

Estrategias de reforma y protección social en salud en México, primera parte: efectos en financiamiento y gobernanza del sistema de salud

Health System Reform Strategies and Health Social Protection in Mexico, first part: financing effects and health system governance

Armando Arredondo López¹
Emanuel Orozco Núñez²
Carlos Hernández Girón³
Carolina Álvarez Calixto⁴

Resumen

Objetivo: Identificar los efectos de las reformas en servicios de salud sobre indicadores de financiamiento y gobernanza en sistemas de salud.

Material y métodos: Se diseñó una investigación evaluativa basada en el método "rapid assesment". El universo de estudio fue el sistema de salud para no asegurados en México y la población de estudio se delimitó a seis estados seleccionados bajo diferentes criterios de factibilidad técnica, política y financiera. Para los datos primarios se realizaron entrevistas a profundidad con informantes clave de los estados participantes; para los datos secundarios se utilizaron estadísticas oficiales y los resultados del proyecto macro sobre reformas, políticas de salud, equidad, financiamiento y gobernanza en México, 1999-2006. El procesamiento y análisis de datos se realizó con 2 paquetes de software: ATLAS Ti y POLICY MAKER.

Resultados/Conclusiones: A partir de las reformas se han registrado importantes incrementos en los montos del financiamiento en salud, estos cambios también han coincidido con ganancia en los índices de corresponsabilidad financiera; Existe una nueva fórmula de asignación de recursos, donde el nivel estatal ha jugado un rol protagónico en su revisión, ajustes y aplicación para las adecuaciones sobre los recursos asignados y sobre el modelo de atención a la salud que cada estado adopta en función de sus necesidades; La estrategia de protección financiera en salud en algunos estados ha disminuido gastos catastróficos en salud y por consecuente el mayor empobrecimiento de las familias más vulnerables; La rendición de cuentas en el nivel federal, aunque no está ausente, se mantiene con un carácter prescriptivo, mientras que en los estados y municipios aún está ausente un sistema de rendición de cuentas y de transparencia en la asignación de recursos.

Palabras clave: reformas en salud, protección social, financiamiento, gobernanza.

Abstract

Objective: To identify effects of health system reform on health financing and health governance.

Methods and data sources: A design of evaluative research based on rapid assessment was developed. The research object it was the health system for uninsured population in Mexico, focusing on six States selected considering technical, political and financial feasibility. For primary data gathering structured interviews with key informants of selected States were done; for secondary data, official statistical data and research results of the macro project on health reform, health policy, equity, financing and health governance, 1999-2006. Information processing and analysis were done by using Atlas-Ti and Policy Maker software.

Recibido el 03 de junio de 2010. Aceptado el 12 de agosto de 2010.

1 Investigador Titular en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México. Correspondencia a: aarredon@insp.mx

2 Investigador Titular en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.

3 Investigador Titular en Epidemiología, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.

4 Asistente de Investigador en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.

Results / Conclusions: Health system reforms have showed strong influence in financing amounts and important gains in financial co-responsibility. An actualized formula for resources allocation was identified; this formula has involved States and local levels on its revision, adjustments and appliances on allocated resources and health services provision model adopted for the States in relation with their health needs. Financial protection strategy has reported protection versus catastrophic health expenditure and vulnerable families' impoverishment in some States. Accountability in federal government it is not absent, but it functions as a prescriptive policy, while transparency and accountability mechanisms at the States and municipalities are absent.

Key words: Health systems reform, financing, health governance

INTRODUCCIÓN

En los últimos 20 años el sistema de salud en México ha sido objeto de varios proyectos de reforma tanto en la manera de producir y ofertar los servicios de salud como en la manera de financiarlos y distribuirlos en la población. Partiendo de principios de equidad, protección financiera, eficiencia, accesibilidad, efectividad y calidad de la atención, dichas reformas han consolidado la diversificación de opciones de servicios de salud en tres subsistemas: el subsistema de servicios de salud para población asegurada (servicios públicos para población de la economía formal), el subsistema para población no asegurada (servicios públicos para población fuera de la economía formal y con los mayores índices de marginación) y el subsistema para población con poder de compra (sector privado).

El segundo subsistema, es decir el de los servicios públicos de salud dirigidos a los no asegurados, y particularmente los programas prioritarios a los grupos de mayor marginación, son justamente el objeto de análisis de este documento.

Con la propuesta de integración de un nuevo Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), El Programa Nacional de Salud 2001-2006, en continuidad con las reformas durante los 80s y 90s, incluyó atender retos de equidad en salud, como problemas que históricamente han estado desatendidos y que continúan siendo parte de los problemas sustantivos de los sistemas de salud. Como parte de dichos problemas, también se plantea la emergencia de nuevos problemas como el de protección financiera, gobernanza y el de la democratización de la salud. Estos problemas, constituyen los principales retos a vencer en la propuesta de implementación de un Sistema de Protección Social en Salud para población no asegurada y se sustentan en los siguientes párrafos.

Las principales estrategias de reforma planteadas explícita o implícitamente hacia el desarrollo de una mayor protección social en salud se pueden englobar

en cinco líneas de acción: extensión de cobertura, participación estatal y municipal, implementación de un paquete básico de servicios, reorganización del modelo de atención a la salud y creación de un sistema universal de salud.

En relación a la extensión de cobertura, la principal estrategia es la ampliación de la cobertura para asegurados y no asegurados. Para ello se propuso un mecanismo que garantice mayor calidad a los usuarios a través de la elección, modificando el esquema de afiliación y reduciendo las participaciones de los patrones y de los trabajadores pero incrementando la participación del gobierno. Esto permitirá que la población, principalmente urbana, con capacidad de cotizar que no pertenece a la economía formal, tenga a su alcance un medio para su incorporación, en este sentido se realizaron las modificaciones a la Ley General de Salud y a la Ley del Seguro Social, llevando a la creación del Seguro Popular de Salud (SPS) y del seguro de salud para la familia.

En lo referente a la participación estatal y municipal en el financiamiento y producción de servicios de salud, se planteó que la participación organizada de grupos de proveedores y usuarios de servicios de salud, personas, organismos no gubernamentales e instituciones de diversa índole es un elemento fundamental en el mantenimiento de la salud colectiva. En este sentido la estrategia de municipio Saludable se constituyó en el mecanismo rector de las actividades para la participación organizada de la comunidad en la definición de prioridades, elaboración de programas de salud local, y la realización y evaluación de las actividades programadas.

La estrategia para ampliar la cobertura a través de un paquete básico, pretendió acceder a los cerca de 10 millones de mexicanos con nulo o limitado acceso a servicios de salud, y como un elemento primordial de equidad y justicia social, la reforma plantea como

objetivo fundamental llegar a este grupo de población con servicios esenciales de salud. Esta estrategia se basa en la adopción de lo que se denomina "paquete básico de servicios", que se define como un conjunto esencial de intervenciones de salud que deben otorgarse a esta población en respuesta a sus necesidades prioritarias. En consistencia con la descentralización, esta estrategia de ampliación de la cobertura establece objetivos y metas en todo el país, con una operación descentralizada a los estados y municipios.

En lo referente a protección financiera la propuesta del Sistema Universal de Salud, es fortalecer el aseguramiento y desalentar el "pago de bolsillo". Lo anterior se pretende lograr mediante tres vertientes: -La creación el seguro popular de salud, -La ampliación de afiliación al IMSS y al IMSS-Oportunidades y, - El reordenamiento de los seguros privados. Se prevé que con estas tres formas todos los mexicanos para el 2025, tendrán acceso y cobertura total a la salud. El SPS y el IMSS-Oportunidades, se constituyeron como la base de equidad y disponibilidad a servicios de salud y aseguramiento nacional de la población que está fuera de la economía formal. Evidentemente, su población objetivo son los hogares de menores ingresos.

En materia del nuevo modelo de atención según el proyecto gubernamental, se propone un nuevo modelo integrado de atención a la salud, que para el 2006 pretendió que el 98 por ciento de la población estuviera atendida por un médico familiar que sea el gestor de la salud de sus afiliados. Este mismo modelo de atención advierte que se trata de que los hospitales se conviertan en organismos autónomos y que el financiamiento se asigne al usuario en lugar de asignarse a los proveedores de los servicios. Tanto las particularidades del federalismo mexicano como la estructura del poder y la estrategia de descentralización, han tenido efectos significativos en la respuesta social organizada para satisfacer las necesidades de salud de los mexicanos y el proyecto de federalización del sistema de salud y en los efectos de las relaciones entre los diferentes niveles de gobierno en materia de salud.

Las estrategias mencionadas fueron la base de la reforma propuesta desde los 80s, incluyendo el programa nacional de salud para el periodo 1995-2000. Por otra parte del 2001-2006, se implementó un proyecto de reforma que retomó algunas de estas estrategias a la vez que propuso otras nuevas, dando un giro al

sistema nacional de salud en materia de producción y financiamiento de los servicios de salud proponiendo un sistema universal de salud. El programa de salud, propuesto en principio para implementarse en el periodo 2001-2006, pero con un planteamiento estratégico de más largo plazo, planteó en esencia acabar con los problemas de equidad, calidad, acceso y cobertura del sistema nacional de salud. En este sentido enfatizó estrategias de aseguramiento en materia de protección financiera a los usuarios, particularmente para los usuarios de menor ingreso económico.

Cabe mencionar que el actual Programa Nacional de Salud 2007-2012, plantea una visión de futuro, con objetivos y metas muy concretas en cuanto a los programas prioritarios de salud, tal es el caso del Seguro Popular de Salud (SPS). Por lo que toca a la construcción de un federalismo cooperativo en salud, el PNS parte de la base que se debe lograr una mayor democratización de la salud acompañada de una distribución más equitativa de recursos para la salud; por lo que las desigualdades entre instituciones, grupos de población, niveles de atención y estados exigen la revisión de los criterios y mecanismos de la repartición de recursos financieros.

En este sentido la pregunta central a responder en este artículo es: ¿Cuáles han sido los efectos de las reformas en salud sobre el financiamiento y la gobernanza en salud?

METODOLOGÍA

Para responder a la pregunta planteada se diseñó un estudio de investigación evaluativa tomando como objeto de análisis los cambios, niveles, tendencias y efectos de estrategias/reformas, tanto en el sistema público de salud como en las condiciones de salud de los usuarios. Mediante técnicas de revisión y análisis de documentos/estadísticas oficiales, análisis de publicaciones/bases de datos con diferentes hallazgos empíricos y entrevistas a personal clave en los estados seleccionados, se desarrolló una investigación evaluativa con un diseño retrospectivo, integrando análisis cualitativo y cuantitativo.

Universo, población de estudio y criterios de selección. El universo de análisis fue la población no asegurada en México. La población de estudio se limitó a usuarios y servicios de salud para población abierta

(población sin acceso a servicios de salud dirigidos a la población de la economía formal). Por razones de costos, temporalidad, factibilidad y calidad de la información, el análisis se delimitó para 6 estados. Para dar representatividad de los resultados, la selección de los estados se realizó estratificando por nivel de ingreso (alto, medio y bajo), índice de marginación (alto, medio y bajo), área geo-política y temporalidad de las estrategias de reforma. Los estados se integraron en 3 grupos: grupo A, 2 estados centro-sur, PRI, de ingreso bajo y alta marginación (Hidalgo y Oaxaca), grupo B: 2 estados noroeste-sureste, PRI-PRD, de ingreso medio y marginación media (Tabasco y Colima), y grupo C: 2 estados norte, PRD-PAN, con ingreso medio/alto y marginación baja (Baja California y Jalisco). Para el análisis de las tendencias (de indicadores de financiamiento y de salud) antes y después de las estrategias de reforma, 1995 es el año de corte para el período 1990-2006.

Revisión documental y fuentes de información. Con el objeto de desarrollar un análisis descriptivo sobre los servicios públicos de salud para no asegurados y de identificar las características distintivas para dos programas de salud dirigidos a la población mas marginada de México se llevó a cabo un análisis documental de diferentes publicaciones. Para este proceso, después de una búsqueda sistematizada se seleccionaron 35 fuentes de información básica para el análisis. La principal fuente de información fueron los resultados de dos proyectos de investigación desarrollados en el INSP dentro de la línea de investigación de Equidad, Gobernanza y Protección Financiera en Salud: "Políticas de financiamiento en el contexto de la reforma de la salud en México" y "Equidad, Gobernanza, Financiamiento y Descentralización en Salud en México". Como parte del proceso de revisión documental también se llevo a cabo la revisión y selección de documentos publicados que incluyeran datos oficiales sobre los principales indicadores a utilizar para el estudio de las tendencias y cambios en los estados bajo análisis.

Entrevista con personal clave. Para complementar la información cualitativa ya existente, sobre las relaciones intergubernamentales y cambios a partir de programas prioritarios de salud, se realizaron entrevistas con personal clave en los estados. Fueron seleccionados directivos de alto nivel en los estados (directores de planeación/evaluación, directores del SPS y directores

de Unidad de descentralización) a los que se aplicó una entrevista semiestructurada con los siguientes puntos: rol del gobierno estatal en el monitoreo de programas prioritarios de salud, nivel de información y de influencia de autoridades de salud en los programas de salud dirigidos a grupos prioritarios, principales instrumentos del gobierno central para influenciar el desempeño del estado en materia de salud, como afectan los programas como SPS, APV, etc. los acuerdos institucionales (sobre todo con cambios en el nivel de autonomía y toma de decisiones a nivel estatal sobre estos programas. Estos resultados se procesaron analizaron con el software ATLAS-TI y POLICY MAKER.

Tendencias del gasto total en salud y de indicadores sociales por grupos de estados: Se realizó un análisis de tendencias de gasto total en salud en no asegurados para cada uno de los 6 estados en un periodo de 10 años (antes y después de la descentralización, tomando como año de referencia 1995). Se integraron en este mismo análisis las tendencias de 5 indicadores sociales para cada uno de los seis estados: Tasa de escolaridad, ingreso per cápita, tasa de urbanización/drenaje, agua potable y población económicamente activa. Para los indicadores sociales analizados solo existen datos para tendencias en 1990, 1995 y 2003.

Tendencias del financiamiento en salud para población no asegurada. Para cada uno de los 6 estados, se analizaron las 4 principales fuentes de financiamiento de servicios de salud para población no asegurada: aportaciones del gobierno federal, aportaciones del gobierno estatal, aportaciones municipales y aportaciones de los usuarios (1990-2003). También se analizaron las tendencias del peso relativo por fuente de financiamiento: al interior de cada estado y entre los 6 estados. El análisis de tendencias por objeto de gasto se realizó dividiendo la asignación del gasto en tres categorías: recursos para programas de atención preventiva, recursos para programas de atención curativa y recursos para la gestión y administración en salud. Desde la perspectiva de diferentes actores sociales, se analizaron resultados de estudios previos sobre las principales alternativas de financiamiento y mecanismos de asignación que se han desarrollado a partir de la estrategia de descentralización y reforma de salud, resaltando la responsabilidad de los gobiernos estatales y gobiernos municipales.

Análisis de relación entre variaciones sobre gobernanza y desempeño.

El análisis de gobernanza incluyó los resultados sobre 9 indicadores de gobernanza: -Conocimiento y aceptación de diferentes programas de salud para no asegurados; -Participación en toma de decisiones de programas de salud a nivel local; -Capacidad de gestión y reasignación de recursos a nivel estatal; -Rendición de Cuentas con participación de actores estatales y municipales; -Participación de todos los actores en la gestión de nuevas fuentes de financiamiento; -Grado de interacción entre actores sociales: proveedores, usuarios, gobiernos y ONGs; -Transparencia en el uso de recursos para la gestión de programas de salud; -Mecanismos de coordinación entre programas de apoyo a necesidades locales de salud; y -Nivel de acuerdo entre actores de servicios de salud para no asegurados. Este análisis se realizó en los 6 estados bajo estudio: Jalisco (Partido político en el gobierno estatal PAN), Colima, Oaxaca, Hidalgo y Tabasco (Partido político en el gobierno estatal PRI) y Baja California (Partido político en el gobierno estatal PRD).

RESULTADOS

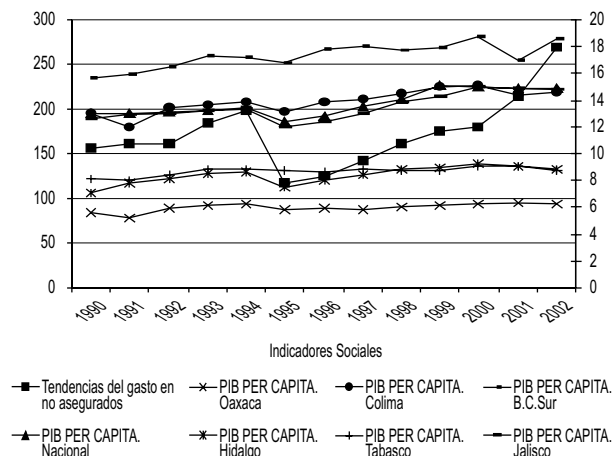
Los resultados de la revisión documental, de otros hallazgos empíricos y de las propias entrevistas a personal clave en los estados se presentan a continuación en diferentes secciones.

Resultados sobre el análisis de indicadores sociales y de financiamiento en salud, de gobernanza y de impacto en salud para los estados bajo estudio.

-Tendencias del gasto en salud e indicadores sociales.

Respecto a las tendencias y cambios en el gasto en salud e indicadores sociales seleccionados, los resultados presentan diferencias dependiendo del tipo de estado que se trate (ver gráficas 1-2). En efecto, para los dos estados de ingreso bajo se observa para 1995 una tendencia decreciente tanto para gasto en salud como para ingreso per cápita. En el resto de indicadores no hay tendencias decrecientes significativas, más bien se observa una tendencia mínima creciente y constante de 1990 al 2002. En otras palabras podemos decir que en los estados de ingreso bajo analizados aparentemente no existe correlación entre tendencias de indicadores económicos y efectos en indicadores sociales.

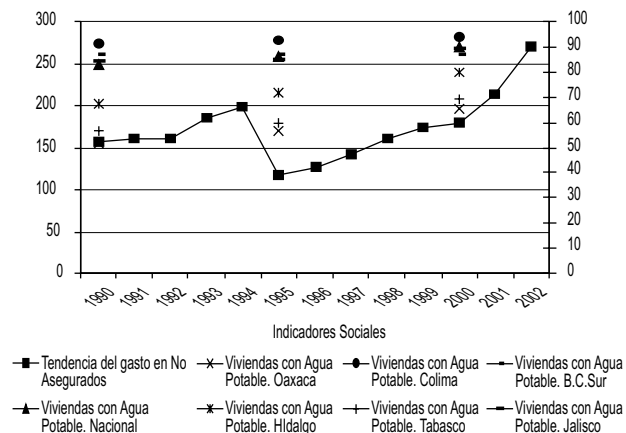
GRÁFICO 1:
TENDENCIAS DEL GASTO EN SALUD Y PIB PER CAPITA
(en USD miles de Dolares)



FUENTE: Anuarios Estadísticos del INEGI, Oaxaca, Hidalgo, Colima, Tabasco, Baja California Sur, Jalisco. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. 1990-2002. Secretaría de salud y Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados. Informes Anuales del presupuesto y gasto ejercido. Informes Anuales del Patrimonio de la Beneficencia Pública. Presupuestos ejercidos por programas, capítulo e institución. Secretaría de Salud y Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados. Informes Anuales del presupuesto y gasto ejercido. Informes Anuales del Patrimonio de la Beneficencia Pública. Presupuestos ejercidos por programas, capítulo e institución. Anuarios y Estadísticos de la SSA, a nivel Estatal y Municipal, 1999-2000. Proyecto Financiamiento, Equidad, Gobernanza y Descentralización INSP 1999-2005, Arredondo A. Y Cols. México, Salud 2001-2004. Información para rendición de cuentas. SSA. México 2008.

Para los estados de ingreso medio, se observa el mismo tipo de tendencia decreciente para 1995 sin aparentes efectos sobre el resto de indicadores sociales. Una diferencia importante en comparación con los estados de ingreso bajo, es la más rápida recuperación de la tendencia creciente tanto del gasto en salud como del ingreso per cápita. Por otra parte en Colima llama la atención la tendencia tan irregular del ingreso per cápita. En los estados de alto ingreso, igualmente se presenta la tendencia decreciente para 1995 para gasto en salud e ingreso per cápita. Una diferencia importante en estos estados, en relación a los de ingreso bajo y medio, es la tendencia decreciente que estos estados vuelven a presentar al final del período de estudio.

GRÁFICO 2:
TENDENCIAS DEL GASTO EN SALUD Y VIVIENDAS CON AGUA POTABLE
(en USD miles deDolares)



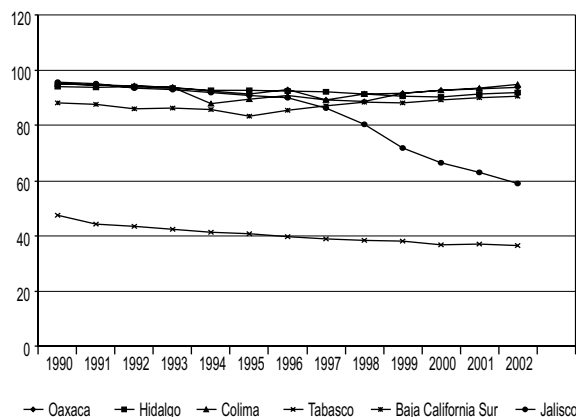
FUENTE: Anuarios Estadísticos del INEGI, Oaxaca, Hidalgo, Colima, Tabasco, Baja California Sur, Jalisco. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. 1990-2002. Secretaría de salud y Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados. Informes Anuales del presupuesto y gasto ejercido. Informes Anuales del Patrimonio de la Beneficencia Pública. Presupuestos ejercidos por programas, capítulo e institución. Secretaría de Salud y Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados. Informes Anuales del presupuesto y gasto ejercido. Informes Anuales del Patrimonio de la Beneficencia Pública. Presupuestos ejercidos por programas, capítulo e institución. Anuarios y Estadísticos de la SSA, a nivel Estatal y Municipal, 1999-2000. Proyecto Financiamiento, Equidad, Gobernanza y Descentralización INSP 1999-2005, Arredondo A. Y Cols. México, Salud 2001-2004. Información para rendición de cuentas. SSA. México 2008.

-Tendencias de los diferentes indicadores de financiamiento en salud. Sobre el comportamiento de los montos de las aportaciones federales al gasto en salud para no asegurados, para todo el período de análisis, Tabasco es el único estado que desde el inicio de la descentralización muestra evidencias con tasas crecientes constantes de responsabilidad financiera desde las aportaciones del nivel estatal al gasto en salud (ver gráfico 3). En efecto este estado desde el principio de la descentralización asumió alrededor del 50 % del gasto en salud. El otro estado que asumió esta responsabilidad es el estado de Jalisco a partir de 1995, año en que se reactiva la segunda fase de la descentralización. En el resto de los estados el gasto total en salud depende en su mayoría del nivel federal (entre el 93 y 95 %). Estos resultados también se han observado en otros países cuando se han implementado cambios en las políticas de financiamiento o en reformas a la producción de servicios de salud.

Para el caso de Baja California, se observó una tendencia creciente con una caída importante para 1995 pero con

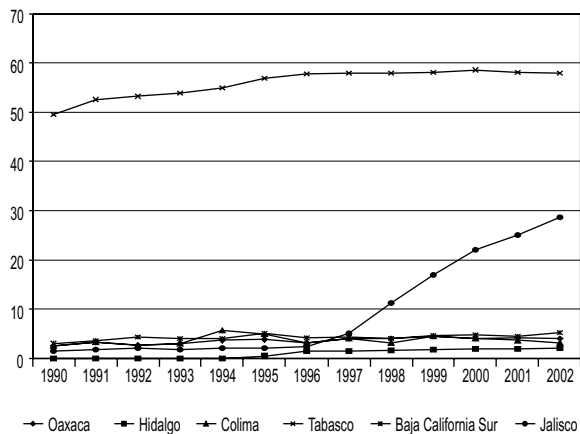
una rápida recuperación a partir de 1996, llegando a incrementos importantes del gasto en salud para el 2003. Respecto a las aportaciones del nivel federal al gasto en salud para el periodo 1990-2003 en el estado de Baja California, presentó tendencias irregulares. Durante la primera parte del periodo (1990-1995) se observan tendencias decrecientes que a partir de 1996 tienden a recuperarse, tanto en pesos constantes como en dólares. Decrecientes. Sobre las aportaciones federales llama la atención que al final del periodo se incrementa la participación financiera del nivel federal contrario a lo que se esperaría a medida que avanza la reforma y la descentralización de la salud en este estado.

GRÁFICO 3:
TENDENCIAS DEL GASTO EN SALUD
POR TIPO DE FUENTE DE FINANCIAMIENTO FEDERAL



FUENTE. Secretaría de Salud y Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados. Informes Anuales del presupuesto y gasto ejercido. Informes Anuales del Patrimonio de la Beneficencia Pública. Presupuestos ejercidos por programas, capítulo e institución. Secretaría de Salud y Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados. Informes Anuales del presupuesto y gasto ejercido. Informes Anuales del Patrimonio de la Beneficencia Pública. Presupuestos ejercidos por programas, capítulo e institución. Anuarios y Estadísticos de la SSA, a nivel Estatal y Municipal, 1999-2000. Proyecto Financiamiento, Equidad, Gobernanza y Descentralización INSP 1999-2005, Arredondo A. Y Cols. México, Salud 2001-2004. Información para rendición de cuentas. SSA. México 2008.

GRÁFICO 4:
TENDENCIAS DEL GASTO EN SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO ESTATAL.



FUENTE. Secretaría de Salud y Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados. Informes Anuales del presupuesto y gasto ejercido. Informes Anuales del Patrimonio de la Beneficencia Pública. Presupuestos ejercidos por programas, capítulo e institución. Secretaría de Salud y Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados. Informes Anuales del presupuesto y gasto ejercido. Informes Anuales del Patrimonio de la Beneficencia Pública. Presupuestos ejercidos por programas, capítulo e institución. Anuarios y Estadísticos de la SSA, a nivel Estatal y Municipal, 1999-2000. Proyecto Financiamiento, Equidad, Gobernanza y Descentralización INSP 1999-2005, Arredondo A. Y Cols. México, Salud 2001-2004. Información para rendición de cuentas. SSA. México 2003.

Sobre el aporte del nivel estatal al financiamiento de la salud también se observa una tendencia irregular con incrementos y decrementos dependiendo del año bajo estudio. No obstante podría decirse que en la primera parte del periodo se observa una tendencia al incremento misma que tiende a estabilizarse durante la segunda parte del período (gráfico 4).

Es evidente y significativa la diferencia de aportación monetaria al compararlo con el nivel federal. Llama la atención que, aunque mínima, si se mantiene una tendencia incremental en este tipo de aportaciones. En lo que se refiere al aporte del nivel municipales hasta 1997 que se inicia con la responsabilidad financiera de la salud desde el nivel municipal. Aunque el aporte en este estado es mínima (del 1.2%), es importante resaltar que mantiene una tendencia al incremento y se espera que en los próximos años se mantenga. Finalmente en cuanto al aporte de los hogares a través de las cuotas de recuperación que se pagan a los centros de atención a la salud para población no asegurada, resalta el hecho de una tendencia al incremento en la primera mitad del período con una tendencia en franco decremento en la segunda mitad del período pasando de 11.8% en el año

de mayor aporte a 3.1% en el último año del estudio. Esto es de particular importancia porque significa que la participación de los hogares en el financiamiento de la salud para este estado decreció en aproximadamente un 80%.

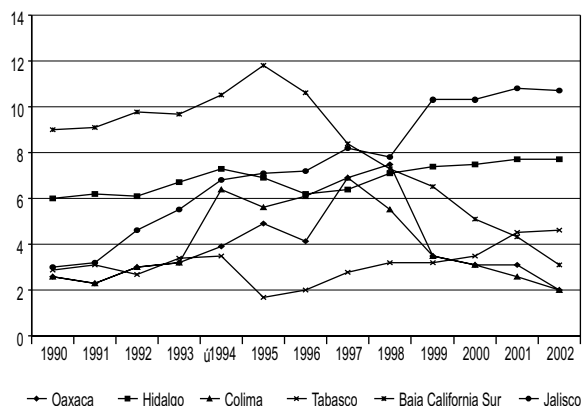
Para el caso de Colima, las tendencias del gasto en salud para población no asegurada presenta una tendencia regular e incremental y constante sin ninguna caída significativa en ningún año del periodo. La aportación del nivel federal al financiamiento de la salud en este estado es relativamente alta y presenta tendencias irregulares. En efecto mientras que al principio del periodo el aporte federal representó el 94.7% del gasto total en salud, para 1994 el nivel de participación bajo al 87.9, volviendo a subir al final del período y en el año 2002 este mismo aporte representó el 94.7 del gasto total en salud. El aporte del nivel estatal al gasto en salud se mantiene con cambios importantes. Para 1990 fue del 2.5%, llegando a su máximo en 1994 con un 5.7% para volver a caer a 3.1 en el 2002-2003. Llama la atención no solo los cambios tan irregulares en las tendencias de este tipo de aporte financiero sino también en el peso relativo tan bajo de este aporte sobre el total del gasto en salud. Algo similar sucede con el aporte del nivel municipal. Este aporte inicia con una cantidad muy baja en 1999 y no solo no se mantiene sino que tiende a disminuir pasando de .5 a .2 como % del gasto total en salud.

Respecto al aporte de los hogares al financiamiento de la salud en Colima, al igual que en el resto de aportaciones se observan tendencias muy irregulares iniciando el periodo con 2.6, llegando a mitad del período con 6.9 y cayendo al final del período para el año 2003 al 2.1% del gasto total en salud. Evidentemente llama la atención no solo la irregular participación de los hogares en este estado, también llama la atención la caída del 50% de la participación de hogares en el financiamiento en salud al final del período. Lo que más llama la atención en el caso del estado de Colima es la caída de más del 100% de la participación de los hogares en el gasto en salud, justamente después de la reforma y de la descentralización en salud (ver gráfico 5).

En cuanto a los resultados para Jalisco, este es uno de los estados donde se presentan tendencias con incrementos constantes y de peso importante en el gasto total en salud. Sobre los cambios en los montos financieros que aporta el nivel federal se observan tendencias

decrecientes en el peso relativo de la aportación del nivel federal; estas tendencias se mantienen constantes desde el primero hasta el último año del período de estudio pasando del 95.5% en 1990 a 59.0% en el 2002. A diferencia de los cambios en el nivel federal, los cambios en la participación financiera del nivel estatal, presentan tendencias crecientes. Para el primer año del estudio, 1990 la participación estatal fue del 1.5%, presentando una tendencia creciente constante y llegando a representar para el año 2002 el 28.7% del gasto total en salud. Algo similar sucede con las tendencias de los montos financieros del nivel municipal. Aunque el aporte financiero del nivel municipal a la salud en Jalisco aparece en 1996 las tendencias se mantienen crecientes y constantes pasando de .5 a 1.6% del gasto total en salud al final del período. En cuanto al aporte de los hogares para el financiamiento en salud, al igual que en las aportaciones de niveles estatal y municipal se observan tendencias crecientes constantes desde el inicio hasta el final del período de estudio.

**GRÁFICO 5:
TENDENCIAS DEL GASTO EN SALUD
POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO HOGARES**



FUENTE. Secretaría de Salud y Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados. Informes Anuales del presupuesto y gasto ejercido. Informes Anuales del Patrimonio de la Beneficencia Pública. Presupuestos ejercidos por programas, capítulo e institución. Secretaría de Salud y Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados. Informes Anuales del presupuesto y gasto ejercido. Informes Anuales del Patrimonio de la Beneficencia Pública. Presupuestos ejercidos por programas, capítulo e institución. Anuarios y Estadísticos de la SSA, a nivel Estatal y Municipal, 1999-2000. Proyecto Financiamiento, Equidad, Gobernanza y Descentralización INSP 1999-2005, Arredondo A. Y Cols. México, Salud 2001-2004. Información para rendición de cuentas. SSA. México 2008.

Respecto a las tendencias comparativas por variable de estudio, sobre las tendencias del aporte federal al financiamiento de la salud, son los estados de Tabasco

y Jalisco que presentan tendencias decrecientes con mayor énfasis a partir de 1995, justamente el año de corte del período de estudio. Respecto a los resultados comparativos del aporte estatal, llama fuertemente la atención la diferencia tan marcada a partir de 1996 de incremento de la responsabilidad financiera del gobierno del estado de Jalisco en la salud y la d Tabasco desde principios del período. El caso de Oaxaca, Hidalgo, Colima y Baja California se mantienen mas o menos con las mismas tendencias decrecientes para el final del período de estudio. Los resultados sobre el aporte municipal, evidencian incrementos importantes en Tabasco, Jalisco y Baja California, con descensos en el caso de Colima, Oaxaca e Hidalgo. Llama la atención la tendencia decreciente tan marcada de la aportación de los hogares en los casos de Colima, Tabasco y Baja California, así como la tendencia creciente constante por los hogares en el caso de Jalisco, Oaxaca e Hidalgo.

El análisis comparativo de las tendencias del gasto total en salud para cada estado bajo estudio, muestra evidencias de que en los 6 estados se observan tendencias crecientes constantes y sólo en el caso de Colima, Oaxaca e Hidalgo se dio una caída significativa en el año 1996, misma que se recupera inmediatamente en el año 1997-98. También es importante resaltar que en todos los estados las tendencias crecientes son mucho más importantes a partir del año 1997. Es Jalisco el estado que recibe mas recursos aunque al hacer el análisis por gasto per cápita al final del período, es el estado de Baja California el que representa un mayor gasto per cápita (208 dls.), seguidos de Colima (147 dls.), Tabasco (146 dls.), Jalisco (107 dls.), Hidalgo (88 dls.) y en último lugar Oaxaca (77 dls.)

En cuanto a las tendencias de los montos de financiamiento por objeto de gasto en el estado de Baja California, es importante resaltar que los montos de inversión para atención preventiva presentan tendencias crecientes, aunque un tanto irregulares. La atención curativa en este mismo tipo de población representó el rubro con mayor inversión y con tendencias crecientes constantes. En lo referente a montos de inversión para atención curativa se observaron tendencias decrecientes que pasan de 65.0% en 1990 a 68.3% en el 2003. Lo contrario sucede para las tendencias de montos de inversión en gastos de administración, pasando estos de 27.9% en 1990 a 18.0% en el 2003. Dos evidencias llaman la atención: en primer lugar, la inversión en atención curativa es relativamente muy alta; en segundo lugar, los

gastos de administración y personal también son muy altos, aunque tienden a decrecer al final del período.

Respecto a las tendencias para población no asegurada en Colima, los montos invertidos en atención preventiva presentaron tendencias crecientes constantes pasando del 10.3% al 25.6% para el final del período de estudio. Lo anterior significó un incremento del 100% durante todo el período de estudio. En el caso de la atención curativa se observaron tendencias con cambios irregulares pero que al final del período un mínimo descenso (pasó de 56.7% al 55.0%). Diferentes fueron los resultados para gastos de administración; en efecto, estos presentaron tendencias con cambios decrecientes constantes que pasaron del 33.0% en 1990 a 23.4% en el 2003. En este estado, existe un alto porcentaje asignado a atención curativa y altos gastos de administración para población no asegurada, que aunque tienden a decrecer son significativamente diferentes del mismo tipo de gastos para población asegurada.

El destino final de los recursos en el estado de Jalisco presenta cambios con tendencias muy irregulares en todos los rubros. En atención curativa se presentan

tendencias con altas y bajas inconstantes de tal forma que el primer y último año resultó en el 12% del gasto total en salud, con máximos y mínimos que varían desde 8% al 18% dependiendo del año bajo estudio. En las tendencias del destino final para atención curativa se observan cambios crecientes constantes pasando de 72% en 1990 al 73.1% en el 2003. Llama la atención que a diferencia de los otros dos estados en este, los gastos de administración presentan tendencias con cambios crecientes constantes pasando del 4% al 11% y representando un incremento de poco más del 100% en gastos de administración.

Resultados sobre Gobernanza en salud

Análisis de las características distintivas de principales Programas de Salud para grupos marginados: SS públicos, SPS e IMSS Oportunidades.

Como parte de la sección de programas prioritarios de salud para población no asegurada a continuación se presenta en la figura 2, un análisis comparativo de las características distintivas de los programas revisados en comparación con los servicios de salud para toda la población no asegurada.

Tabla 1:
Análisis comparativo de SS públicos, SPS e IMSS Oportunidades. México 2006.

PROGRAMA	Principios y efectos en reducción de desigualdades	Tipo de servicios	Cobertura	Beneficiarios	Fuentes de financiamiento	Participación por nivel de gobierno	Participación Comunitaria
Programa de Servicios Públicos de salud a toda la población	Se basa en el principio de Ciudadanía. Promueve la desigualdad al interior de los no asegurados	Paquete Básico de 71 intervenciones y todos los servicios de primer, segundo y tercer nivel que soliciten y puedan pagar los usuarios. El rango de servicios varía en los estados.	12 000 000 de familias	Todos los usuarios que demanden atención a la salud y que preferentemente no cuenten con seguridad social	Federal, Estatal, Municipal y Usuarios (dependiendo del Estado o Municipio).	Federal, Estatal y Municipal	Participación pasiva y dirigida por los proveedores de servicios de salud
Seguro Popular de Salud	Se basa en principios de Ciudadanía y Pobreza. Tiene efecto positivo en protección financiera, el dinero sigue al usuario. Reproduce todos los efectos negativos del modelo clásico de atención a la salud.	Servicios de salud para las 150 intervenciones especificadas en el catálogo de servicios del SPS. (más en primer y segundo que en tercer nivel)	3 500 000 de familias	Familias sin seguridad social adscritas al programa	Federal Estatal Hogares (dependiendo del decil de ingreso familiar anual)	Federal Estatal	Participación pasiva en el proceso de atención médica pero activa en el financiamiento dependiendo del decil de ingreso
IMSS Oportunidades	Basado en principios de Ciudadanía, Pobreza extrema y Grupo prioritario. Efecto populista y paternalista sobre el sistema de salud y sobre los usuarios	Servicios de primer y segundo nivel que demanden los usuarios en el rango de las 5 acciones de Atención Médica del programa.	1 156 509 familias	Familias sin seguridad social que residen en el área de influencia de las unidades médicas del programa (comunidades más marginadas)	Federal	Federal	Participación muy activa, constante y permanente en la mejora de condiciones de salud a nivel individual y colectivo

Fuente: Resultados propios a partir de identificación de características distintivas entre los principales programas de salud dirigidos a la población de mayor marginación en México. Diciembre del 2006.

Fortalezas y debilidades en algunos indicadores de efectos de la descentralización en las relaciones intergubernamentales a partir de las reformas en salud. En las tablas 1 y 2, se presentan los resultados de entrevistas a profundidad con directivos clave de los sistemas estatales de salud de los estados bajo estudio para identificar algunos efectos o impactos de la descentralización en materia de salud. En la figura 1, el análisis está centrado en los efectos sobre las relaciones entre los diferentes niveles de gobierno. Sobre los efectos que fortalecieron las relaciones intergubernamentales hay que resaltar el rol más proactivo, propositivo y decisorio del nivel estatal, pero resaltando el rol del partido político en el poder a nivel estatal y sus coincidencias con el nivel federal. Otro efecto relevante ha sido la posibilidad de mayor adecuación del modelo de atención e incluso de las intervenciones en salud que cada estado puede realizar a partir de los acuerdos de descentralización entre niveles federal y estatal.

El rol de mayor responsabilidad en el monitoreo de los programas estatales de salud ha tenido como resultado mayores índices de efectividad y cumplimiento de metas por el nivel estatal. La participación activa y el alto grado de influencia del gobierno federal en el monitoreo, seguimiento y desempeño del sistema estatal de salud se tomó como una fortaleza en la mayoría de los estados. Finalmente dentro de las fortalezas se resaltó cambios favorables en materia de financiamiento y producción de servicios, sobre todo sustentado con los nuevos mecanismos de financiamiento y los nuevos roles en la asignación de recursos por parte del nivel estatal.

Como principales debilidades se mencionaron los bajos niveles de coordinación entre niveles federal y estatal, cuando los partidos políticos en los diferentes niveles de gobierno son diferentes y sobre todo cuando son tan diferentes como de derecha y de izquierda. Cuando la diferencia está entre partidos de centro vs. derecha, el nivel de desacuerdo es menor. La dificultad de acuerdos también se refleja de manera muy importante entre los niveles de gobierno estatal vs. municipal. La principal evidencia es que desde la perspectiva de autoridades municipales, la descentralización sólo llegó al nivel estatal y ahora el gobierno estatal se ha convertido en el nivel central que concentra todo el poder de decisiones dejando un margen muy bajo en el poder decisivo del nivel municipal y de las ONGs. Otra debilidad importante es que desde la perspectiva del nivel estatal

hay un exceso de controles y seguimiento en algunos programas de salud, sobre todo en los programas prioritarios como el SPS y APV.

Tabla 2:
Fortalezas y debilidades en algunos indicadores de efectos de la descentralización en las relaciones intergubernamentales a partir de las reformas en salud, 2006.

INDICADORES DE EFECTO	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Cambios en los mecanismos de coordinación entre nivel federal y estatal para acuerdos institucionales	<ul style="list-style-type: none"> - Niveles adecuados de coordinación y mayor margen para la toma de decisiones en gobiernos estatales que asumen sin discusión los programas propuestos desde el nivel central y donde no hay conflicto de partidos políticos - Los nuevos acuerdos permiten mayor adecuación por el nivel estatal en el modelo de atención y en la reasignación de recursos financieros. 	<ul style="list-style-type: none"> - En situaciones de conflicto entre partidos políticos en los niveles de gobierno federal vs. estatal, los acuerdos no avanzan y existen bajos niveles de coordinación y generación de conflicto entre niveles de gobierno llegando a bloquear, detener o condicionar la implementación de estrategias de reforma o programas prioritarios.
Cambios en los mecanismos de coordinación entre nivel estatal y municipal/ jurisdiccional	<ul style="list-style-type: none"> - Los programas prioritarios de salud presentan mayor efectividad en el desempeño y hay mayor eficiencia en la asignación de recursos de acuerdo a las necesidades de salud a nivel estatal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los niveles estatal y municipal a veces no manejan con precisión y claridad los modelos de atención y los modelos técnicos de análisis que subyacen en programas prioritarios de salud o incluso en la misma reforma de salud.
Instrumentos de coordinación entre los tres niveles de gobierno	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis integral de la efectividad y cumplimiento de metas en salud en los documentos técnicos de informes estatales y federales de gobierno. - Acuerdos de gestión y seguimiento de Indicadores de evaluación del desempeño, de transparencia y de rendición de cuentas, solo a nivel federal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de instrumentos de evaluación del desempeño, de transparencia y de rendición de cuentas a nivel estatal y municipal. - No existen acuerdos de gestión entre nivel estatal y municipal.
Grado de influencia del gobierno federal en el monitoreo, seguimiento y desempeño del sistema estatal de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Rol de participación muy activa y decisiva, sobre todo en programas prioritarios de salud (SPS, APV, etc.) y en la implementación del programa nacional de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rol pasivo en programas prioritarios de salud que no dependen directamente del nivel central de la SSA. Índice de corresponsabilidad muy baja en la mayoría de estados y municipios.
Efectos de nuevos programas federales de salud en los mecanismos de coordinación	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios en mecanismos de producción y financiamiento en salud. - Generación y promoción de nuevas alternativas de financiamiento y nuevos roles de decisión por niveles estatal y municipal de gobierno 	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño, monitoreo, evaluación y control excesivo desde el nivel central, tanto en estrategias de reforma como en programas prioritarios de salud. - Efectos confusores al interactuar con los mismos recursos de otros programas de salud.

Fuentes: Resultados propios a partir de entrevistas con directivos clave de los 6 estados bajo análisis. Enero del 2006. Arredondo A. et al, Primer Informe Técnico. Proyecto Equidad, Gobernanza y Financiamiento en Salud a partir de la reforma de la salud en México. INSP, 2003-2006.

Tendencias de indicadores de gobernanza en salud.

Revisando las fortalezas, Jalisco y Tabasco presentan de alto a medio grado de impacto de cambios en los diferentes indicadores de gobernanza; los estados de Hidalgo y Colima de medio a bajo y el estado de Baja California Sur y Oaxaca de bajo a nulo impacto de los cambios. Las principales fortalezas se presentaron en la identificación de estrategias de reforma, pasando por la solicitud de mayores mecanismos de transparencia en el uso y asignación de recursos, mayores espacios de participación de todos los actores sociales en la toma de decisiones en todo el ámbito de la salud, sobre todo en programas con un alto componente de participación comunitaria como el IMSS-Oportunidades, en Oaxaca e Hidalgo, o Oportunidades componente salud (antes PROGRESA) en Baja California Sur, Jalisco, Tabasco y Colima.

También se observaron fortalezas relevantes en materia de asignación y reasignación de recursos, mayor interacción de actores, presencia de sistemas de rendición de cuentas y nuevos mecanismos de mediación para apoyo a grupos vulnerables, resaltando como ejemplo el SPS. Como fortaleza importante, se refirió la existencia de iniciativas comunitarias para mejorar el bienestar, el reconocimiento de espacios para la participación comunitaria vinculados a programas gubernamentales (IMSS-Oportunidades, Oportunidades-salud y Comités Promotores de Salud), el apoyo de trabajo comunitario para mejorar las unidades de salud, coordinación intersectorial y la existencia de mecanismos de mediación para apoyar a grupos vulnerables. En los tres estados se refirió el fortalecimiento del nivel local para la toma de decisiones. Particularmente se resaltó que las nuevas iniciativas como el Seguro Popular de Salud empoderan más a los usuarios debido a que suponen aportaciones directas y beneficios específicos, así como la preocupación por una mayor ciudadanía de de la atención a la salud. (ver tablas 3 y 4)

A diferencia de las fortalezas, las principales debilidades se observaron en Baja California Sur Oaxaca, Hidalgo y Colima con alto-medio impacto; seguidos de Jalisco y Tabasco con bajo-nulo impacto dependiendo del indicador. Las mayores debilidades se presentaron en el desconocimiento y rechazo de programas prioritarios de salud por la mayoría de los actores sociales, particularmente de usuarios y proveedores

en el nivel municipal. Resaltó también el conflicto de diferentes niveles de gobierno en la conducción de los programas de salud, la asignación discrecional de recursos, sobre todo el uso político de programas prioritarios de salud como el SPS, particularmente en Colima; la participación social pasiva y dirigida por los proveedores de salud dejando un escaso o nulo margen de acción en diferentes comunidades, sobre todo en las comunidades más marginadas; la escasa capacidad de negociar y gestionar recursos desde los niveles estatal y municipal; la falta de precisión y claridad en la aplicación de la fórmula de asignación de recursos con equidad desde el nivel central hacia el nivel estatal de salud; el desinterés de actores en el abordaje intersectorial o interinstitucional de los problemas y programas de salud. Finalmente la falta de espacios de participación en la gestión de recursos financieros.

Algunas debilidades con implicaciones complejas se refirieron a la posibilidad de politizar los recursos y el gasto en salud, así como a que la participación social esté concebida únicamente dentro de cauces oficiales, a lo que se agregó el centralismo federal. Para los casos de Oaxaca, Hidalgo, Baja California Sur y Colima se refirió un manejo limitado del marco legal y sus alcances, así como la falta de un planteamiento explícito orientado a una mayor gestión de recursos financieros y la falta de mecanismos para monitorear el uso de los recursos entre prestadores de servicios.

Tabla 3:**Fortalezas de Gobernanza en salud en 6 estados de México, 2006.**

Fortalezas	BCSUR	COLIMA	JALISCO	OAXACA	HIDALGO	TABASCO
Identificación y uso de marcos legales y normativos de estrategias de reforma	-	+	++	+	+	++
Participación en toma de decisiones a nivel local	++	+	++	-	-	++
Capacidad de gestión y reasignación de recursos a nivel estatal	-	+	+++	+	++	+++
Rendición de Cuentas con participación de actores estatales y municipales	-	-	++	-	-	++
Participación de todos los actores en la gestión de nuevas fuentes de \$	-	+	++	++	+	++
Mayor interacción entre actores sociales: proveedores, usuarios, gobiernos y ONGs.	-	-	++	+	+	+++

Transparencia en la gestión de programas y recursos públicos	+	+	+++	-	-	++
Mecanismos de mediación para apoyar a grupos vulnerables/prioritarios.	-	+	+++	++	++	++
Nivel de acuerdo y estabilidad política entre actores y sus interacciones	+	+	+++	-	+	+++

Alto= +++ Medio= ++ Bajo= + Nulo= -

Fuentes: Arredondo A. et al, *Primer Informe Técnico. Proyecto Equidad, Gobernanza y Financiamiento en Salud a partir de la reforma de la salud en México. INSP, 2003-2006. Entrevistas con Directivos, Seminario nacional de Financiamiento, Gobernanza y Equidad en Salud, Guadalajara, Enero 2006.*

Tabla 4:

Debilidades de Gobernanza en salud en 6 estados de México. 2006.

Debilidades	BC SUR	COLIMA	JALISCO	OAXACA	HIDALGO	TABASCO
Desconocimiento y rechazo de programas prioritarios de salud	+++	++	+	++	++	-
Conflicto en diferentes niveles de gobierno	+++	++	+	+++	++	+
Ausencia de mecanismos para monitorear el uso de los recursos	+++	++	+	+++	+	+
Asignación de recursos con discrecionalidad	+++	+++	+	+++	++	++
Intereses en función de partidos políticos en el poder federal, estatal-municipal	++	+++	+	+++	+	++
Participación social dirigida por el proveedor (participación pasiva y sin poder de decisión)	+++	+++	+	+	++	+
Imposibilidad de negociar los recursos y reasignar el gasto en salud	+++	+++	+	++	++	-
Desinterés de actores en el abordaje integral-interinstitucional de problemas comunes de salud a nivel estatal	+++	+++	+	+++	++	-
Falta de espacios de participación y gestión de financiamiento	+++	+-	+	++	++	-

Alto= +++ Medio= ++ Bajo= + Nulo= -

Fuentes: Arredondo A. et al, *Primer Informe Técnico. Proyecto Equidad, Gobernanza y Financiamiento en Salud a partir de la reforma de la salud en México. INSP, 2003-2006. Entrevistas con Directivos, Seminario nacional de Financiamiento, Gobernanza y Equidad en Salud, Guadalajara, Enero 2006.*

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Efectos de estrategias de reforma en la gobernanza en sistemas de salud.

Desde que se firmaron formalmente los convenios de descentralización en salud con los gobernadores de los estados, uno de los principales puntos de conflicto de las reformas fue que la transferencia de recursos y responsabilidades del gobierno federal a los estados implicó una redistribución del poder que no se ha podido concretar principalmente por dos factores: la ausencia de los mecanismos viables para la nueva estructura de poder y la necesidad de un replanteamiento efectivo en las relaciones entre los gobiernos, instituciones y usuarios de servicios de salud. En efecto, a pesar de los avances en la democratización, del replanteamiento de las relaciones intergubernamentales con la descentralización en el contexto de un nuevo federalismo, el factor más importante en la estructura del poder en México, continúa siendo el nivel federal del poder ejecutivo: presidente y secretario de salud. En efecto el control del ejecutivo federal sobre las relaciones intergubernamentales persiste y se fundamenta en una gran diversidad de facultades formales e informales del nivel federal sobre el nivel estatal.

El curso de los últimos años muestra que el Gobierno, las Instituciones de Salud y la Sociedad, aún no han establecido de manera clara y estructurada los nuevos mecanismos mediante los cuales establecerán su relación y las nuevas reglas de intercambio político para una óptima conducción de estrategias de reforma como la descentralización. El planteamiento de la política de descentralización en salud, pretendió acabar con el sentido centralista de las estructuras de gobierno, tal como se comentó en las primeras secciones de este documento, sin embargo los hallazgos presentados hacen ver que los niveles estatales y municipales de salud continúan con una relación dependiente del centro y solo es en algunas excepciones, como los estados de Tabasco, Baja California Sur y de Jalisco, donde se ha podido concretar y desarrollar cambios importantes en las relaciones de gobiernos/autoridades.

Las relaciones intergubernamentales para los acuerdos entre los diferentes niveles de gobierno dependen en gran medida de los partidos políticos en el poder. En estados donde gobierna el PAN, partido en el poder

federal, las relaciones intergubernamentales continúan bajo la misma estructura de poder del centro a los estados y municipios. En estados donde el partido en el poder es el PRI, partido aliado en muchos ámbitos con el PAN, las relaciones intergubernamentales siguen la misma estructura con algunos matices dependiendo; finalmente en los estados donde gobierna el PRD, las relaciones intergubernamentales si han sido efectivamente replanteadas, con diferentes niveles de negociación, acuerdos y desacuerdos entre nivel federal y estatal, incluso ha habido situaciones donde los programas de salud como el SPS han sido cuestionados y replanteados tanto en su estructura organizacional como en su estructura financiera, llegando a estar totalmente cancelados de manera temporal hasta que no se lleguen a acuerdos concretos entre los diferentes niveles de gobierno y autoridades de salud.

Sobre la capacidad de conducción de estrategias de reforma en el planteamiento de nuevas reglas y roles para los actores sociales, los resultados sugieren que los niveles de gobernanza entre los diferentes actores del actual sistema de salud, constituyen uno de los mayores espacios a replantear en el proceso de evaluación, monitoreo y ajustes de reforma y democratización de la salud en México. Analizando de manera integral los indicadores de gobernanza utilizados, no es posible diferenciar efectos de la descentralización en materia de participación social en salud. Hay un efecto marginal y este se limita a la participación pasiva de algunos líderes comunitarios en comités estatales de salud. La evidencia que si se pudo identificar es que el éxito en la conducción de la reforma en salud depende del grado y tipo de participación de los diferentes actores del sistema de salud, particularmente de los partidos políticos en el poder.

La participación en salud y rol de los usuarios depende en gran medida del tipo de programa de salud en el que se demanden servicios o al que haya adscripción, del tipo de responsabilidad financiera y del modelo de atención. Por ejemplo los usuarios que se han adscrito al SPS, en todos los estados se observa un rol de participación muy pasiva y dirigida por los proveedores, sobre todo a nivel de la salud individual. Los usuarios que se inscriben en IMSS-Oportunidades, tienen una participación mas activa, dirigida por los mismos usuarios/líderes comunitarios y con un enfoque individual y colectivo

sobre las condiciones de salud. La participación activa de la población usuaria, también se vio fuertemente asociado al grado de marginación social del estado y a la capacidad de interacción y negociación de los diferentes actores políticos del gobierno, en función de la coincidencia o diferencia de partidos políticos en los diferentes niveles de gobierno (federal, estatal y municipal).

-Las nuevas modalidades o programas de proveer servicios de salud a nivel local (SPS, IMSS-Oportunidades, APV, etc.) más que responder a decisiones de gobiernos y necesidades locales, responden y son producto de programas verticales y centralizados y no a una estrategia descentralizadora. Más aún estos programas se constituyen, se coordinan y se mantienen en los niveles centrales de la administración federal en turno, ejemplo claro es el IMSS Oportunidades, que cambian desde el nombre hasta mecanismos de operación y gestión dependiendo de la filosofía y lineamientos de la administración federal en turno y del momento político.

Como principal efecto de la gobernanza en las decisiones y resultados en salud a nivel estatal, retomamos las evidencias que presentamos sobre la conducción de la reforma. Es decir que en aquellos estados donde existe el mismo partido político en poder de los niveles de gobierno municipal, estatal y federal, existe un alto acuerdo entre los diferentes actores (niveles de gobierno, proveedores, usuarios y líderes de ONGs) y por consecuente el avance en la conducción de la reforma ha sido mayor.

Efectos de estrategias de reforma sobre los mecanismos de financiamiento y asignación de recursos en salud, incluyendo efectos que han tenido programas prioritarios de salud como el IMSS-Oportunidades y el SPS:

-En los servicios públicos para no asegurados, la regla es que tanto la producción de servicios como el financiamiento y asignación de recursos sigue operando desde el nivel central del país. Hay escasas evidencias de un rol de participación activa en la toma de decisiones a nivel local. La capacidad de gestión, rendición de cuentas y la transparencia en la asignación de recursos son procesos aún ausentes en la mayoría de los estados bajo estudio. En lo relativo al SPS, dada

la corresponsabilidad de su estructura financiera, las autoridades estatales de salud tienen un mayor poder de decisión en la gestión, en los mecanismos para apoyo a grupos más vulnerables, y en el nivel de acuerdo entre los principales actores políticos, incluyendo autoridades del gobierno estatal. Para el caso del IMSS-Oportunidades, sólo hay que reiterar que este es un programa financiado y coordinado totalmente desde el nivel central sin ninguna prerrogativa al nivel estatal o local; excepto que recientemente se está replanteando algún tipo de acuerdo con el nivel estatal del SPS para la atención de algunos usuarios.

Respecto a las tendencias del gasto en salud y la distribución porcentual de las diferentes fuentes de financiamiento, se observa una situación muy irregular. Los cambios en el marco legal para adecuar más el sistema de salud a las necesidades locales de salud a tenido diferentes niveles de efectividad en cada estado del país. Por ejemplo si contrastamos Tabasco y Jalisco con el resto de los estados, llama la atención la participación tan importante del gobierno estatal en el financiamiento en salud para Tabasco y Jalisco, mientras que en el resto, a pesar de que el nivel estatal debería tener una participación de por lo menos el 30% del gasto estatal en salud, casi el 100% del gasto depende del gobierno federal. Por otra parte hay estados donde existe una participación relativamente importante de los usuarios en el financiamiento de los servicios de salud, sobre todo en Oaxaca e Hidalgo. Esto último es muy contradictorio, porque justamente en los dos estados más pobres y de mayor marginación social existe la participación mas importante del gasto en salud, en relación a los otros estados de menor marginación social y de un ingreso per-cápita mayor.

Sobre los efectos que en materia de financiamiento y asignación de recursos han tenido programas prioritarios de salud como el IMSS-Oportunidades y el SPS, existen evidencias de que a partir de la implementación de tales programas, en algunos estados las tendencias al incremento se presentaron tanto en los aportes federales como en los estatales y en los aportes de los usuarios. Por ejemplo el caso de estados como Colima o Yucatán la mayor parte de los efectos se ve sobre el aporte federal, mientras que en los casos como Jalisco y tabasco hay importantes efectos sobre los aportes estatales. Esto de alguna manera responde también a la

cultura de corresponsabilidad financiera que estos dos estados han implementado desde la descentralización. Sin embargo hay que resaltar que hasta no aclarar los nuevos cambios (a partir de enero del 2006) en el financiamiento y asignación de recursos para el IMSS-Oportunidades y SPS, no se conocerán los posibles efectos en los próximos flujos financieros de estos programas.

A partir de la descentralización es posible identificar dos patrones de cambio en el financiamiento: Un patrón A, donde la principal fuente de financiamiento ha sido el nivel federal, pero con cambios muy importantes a partir de la segunda mitad del período (1995). Estos cambios, aunque mínimos, representan una tendencia creciente y constante desde los aportes financieros del nivel estatal y municipal, acompañados de cambios con tendencias irregulares desde las aportaciones de los hogares. Este patrón es el caso de Oaxaca, Hidalgo, Baja California y Colima. Un patrón B, donde los aportes de financiamiento del nivel federal presentan una clara tendencia decreciente combinado con una clara tendencia creciente tanto de los aportes financieros de los niveles estatal, municipal y de los hogares; pero con mayor significancia del nivel estatal. Este patrón es el caso de Jalisco y Tabasco.

En lo referente al destino final de los recursos por rubro de gasto para población no asegurada también se pudo identificar dos patrones de destino final de los recursos. Un patrón A (Colima, Oaxaca, Hidalgo y Baja California), donde las tendencias presentaron cambios crecientes constantes para los gastos en atención preventiva, sin cambios significativos para atención curativa y cambios decrecientes constantes para gastos de administración. Un patrón B (Jalisco, Tabasco), cambios muy irregulares en las tendencias de los tres rubros de gasto.

Referencias

1. Abel-Smith B and Dua A. *Community financing in developing countries: the potential for health sector. Health Policy and Planning, 1988, 3:95-108.*
2. Arredondo A. *Estudio de caso sobre la descentralización en salud en México. En : Federalismo, políticas de salud, descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva comparada. Forum of Federations. Ottawa, Canada. 2003:125-143*

3. Arredondo A. y Orozco E. *Effects of health decentralization, financing and governance in Mexico*. *Rev Sau Pub de Brasil*, 2006. Vol 40, No. 1: 152-60.
4. Arredondo A. y Recaman A. *el financiamiento de la Salud en México: algunas evidencias para las políticas del sector*. *Hitos en Ciencias Económico-Administrativas*. 2004. Vol 9 No. 23: 9-16.
5. Arredondo A. and Orozco E. *Governance and equity from health care reform in Mexico*. *Inter. Jou of Health Planning and Management*, 2008; Vol 23: 37-49
6. Banco Nacional de México. *México Social*. 11a. edición. México, D.F.: División de Estudios Económicos y Sociales. BANAMEX, 2009.
7. Bloom G. 2005. *Health and Social Protection: Meeting the Needs of the Very Poor*. In : *Social protection for Chronic Poverty Conference*. Institute for Development Policy and Management. Risk, Needs, Rights in Health Research University of manchester, *Social Protection for Chronic Poverty Conference*, February 2005.
8. Braveman P and Gruskin S. 2003. *Poverty, equity, human rights and health*. *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (7):539-545.
9. Cassels A. 1995. *Health sector reform: key issues in less developed countries*. *Journal of International Development*, 7(3)329-347.
10. Cogan John F, Hubbard Glenn, Kessler Daniel P, *Making Markets Work*. 2005. *Health Affairs* Vol 24 (6):1447-1457.
11. Consejo Nacional de Población. *Situación actual de las y los jóvenes en México*. *Diagnóstico sociodemográfico*. México, D.F.: CONAPO, 2006.
12. Consejo Nacional de Vacunación. *Programa de Atención a la Salud del Niño*. *Manual de procedimientos técnicos*. México, D.F.: CONAVA, SSA, 2007.
13. Contandriopoulos André Pierre et al. *Entendiendo las Transformaciones de los Sistemas de Salud: Una Perspectiva Canadiense*. Universidad de Montreal . Junio del 2006. ISBN: 2-922521-03-6.
14. *Diario Oficial de la Federación-Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2005. *Acuerdo por el que la Coordinación General del programa IMSS- Oportunidades*. *Reglas de operación del programa IMSS-Oportunidades*, Segunda Edición, Marzo 2005: 24-27.
15. European Observatory of Health Systems. 2005. *Health Care Systems in Transition, Organizational structure and management*, Spain. Pp: 17-73
16. Exelle Ben D, Herdt Tom De, 2007. *The Fairness Concerns in Social Protection and Poverty Reduction*, Institute of Development Policy and Management- University of Antwerp, Belgium :2-5.
17. Frenk J. 1994. *Dimension of Health system reform*. *Health Policy* 27 p: 19-34 .
18. Frenk J., 2006. *Creció mas del doble el presupuesto a salud en este gobierno*, *La Crónica*, 1 de Diciembre del 2006: 14.
19. Harvard School of Public Health. 2005. *Health Disparities and the Body Politic, A Series of International Symposia*. Pp: 24-40.
20. Horvath Tamás. 2003. *Decentralization: experiments and reforms*. *Local government and public service reform initiative*. The Open Society Institute. OSI/LGI: 3-11.
21. IMSS, 2007. *Anuario estadístico de servicios médicos*. México, D.F.: IMSS, 1980-2007.
22. Instituto Nacional de Estadística. *Geografía e Informática*. *Anuarios Estadísticos por estado* Oaxaca, Colima, Hidalgo, Tabasco, Baja California Sur y Jalisco. 1990-2006.
23. Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Nutrición 2006*. Niños menores de cinco años. Cuernavaca, Morelos: INSP, 2006.
24. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. *Anuario Estadístico*. México, D.F.: ISSSTE, 1990-2006.
25. Khaleghian R. 2003. *Decentralization on Public Services*. *Working Paper Number 2989*, March. World Bank (2003): 3-9.
26. Ke Xu et al. 2003. *Household catastrophic health expenditure: a multicountry análisis*. *The Lancet*, 362: 111-117.
27. Merlis M. 2003. *Family out-of-pocket spending for health services: a continuing source of financial insecurity*. *Working Paper*. The Commonwealth Fund: 23-46.
28. Morris, S. *Corruption and the Mexican political system: continuity and change*. *Third World Quarterly*. June 1999. 20(3): 623-643.
29. National Population Council (Consejo Nacional de Población). *La Marginación en los Municipios de México, 1990-2005*. México: Secretaría de Gobernación; 2005 p. 35-63.
30. Nathan Richard P, 2005. *Federalism and Health Policy*. *Health Affairs*, Volume 24, Number 6: 1458-1465.
31. Organización Panamericana de la Salud. *Situación de salud en las Américas: Indicadores Básicos de Salud 2008*, Ginebra: OPS-OMS, 2009.
32. *Programa de Reforma del Sector Salud, 2007-2012*. Poder Ejecutivo Federal, México, 2008.
33. Secretaría de Salud. *Anuario Estadístico 1993-2004*. México, D.F.: Dirección General de Estadística e Informática, SSA, 1994-2004.
34. Secretaría de Salud. *Compendio histórico*. *Estadísticas Vitales 1893-2008 EUM*. México, D.F.: Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, 2009.
35. SSA, 2004. *Secretaría de Salud-Instituto Mexicano del Seguro Social-Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado*. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México D.F.: 26-29.
36. WHO Equity team, 2005., *Priorities for research to take forward the health equity policy agenda*, *Bulletin of the World Health Organization*, vol 83 (12): 948-953.