.
Federal expenditure in health
for non-insured population: Mexico 1980-1995.
Salud Publica Mex 1997;39:102-109.

Abstract

In the last fifteen years Mexico suffered several economic crisis which have negatively affected public expenditure in social welfare and, as a consequence, public expenditure in health. This paper discusses the relationship between the adjustment policies adopted to confront these crisis and public expenditure in health care for the non-insured population, as well as the regional distribution of this expenditure. In part one, the evolution of general public expenditure, public expenditure in social welfare, and public expenditure in health between 1980 and 1995 is described. In part two, the distribution of public health expenditure for the non-insured population among the five regions in which the country was divided by the National Health Survey II is discussed. The main conclusion of this paper is that, between 1980 and 1995, the public expenditure gaps that have existed for a long time in Mexico among regions remained unchanged. These gaps basically affect the southern states of the country, are not related to health needs, and may deepen in view of the new relative cuts in public expenditure in social welfare announced by the new administration.

Key words: expenditures, health; adjustment policies; Mexico

(1) Analista financiero en práctica privada, México.

(2) Coordinador de Proyecto, Centro de Economía y Salud, Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD); Investigador Titular "A", Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

(3) Director de Seguimiento, Dirección General de Evaluación y Seguimiento, Secretaría de Salud, México.

(4) Analista, Centro de Economía y Salud, FUNSALUD, México.

Fecha de recibido: 10 de enero de 1997 • Fecha de aprobado: 26 de febrero de 1997

Solicitud de sobreiros: Dr. Octavio Gómez Dantés. Centro de Economía y Salud, FUNSALUD. Periférico Sur 4809, colonia El Arenal Tepepan, Delegación Tlalpan, 14610 México, D.F.

Entre 1950 y 1970 México presentó un notable desempeño macroeconómico: el producto interno bruto (PIB) del país creció a una tasa promedio anual de 6.6% y la inflación se mantuvo por debajo del 4.5%. La estrategia de desarrollo que se siguió en esos años incluyó la inversión en infraestructura, el estímulo a la industrialización a través de una política de sustitución de importaciones y el apoyo a la producción agrícola. Asimismo, se mantuvo una estricta disciplina fiscal y monetaria. Sin embargo, hacia finales de los años sesenta, el llamado “desarrollo estabilizador” empezó a mostrar signos de agotamiento, dentro de los que destacó la incapacidad de la inversión interna para mantener el ritmo de crecimiento económico.

Dos caminos parecían viables: liberalizar la economía, orientándola hacia las exportaciones, o bien cubrir las necesidades de inversión con gasto público. La segunda alternativa fue la que se adoptó, con lo que México entró en un periodo denominado de “desarrollo compartido”. Entre 1970 y 1980 la economía creció a tasas relativamente altas, gracias sobre todo a la política de expansión del gasto gubernamental, que se financió con endeudamiento externo, emisión de moneda y con recursos de la industria petrolera.

Sin embargo, los continuos déficits públicos y los desequilibrios de la balanza de pagos que se presentaron en esa década eventualmente dieron lugar a una situación de inestabilidad financiera que culminó con una devaluación del tipo de cambio, que alcanzó los 70 pesos por dólar en noviembre de 1982. Esto, aunado al trance estructural por el que atravesaban los sectores agrícola e industrial y al crecimiento incontrolable de la deuda externa, generó una grave crisis que se expresó en una caída del PIB de 4.2% en ese mismo año y una tasa de inflación cercana al 100%. Esta situación se vio agravada por dos eventos internacionales: la caída de los precios del petróleo y la creciente demanda de capital por parte de los Estados Unidos de América para financiar sus déficits presupuestal y comercial. El nuevo escenario internacional hizo evidente que México ya no podría crecer sobre la base de sus exportaciones petroleras y los préstamos del exterior. El “milagro mexicano” había llegado a su fin.

Con el propósito de estabilizar la economía, el presidente Miguel de la Madrid estableció en 1983 el Programa Inmediato de Reorientación Económica, que comprendió dos medidas básicas: a) la corrección de las finanzas públicas mediante el recorte del sector estatal, el ajuste de los precios y tarifas del sector público, y la privatización de empresas gubernamentales no estratégicas; y b) la implementación de una política monetaria restrictiva.

A pesar de estas medidas, las condiciones económicas generales de México siguieron empeorando, debido sobre todo al deterioro de los términos de intercambio, a la pesada carga del servicio de la deuda y a los estragos producidos por los terremotos que afectaron en 1985 a la capital del país.

En diciembre de 1987, después de una nueva caída de la Bolsa Mexicana de Valores y ante la amenaza de un descontrol de precios –en ese año la tasa de inflación llegó a 159%–, el presidente de la república y los representantes de los sectores obrero, campesino y patronal suscribieron el llamado Pacto de Solidaridad Económica. En este pacto se plantearon diversas medidas de ajuste que incluyeron la devaluación de la moneda, el fortalecimiento de la política monetaria restrictiva, la implementación de nuevos recortes al gasto público y la contención de salarios. Los contenidos de este pacto se ratificaron y ampliaron en nuevos pactos firmados en enero de 1989 y diciembre de 1992. En estos pactos se acordaron una serie de medidas tendientes a promover el cambio estructural de la economía, a saber: la aceleración de la apertura comercial, la privatización de la mayoría de las empresas públicas, la desregulación de la economía, la reforma del sistema financiero y la renegociación de la deuda externa.

Esta situación de crisis, que se prolonga hasta la segunda mitad de los años noventa –con algunos años de alivio relativo–, ha influido de manera determinante en el gasto público en bienestar social y, por lo mismo, en el gasto público en salud. Es precisamente la relación entre la estrategia de ajuste y el gasto en salud la que se discute en este trabajo. En la primera parte se describe la evolución del gasto público general, del gasto en bienestar social y del gasto público en salud en México entre 1980 y 1994. En la segunda parte se describe con mayor detalle la distribución del gasto público en salud en ese mismo periodo entre la población no asegurada de las cinco regiones en las que dividió al país la Encuesta Nacional de Salud II (ENSAII).

La principal conclusión que se desprende de este trabajo es que en el periodo 1980-1995 se mantuvieron las brechas en el gasto en salud para población abierta que desde tiempos remotos existen entre las cinco regiones de México. Estas brechas afectan sobre todo a los estados más marginados –que se ubican en su gran mayoría en el sur del país–, no guardan ninguna relación con las diferencias regionales en las condiciones de salud y corren el riesgo no sólo de mantenerse sino incluso de profundizarse como resultado de los nuevos recortes relativos del gasto en bienestar social que contempla la política de ajuste adoptada por la presente administración.

Gasto público en bienestar social y en salud

Gasto público

Uno de los principales componentes del Programa Inmediato de Reorientación Económica establecido por el Presidente Miguel de la Madrid en 1983, del Pacto de Solidaridad Económica, firmado en 1989, y de los pactos firmados bajo la administración del Presidente Carlos Salinas de Gortari, fue la reducción del déficit público, que se reflejó en un descenso del gasto gubernamental. Entre 1982 y 1994, de hecho, el gasto del sector público, en términos reales, mostró un descenso anual promedio de 2.79%. Esto, aunado a los compromisos generados por la deuda externa, impactó de manera importante el gasto público en bienestar social y, por lo tanto, el gasto público en salud, como se verá más adelante.

El gasto público en México está dividido en dos grandes rubros. El gasto programable (GP) y el gasto no programable (GNP). El GP está constituido por el gasto del gobierno federal (Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, órganos electorales y tribunales agrarios) y por el gasto de los llamados organismos y empresas de control presupuestal directo (Instituto Mexicano del Seguro Social, Petróleos Mexicanos, Comisión Federal de Electricidad, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Compañía Nacional de Abasto y Subsistencias Populares, Ferrocarriles Nacionales, Caminos y Puentes Federales, Aeropuerto y Servicios Auxiliares, Lotería Nacional y Productora e Importadora de Papel). Por su parte, el GNP está constituido por los intereses, comisiones y gastos de la deuda; los estímulos fiscales, y las participaciones a entidades federativas, municipios y otros.

Como puede observarse en la figura 1, entre 1982 y 1987, el GP, como porcentaje del PIB, descendió del 27 al 22%, mientras que el GNP mostró un incremento en ese mismo periodo de nueve puntos porcentuales. Este comportamiento inverso nos habla de una sustitución del gasto debida sobre todo al incremento del servicio de la deuda: una buena parte de los fondos que normalmente utilizaba la federación para financiar a los diversos sectores empezaron a utilizarse para pagar los servicios de una deuda pública (alrededor del 8% del PIB en los años de ajuste), principalmente externa, que en 1987 representó el 57.4% del PIB y más del 400% de las exportaciones.¹

A partir de 1991 esta tendencia se revierte y el GP empieza a aumentar, al tiempo que disminuye el GNP. Esto se debió sobre todo a la renegociación de la deuda

externa, al saneamiento de las finanzas de la federación y a la venta de diversas empresas públicas. El GP, sin embargo, como porcentaje del PIB, no vuelve a alcanzar los niveles de principios de los años ochenta. *Gasto en bienestar social*

Para analizar la evolución reciente del gasto del sector bienestar social resulta útil ubicarlo dentro de la evolución del GP. Este gasto se divide en 10 sectores: desarrollo rural; pesca; desarrollo social; comunicaciones y transportes; turismo; energético; industrial y minero; justicia y seguridad; comercio, y administrativo.

De todos los sectores que participan en el GP, el que más presupuesto recibe es el sector desarrollo social (figura 2), que está dividido en cinco subsectores: educación; salud y laboral; solidaridad y desarrollo regional; desarrollo urbano, ecología y agua potable, y social de abasto. En promedio, este sector representó alrededor del 8% del PIB en el periodo 1980-1995. En 1981 el gasto del sector ascendió a 446 millones de pesos reales, equivalentes al 9% del PIB.* A partir de este año, sin embargo, la tendencia predominante es a la baja, hasta 1989, año a partir del cual crece hasta 1994, en que alcanza la cifra de 600 millones de pesos, equi-

* Todas las cifras en pesos que se presentan en este trabajo se deflataron a pesos constantes de 1980 índice de precios implícito del PIB.

valentes a poco más del 10% del PIB. En 1995, el gasto de este sector vuelve a caer a 523.9 millones de pesos.

El subsector salud y laboral tradicionalmente ha concentrado, junto con el subsector educación, la mayor parte del gasto del sector desarrollo social (figura 3). En 1995 el gasto en salud ascendió a 220 millones de pesos y el gasto en educación a 234 millones de pesos, que representan, cada uno, poco más del 4% del PIB.

Finalmente, el componente más importante del subsector salud y laboral es el salud, que concentra aproximadamente el 99% del gasto del subsector. Este componente está dividido a su vez en el gasto del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud (SSA), principalmente.

Gasto público en salud

Al gasto público en salud se le puede definir como la suma del gasto que hacen las instituciones de seguridad social y el gasto de las instituciones dedicadas a atender a la población no asegurada. Como porcentaje del PIB, este gasto no rebasó en el periodo 1980-1991 el 3.6%, porcentaje alcanzado en 1982. A partir de este año este porcentaje descendió hasta alcanzar en 1987 su nivel más bajo (2.7%). Posteriormente se ha ido recuperando muy lentamente, para ubicarse en 1995 en 4.06%. Esta situación es grave, ya que en México el

grueso de la población utiliza los servicios públicos de salud, y los rezagos acumulados y el crecimiento poblacional hacían esperar incrementos sustanciales. De hecho, este retroceso ha limitado las posibilidades de ampliación de cobertura y seguramente ha afectado la calidad con la que se han prestado los servicios públicos de este sector en los últimos años.

Tradicionalmente, el gasto de las instituciones de seguridad social –responsables de aproximadamente el 45% de la población total– ha sido muy superior al gasto de las instituciones dedicadas a atender a la población no asegurada –que atienden a alrededor del 50% de la población nacional. En el periodo 1987-1995, el 79% del gasto público total en salud correspondió a la seguridad social y el 21% restante a las instituciones dedicadas a atender a la población abierta.

Cabe señalar, sin embargo, que a partir de 1992 las tasas reales de crecimiento del presupuesto ejercido por las instituciones que atienden a la población abierta empezaron a ser ligeramente mayores que las tasas de crecimiento del presupuesto ejercido por las instituciones de seguridad social. De hecho, para el periodo 1987-1995 en su conjunto, el crecimiento anual promedio del presupuesto de las instituciones encargadas de la población no asegurada en términos reales fue de 4.5%, mientras que el crecimiento anual promedio del presupuesto ejercido por las instituciones de seguridad social fue de 4.2%. Este esfuerzo por cerrar las brechas institucionales, aunque loable, ha resultado insuficiente y seguramente habrá de diluirse,

ya que con la nueva Ley del Seguro Social, que entró en vigor en 1997, se incrementarán de manera sustancial las aportaciones gubernamentales al financiamiento de la seguridad social.

Gasto público en salud en población no asegurada

La SSA ocupa el segundo sitio en el cuadro del gasto público en salud y es la principal institución por lo que se refiere a la atención de la población no asegurada. En 1994 su presupuesto ejercido ascendió a \$6 157 millones, que se distribuyeron de la siguiente manera: las entidades federativas recibieron el 54%; las unidades administrativas centrales recibieron el 21%; los organismos descentralizados gastaron el 13%, y los llamados organismos desconcentrados se beneficiaron con el 12% restante.*

Para los fines de este trabajo, sólo se estudia el gasto de la SSA que corresponde a las entidades federativas, al que se adicionó el gasto del Programa IMSS-Solidaridad. Los estados se agruparon con base en las cinco regiones definidas por la ENSAII:² Norte, Centro, Sureste y Golfo, Distrito Federal y PASSPA.** Se optó por esta regionalización por la importancia que para los argumentos de este trabajo tiene el gasto de la región PASSPA.

Históricamente, las regiones que más presupuesto han recibido son la Centro y Norte. En el periodo 1985-1995 los porcentajes promedio de distribución del gasto fueron los siguientes: la región Centro recibió el 31%; la región Norte el 24%; la región Sureste y

Golfo el 16%; el Distrito Federal el 12%, y la región PASSPA el 17%.* En 1995 el gasto total por regiones se distribuyó de la siguiente manera: región Centro, 29%; Norte, 25%; PASSPA, 21%; Sureste y Golfo, 18%, y Distrito Federal, 6%.

La imagen que muestra la distribución del gasto per cápita presenta diferencias importantes respecto de la imagen de la distribución del gasto absoluto.** Las regiones que recibieron mayores recursos per cápita entre 1990 y 1995 fueron la Norte y la Distrito Federal, mientras que las regiones menos favorecidas fueron la Centro, la Sureste y Golfo, y la región PASSPA, mismas que tuvieron un gasto per cápita casi tres veces menor que la región Norte en 1990 y 1991 (figura 4).

Esta distribución de recursos no guarda ninguna relación con la distribución de las necesidades de salud. Este hecho empezó a documentarse desde los años ochenta en los trabajos de López Cervantes y Borja Aburto –que utilizaron como indicadores de necesidad la mortalidad y los años de vida potencial perdidos, respectivamente–, y se demostró de manera exhaustiva recientemente en un trabajo de Lozano y colaboradores.^{3,5} Por lo que se refiere a la esperanza de vida, por ejemplo, siete de las 10 cifras más bajas de este indi-

* Los organismos descentralizados incluyen al Instituto Mexicano de Psiquiatría, los Centros de Integración Juvenil, el Hospital General "Manuel Gea González", el Hospital Infantil de México y los Institutos Nacionales de Cardiología, Cancerología, Enfermedades Respiratorias, Nutrición, Senectud, Neurología y Neurocirugía, Pediatría, Perinatología y Salud Pública. Los organismos desconcentrados incluyen al Hospital General de México, al Instituto Nacional de la Comunicación Humana, al Instituto Nacional de Ortopedia, al Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación, al Centro Nacional de Transfusión Sanguínea y al Hospital Juárez de México.

** La región Norte comprende los estados de Baja California Sur, Baja California Norte, Sonora, Sinaloa, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas y Aguascalientes. La región Centro incluye San Luis Potosí, Guanajuato, Querétaro, Michoacán, México, Tlaxcala, Nayarit, Aguascalientes, Jalisco y Colima. La región Sureste y Golfo comprende Morelos, Puebla, Veracruz, Campeche, Tabasco, Yucatán y Quintana Roo. La región Zona Metropolitana de la Ciudad de México incluye solamente al Distrito Federal. Finalmente, la región PASSPA –Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta– comprende a los estados de Hidalgo, Oaxaca, Guerrero y Chiapas.

* En los años 1985-1988 no se incluye el presupuesto del Programa IMSS-Solidaridad.

** El gasto per cápita se obtuvo dividiendo el gasto real en salud de cada una de las regiones entre su población abierta. La población abierta, a su vez, se obtuvo restándole a las proyecciones estatales de las poblaciones regionales del Consejo Nacional de Población a la población derechohabiente de cada región.

cador en el país correspondieron en 1988 a entidades de las zonas PASSPA, y Sureste y Golfo (Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Tabasco y Veracruz).⁶ Lo mismo sucedió con la mortalidad infantil en 1990: cuatro de los cinco estados con las cifras más altas de mortalidad infantil estimada correspondieron a estados de las regiones PASSPA, y Sureste y Golfo (Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Puebla).⁶ En contraste, las cinco mejores cifras correspondieron a estados de la región Norte (Baja California Norte, Baja California Sur, Coahuila y Nuevo León) y al Distrito Federal. En el rubro de mortalidad materna la historia se repite: Oaxaca, Puebla, Tlaxcala y Veracruz presentaron en 1990 las tasas más altas de muertes maternas por 100,000 nacidos vivos registrados (120.1, 83.8, 81.9 y 75.0, respectivamente).⁷ Las tasas más bajas se presentaron en Coahuila, Aguascalientes, Tamaulipas, Baja California Sur y Nuevo León (8.4, 16.7, 18.4, 21.3 y 23.3, respectivamente).

Los datos de un estudio de la Fundación Mexicana para la Salud sobre el peso de la enfermedad confirman lo que señalan los indicadores tradicionales de salud: que las necesidades de salud tienden a ser mayores en los estados PASSPA y en las entidades del Sureste y el Golfo.⁸ Más específicamente, Oaxaca, Chiapas, Guerrero, Puebla e Hidalgo son los estados que más contribuyen al peso de la enfermedad en el país. Oaxaca y Chiapas, por ejemplo, presentaron en 1991 una pérdida de años de vida saludable cinco y cuatro veces mayor que Nuevo León, respectivamente.

Cabe señalar, sin embargo, que con el fin de cerrar estas brechas presupuestales y eventualmente las brechas en salud, desde mediados de los años ochenta el gobierno federal reestructuró la asignación presupuestal a las entidades federativas. De hecho, en el periodo 1989-1995 las tasas de crecimiento promedio del presupuesto real fueron más altas en las regiones Sureste y Golfo, y PASSPA que en el resto del país: 11.6% en la región PASSPA; 10.2% en la región Sureste y Golfo; 9.5% en la región Norte; 5.0% en la región Centro, y -1.0% en el Distrito Federal.*

Aún más, con el objetivo de fortalecer esta política presupuestal de combate al rezago, en 1989 la SSA creó el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA), que estuvo dirigido a los cuatro estados más rezagados del país (Chiapas, Gue-

rrero, Hidalgo y Oaxaca) y, paradójicamente, al Distrito Federal. El 90% de los recursos totales del programa -250 millones de dólares (180 producto de un préstamo del Banco Mundial y 70 aportados por el gobierno federal)- se utilizaron para mejorar y extender la atención básica de la salud de 13 millones de habitantes no asegurados de las entidades antes mencionadas.

La incorporación de los recursos del PASSPA le permitieron a esta región acercarse a la región Norte en 1993 y superarla en 1994. Por desgracia, los estados de las regiones Centro y Sureste y Golfo no han recibido un apoyo similar.

Por lo que se refiere al gasto per cápita (figura 5), los recursos del PASSPA le permitieron a esta región superar a la región Centro desde 1992 y acercarse a las regiones Distrito Federal y Norte. De hecho, en términos reales, el gasto per cápita en la región PASSPA se duplica entre 1990 y 1994, al pasar de 0.26 pesos en el primero de estos años a 0.58 en 1994, cifra esta última superior a la que le correspondió al país en su conjunto (0.50), pero todavía muy inferior a la de la región Norte (0.73). Por desgracia, en 1995 vuelve a descender a 0.43, cifra similar a la de 1992.

A diferencia de lo que sucedió en la región PASSPA, los esfuerzos por incrementar el gasto de las regiones Centro y Sureste y Golfo, poco impactaron el gasto per cápita en estas regiones, cuyo gasto sigue muy alejado del gasto de las regiones Distrito Federal y Norte, a pesar de tener una carga de enfermedad muy superior. De hecho, el gasto per cápita de la región Norte en 1994 fue casi dos veces superior al gasto de las regiones Centro y Sureste y Golfo.

* El descenso del presupuesto del Distrito Federal se explica sobre todo por el incremento de los organismos descentralizados y desconcentrados a costa de los servicios de salud de la capital del país. Cabe señalar, sin embargo, que los servicios de estos organismos benefician de manera abrumadora a la población de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México.

Conclusiones

Las desigualdades en la distribución del gasto público en salud en México son casi propias de este gasto y empezaron a documentarse en la literatura académica del área de la salud en los años ochenta. Como ya se señaló, en 1985, López Cervantes y colaboradores demostraron la falta de relación que existe entre las cifras de mortalidad y los recursos asignados a las entidades federativas.⁴ Algunos años después, Valdés⁹ y Herrera Zárate¹⁰ siguieron documentando la inequidad del financiamiento de los servicios públicos de salud en general. Lo mismo hicieron Borja Aburto y colaboradores en 1989, cuando ilustraron la “paradójica” relación que existe entre la distribución estatal de los años de vida potencial perdidos y la inversión pública federal en salud.⁵ También en 1989, Aspe y Beristáin publicaron un trabajo en el que se concluye que los servicios educativos y de salud se han distribuido de manera desigual en el país y que estas desigualdades corresponden a *grosso modo* con las desigualdades regionales en la distribución del ingreso.¹¹ Finalmente, en 1995, Lozano y colaboradores⁶ y la Fundación Mexicana para la Salud enriquecieron, con muy diversos tipos de indicadores, la discusión alrededor de la relación entre necesidades y recursos para la salud. Agregadas, algunas de las conclusiones a las que se llegó en estos seis trabajos fueron las siguientes:

- Las crisis económicas y las políticas de ajuste adoptadas por el gobierno mexicano desde principios de los años ochenta han influido de manera negativa en el financiamiento de los servicios públicos de salud.
- A la escasez relativa de recursos en el sector salud deben sumarse las inequidades en la asignación de recursos y la inadecuada distribución del gasto.
- La asignación de los recursos ha tendido a favorecer a las instituciones de seguridad social.
- Al interior de la SSA, la asignación ha favorecido a las áreas centrales y a las entidades federativas con mayor desarrollo.
- El gasto presupuestal en todas las instituciones ha beneficiado a la atención curativa y poco se ha hecho, incluso en años recientes, por incrementar el gasto en actividades de salud pública y promoción de la salud.
- Finalmente, el gasto público en salud se ha concentrado de manera importante en el segundo y tercer nivel de atención.

Con los datos que aquí se presentan se puede demostrar la vigencia de algunas de estas conclusiones.

La revisión del gasto público en los últimos quince años muestra, por ejemplo, que las políticas de ajuste—dentro de las que destacan, para los propósitos de este trabajo, la contracción del gasto y la canalización de una cantidad extraordinaria de recursos al pago del servicio de la deuda pública—han afectado y siguen afectando de manera negativa el gasto en desarrollo social y, por lo tanto, el gasto en salud. De hecho, en los Criterios Generales de Política Económica, la Ley de Ingresos y el Presupuesto de Egresos propuesto por las autoridades para 1997 se anticipa un estancamiento del gasto social, que representará el 56% del gasto programable.¹² También se prevé un incremento del 12% en el costo financiero de la deuda pública y un nuevo aumento del costo de los programas de apoyo a la banca nacional, que representarán el 3.9 y el 8.4% del PIB, respectivamente.¹³

Por lo que se refiere a las desigualdades en la distribución institucional de los recursos públicos dedicados a la atención de la salud, un hecho reciente permite anticipar la profundización de las brechas existentes: la aprobación de la nueva Ley del Seguro Social. Con esta nueva Ley la participación del gobierno federal dentro de los ingresos del IMSS pasará de 4.5% en 1996 a 28.5% en 1997, incremento del que se beneficiará el Seguro de Enfermedad y Maternidad.¹⁴ Difícilmente las instituciones dedicadas a atender a la población no asegurada contarán con un incremento similar en sus recursos como para mantener la relación presupuestal que tenían con las instituciones de seguridad social. De hecho, existe el peligro de que el incremento en las aportaciones gubernamentales a la seguridad social se produzca, en parte, a expensas de las asignaciones para la población abierta, con lo que se incrementaría aún más la inequidad del sistema.¹⁵

Finalmente, por lo que toca a la distribución del gasto público dedicado a la atención de la salud de la población no asegurada de México, los datos indican que si bien se han hecho esfuerzos por diluir las diferencias, éstos han sido insuficientes. Las tasas de crecimiento del presupuesto federal en los últimos 15 años han favorecido a las entidades más rezagadas, pero han impactado muy poco las brechas existentes. De hecho, el gasto per cápita en las regiones Norte y Distrito Federal sigue siendo muy superior al gasto per cápita de las entidades de la mitad sur del país, sobre todo al de los estados de las regiones Centro, y Sureste y Golfo. Estos datos sugieren, por un lado, que son la capacidad de negociación y la importancia estratégica de las entidades federativas las que han determinado la asignación de recursos, y contradicen, por el otro, el principio que tradicionalmente ha justificado la concentración de los recursos fiscales en el ámbito federal:

la redistribución de los mismos mediante su transferencia de las entidades más desarrolladas a las entidades menos desarrolladas.

Por otro lado, cabe señalar que las posibilidades que han tenido los estados de atender por su cuenta los rezagos del gasto público en salud han sido mínimas, ya que el porcentaje de los ingresos estatales provenientes de la federación asciende hoy al 81.7%.¹⁶ El nuevo federalismo, sin embargo, ofrece la oportunidad de incrementar los ingresos estatales a través de mecanismos tales como la disponibilidad directa e inmediata por parte de los estados de una parte de los impuestos que recauda la federación o la transferencia a las entidades federativas de los llamados "impuestos al pecado" (impuestos al consumo de alcohol y tabaco), que podrían etiquetarse específicamente para la atención de la salud.

El PASSPA modificó de manera importante el perfil relativo de gasto de esta región, en donde se ubican cuatro de los estados más rezagados de México. Este programa tuvo la virtud adicional de utilizar estos recursos específicamente para cerrar brechas, ya que se utilizaron como recursos complementarios del presupuesto federal, un porcentaje importante de los cuales, además, se incorporó al "irreductible" de la SSA, es decir, a los recursos mínimos que habrán de recibir estos estados en los ejercicios presupuestales por venir. Cabe señalar, sin embargo, que el PASSPA sólo benefició a cuatro de las entidades rezagadas y que una cantidad importante de sus recursos se canalizó a la capital del país, la zona con la mejor infraestructura y con los mejores indicadores de salud.

En el futuro cercano cabría esperar un mínimo de continuidad en las políticas de combate al rezago en salud y su extensión, con programas como el PASSPA, a los estados de las regiones Centro, y Sureste y Golfo. El Programa de Ampliación de Cobertura de la SSA, que se echó a andar en 1996 con recursos de un nuevo préstamo del Banco Mundial, tiene este propósito y en su primer año de existencia atenderá las necesidades de salud de la población más marginada de 11 entidades federativas. Su principal inconveniente, sin embargo, es que los datos iniciales de distribución del gasto público para población abierta indican que los recursos de este programa, más que tender a utilizarse como recursos complementarios dirigidos a combatir los rezagos, como sucedió con el PASSPA, servirán en buena medida para completar el gasto regular en salud de la federación.

La descentralización de los servicios de salud dirigidos a la población abierta también ofrece la

oportunidad de atender de manera más equitativa las necesidades de salud de la población no asegurada. De hecho, este proceso se ha hecho acompañar de nuevas fórmulas de asignación de recursos en las que se otorga un peso mucho mayor a indicadores tales como el índice de marginación y la mortalidad infantil.

En términos generales puede afirmarse que las políticas de combate al rezago en salud en el país deben tener como objetivo acercar los indicadores de salud de todos los estados por lo menos hacia los valores nacionales, y utilizar, entre muchas otras herramientas, una política de distribución desigual de recursos, pero que favorezca a quienes más los necesitan.

Referencias

1. Aspe-Amella P. El camino mexicano de la transformación económica. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1993.
2. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud II. México, D.F.: SSA, 1994.
3. López-Cervantes M. Utilización de los datos de mortalidad para la planeación de los servicios de salud: el caso de México. *Salud Publica Mex* 1985;27:124-139.
4. Borja-Aburto VH, Bustamante-Montes P, López-Carrillo L, Lona-Zamora A, López-Cervantes M. Años de vida potencial perdidos en México. Aplicaciones en la planeación de servicios de salud. *Salud Publica Mex* 1989;31:601-609.
5. Lozano R, Infante C, Schlaepfer L, Frenk J. Desigualdad, pobreza y salud en México. México, D.F.: Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad, El Nacional, 1993.
6. Secretaría de Salud, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación. Bases de información para la salud. Cifras municipales. México, D.F.: SSA, DGEIE, 1994.
7. Secretaría de Salud, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación. Mortalidad 1990. México, D.F.: SSA, DGEIE, 1992.
8. Frenk J, Lozano R, González-Block MA et al. Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 1994:95-154.
9. Valdéz-Olmedo C. Apuntes sobre el financiamiento de la salud en México. *Salud Publica Mex* 1988;30:815-826.
10. Herrera-Zárate M, González-Torres R. Dilemas del financiamiento de la salud. *Salud Publica Mex* 1989;31:800-811.
11. Aspe P, Beristáin J. Distribución de los servicios educativos y de salud. *Salud Publica Mex* 1989;31:240-284.
12. Feliz RA. La política económica para 1997. Cuaderno de Nexos 1996:XIX(228):13-14.
13. Gutiérrez A. La política económica que vendrá. Cuaderno de Nexos 1996:XIX(228):12-13.
14. Garduño R, Gallegos E. \$74 mil 949 millones, presupuesto del Seguro Social. *La Jornada* 1997; enero 30:3.
15. Frenk J. Reformar sin deformar. *Nexos* 1996:XIX(223):63-67.
16. Sánchez-Susarrey J. El futuro del federalismo en México. *Vuelta* 1996:XX(241):128-130.