

# Estrategias de reforma y protección social en salud en México, segunda parte: efectos sobre equidad, eficiencia, cobertura y condiciones de salud

## Health System Reform Strategies and Health Social Protection in Mexico, part two: effects on equity, efficiency, accessibility and health conditions

Armando Arredondo<sup>1</sup>  
Emanuel Orozco<sup>2</sup>  
Carlos Hernández<sup>3</sup>  
Carolina Álvarez<sup>4</sup>

### Resumen

**Objetivo:** Identificar los efectos de las reformas en servicios de salud sobre indicadores de condiciones de salud de la población, así como sobre indicadores de equidad, eficiencia y cobertura en el desempeño de los 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: Baja California Sur, Tabasco, Jalisco, Oaxaca, Hidalgo y Colima. 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 3 paquetes de software: ATLAS Ti, STATA y POLICY MAKER.

**Resultados/Conclusiones.** A partir de las reformas se han registrado importantes incrementos en los montos del financiamiento en salud y cambios de mayor efectividad en los mecanismos de coordinación entre los niveles de gobierno en salud en la mayoría de los estados del país; estos cambios también han coincidido con ganancia positiva en algunos indicadores sociales y particularmente con mejora en los niveles de la mortalidad infantil, mortalidad materna y morbilidad por enfermedades crónicas e infecciosas; existen evidencias de mejoría en indicadores del desempeño del sistema de salud que coinciden con la implementación de los cambios señalados. El Seguro Popular de Salud (SPS), es una estrategia de financiamiento con un principio muy sólido de equidad; por primera vez el financiamiento sigue al usuario, lo cual es de particular relevancia en un país donde la migración interna de la población que no pertenece a la economía formal es tan alta. En algunos estados los usuarios de menor ingreso familiar son los que incurrir en mayores gastos catastróficos en salud. Las medidas para avanzar en la equidad en la asignación de recursos para población no asegurada no han sido suficientes: continúan los altos índices de inequidad, particularmente en los estados de mayor marginación.

*Palabras clave:* Reformas, equidad, eficiencia, cobertura, condiciones de salud

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: aarrendo@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.

## Abstract

**Objective:** To identify health system reform effects on populations' health conditions indicators, and on equity, efficiency, coverage and health system performance.

**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: Baja California Sur, Jalisco, Tabasco, Oaxaca, Hidalgo y Colima. For primary data gathering structured interviews with key informants of selected States were done; for secondary data official statistics and research results of the macro project on health system reform, health policy, equity, financing and health governance in Mexico were used. Data processing was carried out using three software packages, Atlas-Ti and Policy Maker for qualitative information, and Stata for quantitative data.

**Results / Conclusions:** Health system reform has produced an important increase in health financing amounts and changes in major effective coordination mechanisms among government levels in selected states. These changes have also coincided with positive gains in some social indicators and improvements in infant mortality, maternal mortality and morbidity of infectious and chronic diseases. There are evidences of improvement of health system performance which are coincident with implementation of the changes. The Popular Health Insurance is a financing strategy with a solid equity principle; it is the first time that money follows health services users if he or she moves from one State to another, a relevant situation because of internal migration of informal sector workers. In some States low income users do incur in catastrophic health expenditure. The measures implemented so far for the advance in equity in resources allocation for uninsured population aren't sufficient, as shown by higher inequity indicators in the poorest States.

*Key Words:* Health system reform, social protection in health, health conditions, health system performance

## 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 reformas 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 pretende que el 98 por ciento de la población esté

adscrita a 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 en 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 ¿Existen evidencias de efectos de los cambios en el financiamiento como estrategia de reforma sobre las condiciones de salud y sobre el desempeño del sistema de salud para no asegurados en México?

## 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 geopolítica 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 más 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 llevó 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.

**Entrevistas 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 a profundidad 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 y tendencias de indicadores de gasto e indicadores de impacto en salud.** Para tratar de encontrar alguna correlación entre recursos financieros e impacto en salud, se realizó un análisis de tendencias del gasto en salud para no asegurados y tendencias de 4 indicadores de impacto en salud para el período 1990-2003 en los tres grupos de estados y utilizando los siguientes indicadores: Mortalidad infantil, mortalidad materna, morbilidad por enfermedades crónicas (diabetes) y morbilidad por enfermedades infecciosas (IRAS).

**Análisis y tendencias en el desempeño de los servicios para no asegurados.** En esta sección se incluyó un análisis de indicadores de desempeño en los servicios de salud para población no asegurada, para un período de 5-10 años, dependiendo del indicador (algunos datos sobre estos indicadores no estuvieron disponibles antes de 1998 o presentan problemas de falta de calidad y confiabilidad). Los indicadores de desempeño que se analizaron fueron:

Indicadores de Cobertura: cobertura de vacunación, médicos por habitantes y camas censables.

Indicadores de Eficiencia: Tasa de ocupación hospitalaria, índice de rotación y tasa de promedio diario de consultas.

Indicadores de Equidad: Índice de inequidad en la asignación de recursos, gasto catastrófico por estado,

índice de responsabilidad financiera gob. federal /gob. estatal, gasto per cápita por estado.

## RESULTADOS

Los resultados de la revisión documental, de otras bases de datos y de las propias entrevistas a personal clave en los estados se presentan a continuación en diferentes secciones.

En lo referente a los efectos de impacto positivo vs. impacto negativo de la descentralización sobre algunas variables sustantivas de los sistemas estatales de salud, el análisis se dirigió a los efectos sobre financiamiento, equidad, gobernanza, efectividad de los programas de salud, calidad de la atención y al impacto sobre indicadores epidemiológicos de salud. Las principales evidencias de impacto positivo o negativo se presentan en la figura 1. Entre evidencias de impacto positivo resaltan la mayor responsabilidad por parte del nivel estatal en el financiamiento de la salud; la generación de una fórmula de asignación de recursos con amplia participación en ajustes y adecuaciones de dicha fórmula en función de las necesidades y recursos estatales de salud; la participación más activa de todos los actores del nivel estatal con replanteamientos en los actores, los roles y las interacciones entre los diferentes actores del sistema federal y estatal de salud; El rol activo en el control, monitoreo y garantía de programas estatales de calidad de la atención y finalmente la mayor autonomía en el nivel estatal para las adecuaciones en el modelo de atención, las intervenciones a implementar y la reasignación de recursos para las intervenciones a implementar de manera más acorde con las necesidades locales de salud.

Los principales efectos de impacto negativo se refieren sobre todo a que en el nivel municipal no ha habido cambios sustanciales ni en el financiamiento, ni en la efectividad de los distintos programas, ni en la manera en que se organizan los recursos para generar los servicios de salud. En efecto, sigue funcionando prácticamente de la misma manera en que se hacían las cosas desde antes de la descentralización. Si bien es cierto se ha avanzado poco en la determinación de necesidades en los niveles estatal y municipal, nada se ha avanzado en la generación de más y nuevos recursos en salud para y por el nivel municipal.

**Figura 1:**  
**Evidencias sobre algunos efectos de impacto positivo y de impacto negativo de la descentralización en variables sustantivas de los sistemas estatales de salud: 2006**

VARIABLE	EFFECTOS DE IMPACTO POSITIVO	EFFECTOS DE IMPACTO NEGATIVO
<b>FINANCIAMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor corresponsabilidad desde el nivel estatal / municipal en el financiamiento de la salud.</li> <li>- Una mayor adecuación en el destino final de los recursos.</li> <li>- Se han ampliado y diversificado las fuentes y fondos de financiamiento a nivel federal-estatal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El nivel municipal no ha tenido cambios en el financiamiento</li> <li>- Se siguen transfiriendo recursos de la federación al estado sin tomar en cuenta el universo total de unidades y de recursos humanos.</li> <li>- No se garantizó en todos los estados el financiamiento para la homologación de los recursos humanos</li> </ul>
<b>EQUIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creación de una fórmula de asignación presupuestal con una amplia participación de ajustes desde el nivel estatal.</li> <li>- Normas para la reasignación de recursos en los niveles estatal y municipal bajo criterios clínicos, epidemiológicos y económicos.</li> <li>- Incorporación de un enfoque de justicia social en salud dirigido hasta el municipio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poco margen de maniobra del nivel estatal, ante una designación federal, para priorizar la atención de zonas marginadas.</li> <li>- Implementación del Sistema de Protección Social en Salud, sin tomar en cuenta la capacidad de infraestructura de las unidades médicas y promover su arranque en zonas urbanas, ampliando las brechas en relación con las zonas rurales.</li> <li>- Detección de nuevas necesidades de salud, sin que se destinen más recursos para su atención.</li> </ul>
<b>GOBERNANZA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participación más activa de los diferentes actores en toma de decisiones sobre programas de salud.</li> <li>- Modificación de la Ley General de Salud con efectos positivos hacia la protección social en salud a grupos vulnerables.</li> <li>- Replanteamiento de reglas, actores y roles tanto en materia de financiamiento como en la producción de servicios de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estancamiento en la transición hacia nuevos actores, nuevas reglas, nuevos roles y nuevos procesos.</li> <li>- Limitación de la capacidad de conducción a nivel municipal</li> <li>- Los roles en los diferentes niveles de decisión no tuvieron un sustento financiero</li> </ul>
<b>EFFECTIVIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor poder en toma de decisiones sobre los recursos en función de las necesidades estatales.</li> <li>- Adecuación del modelo de atención y de intervenciones por parte del nivel estatal.</li> <li>- Mayor efectividad en la generación y uso de recursos financieros a nivel estatal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sólo hay efectividad a nivel estatal sin llegar a cambios efectivos a nivel municipal</li> <li>- Altos niveles de coeficiente costo-efectividad sin haber concretado el cometido.</li> </ul>
<b>CALIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actores sociales del nivel estatal y municipal con mayor participación en la mejora de la relación médico paciente.</li> <li>- Reorganización de la prestación del servicio a través de diagnósticos para detectar áreas de oportunidad en los niveles estatal y municipal.</li> <li>- Mejora en la infraestructura de la atención médica a nivel estatal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de continuidad de las políticas de Calidad de la Atención Médica.</li> <li>- No se desarrolló un sistema de monitoreo de la calidad de la atención médica a nivel estatal y municipal.</li> </ul>
<b>INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS DE SALUD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autonomía a los estados de planificación de los servicios acorde a su perfil epidemiológico.</li> <li>- Intervención estatal más expedita para la solución de problemas de salud pública y brotes epidémicos sin esperar instrucciones del nivel federal.</li> <li>- Mayor cantidad de recursos para programas enfocados a la prevención de daños a la salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No todos los estados y municipios cuentan con el personal técnico capacitado para realizar adecuaciones del modelo de atención a partir del perfil epidemiológico, de las necesidades de salud y de los recursos financieros y materiales en el nivel estatal</li> </ul>

**Fuentes:** Resultados propios a partir de entrevistas con directivos clave de los 6 estados bajo análisis. Guadalajara, 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 del gasto en salud e indicadores de salud.** En esta sección se analizan posibles relaciones entre tendencias del gasto en salud con tendencias en los siguientes indicadores de impacto en salud: Incidencia (casos) de Mortalidad Infantil (menores de 1 año) y Mortalidad Materna (todas las causas). Tasa de morbilidad por Diabetes Mellitus tipo II (DMII) e Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs), por 100,000 habitantes.

La mortalidad es el indicador que, paradójicamente, mejor describe las ganancias y la situación de la salud de

la población. En México el descenso de la mortalidad se observa en forma sostenida desde poco antes de 1940; sin embargo esta disminución no se ha dado de manera homogénea en todos los estados del país, como se verá mas adelante, siendo las áreas rurales y en particular los grupos étnicos los menos favorecidos en la mejora de estos indicadores de salud.

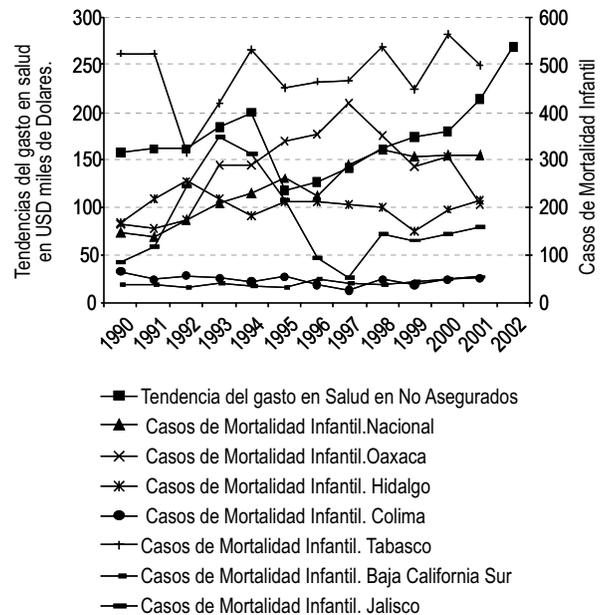
### **Mortalidad Infantil**

En los 6 estados, se observan importantes descensos en la tendencia de este indicador comparados con los cambios

del gasto en salud realizado en ese periodo. Se observa que entre 1995 y 1996 hubo un descenso del gasto en salud, de 200,000 a 120,000 USD, pero a partir de 1997 el incremento del gasto es notorio, hasta alcanzar más de 250,000 USD en el 2002. Por otra parte, la mortalidad infantil nacional, muestra una tendencia ascendente de 1990 a 1993, de 245 a más de 1000 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, para disminuir a 328 muertes por 100,000 nacidos vivos, y ahí nuevamente incrementarse, hasta estabilizarse en alrededor de 500, en el año 2003. Si bien hay Estados en donde la tendencia ha sido notoriamente más baja que la media nacional, Jalisco (125 en 2003), existen otros Estados con importantes variaciones, como Tabasco, Oaxaca e Hidalgo, en donde se observan los mayores casos de mortalidad materna, de los 6 Estados comparados, arriba de la media nacional.

En Tabasco se observa las mayores tasas de mortalidad, arriba de 1,000 en todo el período observado, incluso llegar a 1936 muertes por 100,000 en 1991. A partir del año 2000 parece observarse una tendencia a la estabilización alrededor de 1000 casos por 100,000. En Oaxaca se observa una tendencia ascendente en la tasa de alrededor de 950 casos en 1991 a más de 1400 casos por 100,000 nacidos vivos en 1993, y a partir de allí una tendencia descendente hasta alrededor de 450 casos en el 2003. En forma similar el estado de Hidalgo muestra un incremento en la tasa por este indicador arriba de 1,000 entre 1991 y 1993, para entonces mostrar una tendencia decreciente hasta menos de 300 en 1999, para luego repuntar hasta 578 en el 2003. Por otra parte en Jalisco se ha observado una tendencia en la tasa de mortalidad infantil, menor a la media nacional. Se observa un incremento importante entre 1993 y 1994 (de 509 a 729 muertes por 100,000), para descender a menos de 200 en 1994, y mantener esa tendencia estable hasta el 2003 (125 por 100,000). Los estados de Colima y Baja California Sur muestran una tendencia estable intermedia, similares a la media nacional, para el período observado. (Ver gráfica 1)

**GRAFICA 1.**  
**TENDENCIAS DEL GASTO EN SALUD**  
**Y CASOS DE MORTALIDAD INFANTIL**



Fuente: Anuarios Estadísticos de la secretaria de Salud, Oaxaca, Hidalgo, Colima, Tabasco, Baja California Sur, Jalisco. 1990-2002. Secretaria 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. Secretaria 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. Fuente: Anuarios Estadísticos de la secretaria de Salud, Oaxaca, Hidalgo, Colima, Tabasco, Baja California Sur, Jalisco. 1990-2002. Secretaria 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. Secretaria 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.

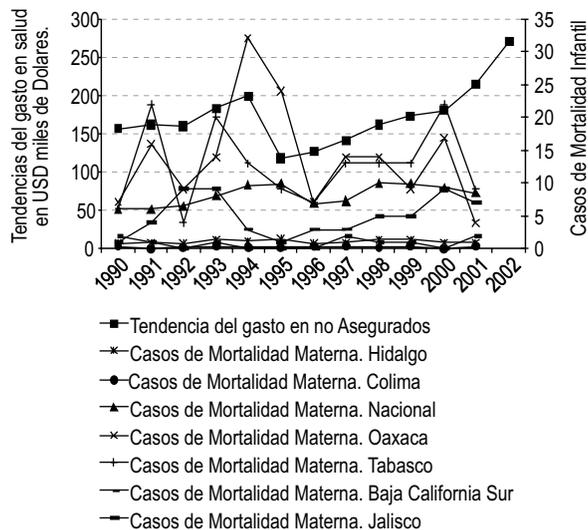
### Mortalidad materna

Considerado los seis estados analizados, se observan también cambios de este indicador en relación al gasto en salud. El gasto en salud tuvo un incremento entre 150 mil USD en 1990 a 250 mil USD en 1994, descendiendo a 120 mil USD en 1995, para luego repuntar a más de 260 mil USD en 2003. La tendencia nacional muestra

variaciones entre 5 y 10 casos de MM anuales. Sin embargo, al comparar los seis estados, se observan mayores variaciones, en los Estados de Jalisco, Oaxaca y Tabasco, que llegaron a reportar entre 20 y 30 casos de MM anuales. En Tabasco se observó un repunte de 5 a más de 20 casos entre 1990 y 1991 y nuevamente de 12 a más de 20 casos nuevamente entre 1999 y 2000; en Oaxaca de 25 a 33 entre 1993 y 1994; y en Jalisco de menos de 5 casos en 1995 a 30 en 1996. A partir del 2001 se observa que en estos tres Estados los indicadores se acercan o disminuyen con la media nacional. En relación a los otros tres estados, Hidalgo, Colima y Baja California Sur, en el periodo observado la tendencia se ha mostrado estable, menor a la nacional, en alrededor de tres casos de MM reportados anualmente. Dados los pocos casos reportados a nivel estatal, no se observan mayores cambios en el periodo. Sin embargo al comparar con el reporte nacional de casos, sí se observa una tendencia a la baja de este indicador entre 1994-96, un repunte en 1997-98, y nuevamente una tendencia al descenso a partir del año 2000, comparado con un incremento en el gasto en salud a partir de 1996 (ver gráfica 2).

**GRAFICA 2.**

**TENDENCIAS DEL GASTO EN SALUD Y MORTALIDAD MATERNA**



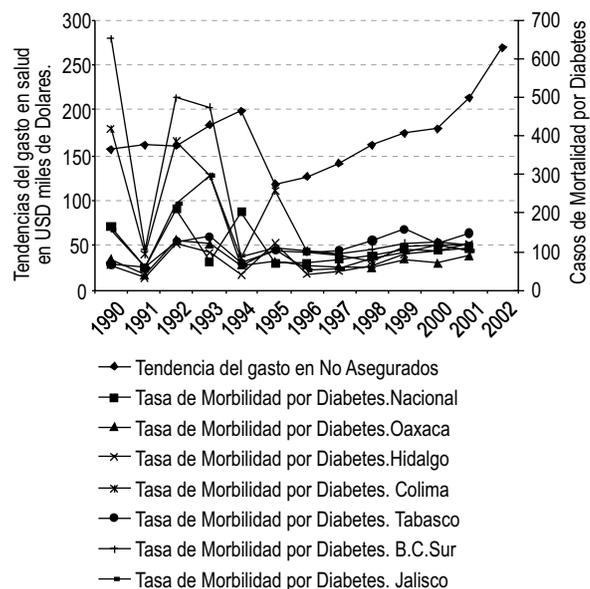
Fuente: Anuarios Estadísticos de la secretaria de Salud, Oaxaca, Hidalgo, Colima, Tabasco, Baja California Sur, Jalisco. 1990-2002. Secretaria de salud y Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados. Informes Anuales del presupuesto y gasto ejercido. Informes Anuales del Patrimonio de la Beneficencia Pública. Presupuestos ejercidos por programas, capítulo e institución. Secretaria 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.

**Incidencia DMII (tasa por 100,000 habitantes).** También se observan importantes diferencias entre el indicador del gasto en salud y la tasa de morbilidad por esta patología. En los 6 estados se observan comportamientos irregulares entre 1990 y 1995, y mostrando una tendencia más estable de 1996 al 2003, acercándose a la media nacional. El Estado que mayores cambios muestra en este periodo es Baja California Sur, con reportes de más de 600 casos en 1990 a 100 en 1991, incrementa a 500 en 1992, descenso a alrededor de 100 casos en 1994 y estabilizó en alrededor de 100 casos a partir de 1995. En todo el periodo ha permanecido arriba de la media nacional. En Colima también se observan fluctuaciones arriba de la media nacional en el periodo de 1990 a 1994. Estados como Oaxaca y Tabasco muestran tendencias inferiores a la media nacional, alrededor de 100 casos o menos en todo el periodo observado (ver gráfica 3).

**GRAFICA 3.**

**TENDENCIAS DEL GASTO EN SALUD Y MORBILIDAD POR DIABETES**



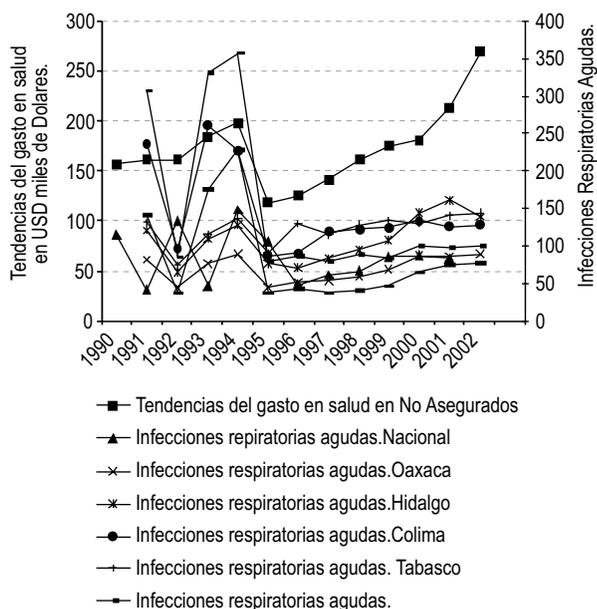
Fuente: Anuarios Estadísticos de la secretaria de Salud, Oaxaca, Hidalgo, Colima, Tabasco, Baja California Sur, Jalisco. 1990-2002. Secretaria de salud y Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados. Informes Anuales del presupuesto y gasto ejercido. Informes Anuales del Patrimonio de la Beneficencia Pública. Presupuestos ejercidos por programas, capítulo e institución. Secretaria 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.

### **Incidencia IRAs (tasa por 100,000 habitantes).**

Considerando que se trata de una patología de ocurrencia y reporte frecuentes, se observan comportamientos irregulares para todos los estados. En los Estados de Hidalgo y Colima se observan variaciones importantes arriba de la media nacional en el periodo 1991-1996 (ver gráfica 4).

**GRAFICA 4.**  
**TENDENCIAS DE GASTO EN SALUD Y INFECCIONES**  
**RESPIRATORIAS AGUDAS**



Fuente: Anuarios Estadísticos de la secretaria de Salud, Oaxaca, Hidalgo, Colima, Tabasco, Baja California Sur, Jalisco. 1990-2002. Secretaria 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. Secretaria 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.

En Oaxaca se observa una tendencia ascendente entre 300 y 600 mil USD anuales, incrementándose a partir de 1999 a más de 1 millón 200 mil USD en 1999. Esto se relaciona con cambios en los indicadores de salud. Se observa un importante descenso en la tendencia de mortalidad infantil, de 420 casos en 1997 a 276 en el

2001. El total de casos de MM reportado, se ha mantenido con una tendencia estable. Respecto a la tasa incidencia de DMII e IRAs también se observa un descenso, a partir de 1992. Para el Estado de Hidalgo también se observa un importante descenso en la mortalidad infantil de más de 250 casos en 1992, a 200 en el 2001, relacionado posiblemente, con el incremento en el gasto en salud, a partir de 1993.

En Colima se observan tasas estables para la mortalidad infantil (alrededor de 50) y mortalidad materna. La gráfica muestra una tendencia irregular para incidencia por DMII e IRAs, estabilizándose a partir de 1996 (descenso de 417.7 en 1990 a 115.9 en 2001 para DMII, y descenso de 23672.8 en 1990 a 12784.5 en 2001). La inversión del gasto en salud tuvo un pequeño ascenso entre 1992 y 1994, decreció 3 años, para repuntar nuevamente a partir de 1997 (incremento de 100,000 USD en 1997 a más de 300,000 USD en 2001). En Tabasco se observa una tendencia de tasas altas de mortalidad infantil al (rededor de 700 muertes anuales). Los demás indicadores de salud, MM, incidencia DMII e IRAs, muestran tendencia estable. EL gasto en salud tuvo un incremento notorio a partir de 1997 (de 200 mil USD a más de 650 mil USD en 2001).

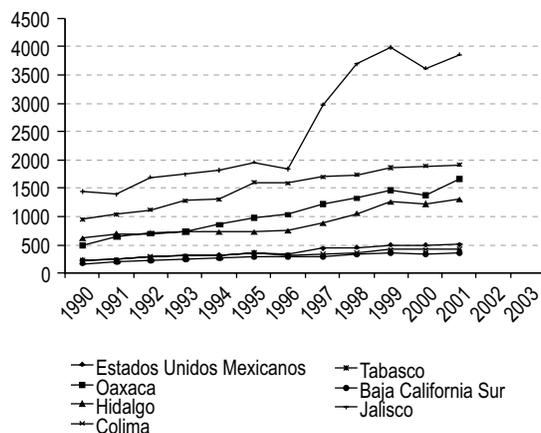
Para Baja California Sur, se observa un importante descenso en las tasas de incidencia de DMII e IRAs a partir de 1994.(de 650.4 en 1990 a 88.3 en 1994 para DMII, y de 30,800.5 en 1990 a 8029.5 en 1994 para IRAs). Aunque en los últimos años ha habido incremento en los casos reportados, las tendencias se mantienen estables. En el caso de la mortalidad materna e infantil, las tendencias permanecen estables a lo largo del período. La inversión del gasto en salud se incrementó notoriamente desde 1996, de 170 mil USD a 500 mil USD en 2001. Para el Estado de Jalisco se observa un descenso en tres indicadores de salud (mortalidad infantil, incidencia de DMII e IRAs), entre 1992 y 1994, y a partir de 1998 se observa nuevamente una tendencia al incremento. La MM se mantiene estable. El gasto en salud inició con 300 mil USD en 1990 teniendo un incremento importante a partir de 1996 (400 mil USD en 1996 a 800 mil USD en 2001).

### **Tendencias de indicadores de cobertura en salud.**

Respecto a la cobertura con médicos por 1000 habitantes, Jalisco y Tabasco son los que cuentan con más médicos por habas., seguidos de Oaxaca e Hidalgo. Estos 4 estados están por arriba de la media nacional mientras que

Baja California Sur y Colima están inmediatamente por debajo de la media nacional (ver gráfica 5). No deja de llamar la atención que los dos estados de mayor ingreso se encuentran en el extremo inferior y extremo superior respecto a este indicador. En efecto, el estado de Jalisco es el que cuenta con el indicador más alto mientras que Baja California Sur con el indicador más bajo. En cuanto a las tendencias de camas censables como indicador de cobertura, en términos generales se presentan las mismas tendencias que para el caso de médicos por habitantes, llamando la atención una brusca caída con pronta recuperación para 1999 y manteniéndose constante hasta el 2003. El cambio creciente tan brusco en el caso de Jalisco, se debe al hecho de que a partir de 1997 el hospital civil de Guadalajara, con más de 1300 camas censables pasa a formar parte de la infraestructura de los servicios de la SSA-estatal. Sobre la cobertura del programa ampliado de vacunación, el punto a resaltar es que todos los estados están por debajo de la media nacional, solo se presentan dos tendencias crecientes, una para 1991 en el estado de Tabasco y otra para 1994 en el estado de Hidalgo.

**GRAFICA 5.**  
**TENDENCIAS DE COBERTURA EN SALUD.**  
**INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS MEDICOS**



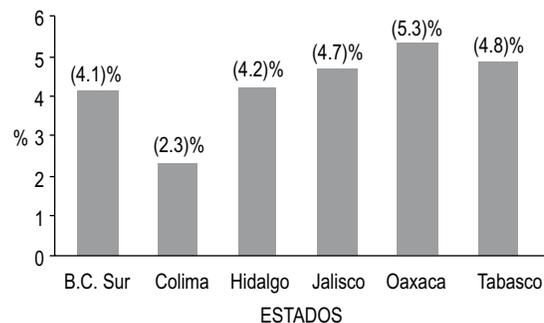
Fuente: Anuarios Estadísticos de la secretaria de Salud, Oaxaca, Hidalgo, Colima, Tabasco, Baja California Sur, Jalisco. 1990-2002.

### Tendencias de indicadores de eficiencia en salud.

Sobre las tendencias de tasa de ocupación hospitalaria, llama la atención que Hidalgo, Tabasco, Oaxaca y Colima presentan tasas de ocupación por arriba de la media mientras que Jalisco y Baja California Sur, por debajo de la media. Aquí hay que resaltar que estos dos últimos estados son los de mayor ingreso per cápita y donde

la mayoría de la población o cuenta con seguridad social o cuenta con poder adquisitivo para atenderse en hospitales privados. Sobre el índice de rotación como indicador de eficiencia (camas censables vs. egresos hospitalarios), las tendencias son similares pero con una tendencia más marcada por debajo de la media para Jalisco y Baja California Sur. Asimismo la tendencia más marcada por arriba de la media corresponde al estado de Hidalgo y Oaxaca, al principio del período aunque al final del período solo se mantiene Hidalgo, ya que Oaxaca presenta una tendencia más irregular aunque sigue estando por arriba de la media. Esto significa que a menor índice de rotación mayor eficiencia como resultado de la atención médica y viceversa. Sobre el indicador de promedio diario de consultas a no asegurados, con excepción del estado de Jalisco, el resto de los estados están por arriba de la media, y de manera muy marcada el caso de Baja California Sur, que para todo el período se mantiene en primer lugar por arriba de la media.

**GRAFICA 6.**  
**Gasto Catastrófico por Estado (2003)**



Fuentes: 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 la rendición de cuentas. SSA. México 2008.

### Tendencias de indicadores de equidad en salud.

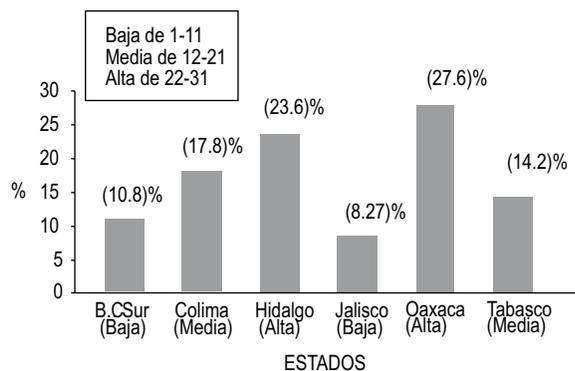
Respecto a gasto público en salud todos los estados incluidos, excepto Oaxaca e Hidalgo, presentaron un gasto público por arriba de la media nacional. Por otra parte el gasto público en salud como proporción del gasto total en salud, resalta que en los estados de Tabasco y Yucatán este gasto está muy por arriba de la media y casi al doble de lo que representa este mismo gasto para estados como Jalisco, donde ciertamente se está muy por debajo de la

media nacional. En cuanto al per cápita para población no asegurada llama la atención el estado de Baja California por el alto monto, mientras que los estados de Oaxaca e Hidalgo por su bajo monto per cápita. Respecto al índice de corresponsabilidad financiera, es en los estados de Jalisco y de Tabasco donde se encuentra un índice más favorable de acuerdo a los cambios esperados en estos momentos de la reforma de la salud; particularmente de la descentralización financiera en términos de equidad en la asignación de recursos para la salud.

En lo referente al gasto catastrófico en salud a nivel nacional y diferenciando por tipo de población, es evidente que las tendencias de mayor gasto están en la población no asegurada, tal como se aprecia en la gráfica 27. El otro punto que llama la atención es que contrario a lo que debería ser es la población del quintil de menor ingreso familiar la que realiza un mayor gasto catastrófico en salud. Sobre las tendencias del gasto catastrófico en población no asegurada por estado bajo estudio, Oaxaca resultó con el mayor gasto, mientras que Colima con el gasto menor (ver gráfica 6).

Respecto a los resultados del índice de inequidad en la asignación de recursos por estado (ver notas en anexos), los estados que resultaron con el índice de mayor inequidad fueron Oaxaca e Hidalgo, seguidos en orden decreciente por Colima, Tabasco, Baja California Sur y Jalisco (ver gráfica 7).

**GRÁFICA 7:**  
**Índice de Desigualdad en Salud**  
**en los 7 Estados bajo estudio (2003)**



Fuentes: 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 la rendición de cuentas. SSA. México 2008.

El análisis cualitativo sobre cambios en los mecanismos de asignación solo se realizó para 3 estados. La información analizada mostró la referencia por parte de proveedores de servicios del uso de criterios históricos en la asignación financiera en Baja California Sur y Colima. Estos criterios se refieren esencialmente a la asignación tomando como parámetro los ejercicios anteriores. En este caso, Jalisco y Baja California Sur refirieron mayor trabajo gubernamental relacionado con modificar la asignación financiera mediante el empleo de criterios técnicos (clínicos, epidemiológicos y económicos) en la asignación de los recursos; sobre todo a nivel jurisdiccional ante evidencias de brotes epidemiológicos. Se refirieron iniciativas locales con el uso de criterios clínicos en la asignación de recursos. Particularmente en Jalisco, orientadas a mejorar la producción de servicios para población específica, particularmente población que vive con cáncer. Este tipo de dinámicas han sido promovidas recientemente desde el nivel federal, promoviéndose la creación de un fondo sectorial orientado a prevenir los efectos de los gastos en salud de padecimientos que el sistema sanitario ha evaluado como costosos con efectos directos en la economía de los pacientes.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### Efectos de los cambios en el financiamiento a partir de la descentralización sobre las condiciones de salud y sobre el desempeño del sistema de salud para no asegurados:

- En algunos estados hay efectos de impacto positivo tanto en el financiamiento como en la producción de los servicios y el replanteamiento del rol de los diferentes actores del sistema de salud. A partir de la implementación de la descentralización existe mayor corresponsabilidad financiera de los estados y, en algunos casos, de los municipios y hogares en las tendencias del gasto en salud para población no asegurada. Por otra parte, la descentralización en salud ha permitido la participación de proveedores a nivel estatal y municipal en la identificación de necesidades de salud, en la priorización de algunas actividades de salud y en la re-asignación de algunos recursos para programas específicos de salud,

sobre todo ante la presencia de algunos brotes epidémicos.

- Respecto a los efectos y cambios del gasto en salud sobre los indicadores de impacto en salud, en los 6 Estados, se observa una relación directa, aunque no proporcional, entre incremento en gasto en salud y descenso en los indicadores de salud (mortalidad materna, incidencia por DM e IRAs). Este efecto, en relación a la mortalidad infantil y materna, se observa con mayor claridad en los Estados de Oaxaca, Hidalgo y Jalisco. Para la incidencia de morbilidad por DM e IRAs, se observan descensos en las tendencias, en Oaxaca, Colima, Baja California Sur y Jalisco. En Tabasco aunque se observa un importante incremento en el gasto en salud, los indicadores de salud, permanecen estables. Para una mayor precisión de los efectos del incremento en el gasto en salud sobre indicadores de impacto en salud es necesario desarrollar un análisis aplicando un modelo multicausal que permita explicar las diferencias encontradas entre los estados bajo estudio.
- El incremento del gasto en salud, puede tener un impacto positivo en el nivel de salud de los habitantes, reflejándose globalmente en una tendencia decreciente en los indicadores de morbilidad y mortalidad, como se observó en algunos Estados. Es importante notar, que los cambios en las tendencias de los indicadores de salud, tienen otros factores relacionados: mejoras en los registros, disminución de los retrasos y subregistros en la notificación de los casos. Sin embargo este ejercicio de graficar los indicadores en salud y gasto en salud, nos permite estimar su tendencia y sugerir una posible explicación de que el gasto en salud tiene un impacto positivo en estos indicadores, como se observa en el período 1990-2003 en los Estados bajo estudio.
- No se identificaron mecanismos orientados a combinar recursos para lograr mayores impactos en la atención a la población. La información recopilada mostró que los programas asistenciales operan paralelamente en la estructura de los servicios de salud estatales ocasionando dificultades operativas relacionadas con la racionalidad con que operan las distintas dependencias gubernamentales.
- En varios de los estados, al interior de las dependencias se está generando un conflicto atribuible al

mecanismo mediante el cual se realizaban algunas actividades operativas del sistema de salud. La naturaleza de tal conflicto mostró que al contratar recursos humanos para IMSS-Oportunidades, se generan conflictos con el personal así como traslapes organizacionales que sugieren la necesidad de revisar mecanismos de coordinación de actividades, recursos y estrategias de distintos programas y dependencias gubernamentales (como el SPS) que realizan tareas similares o que podrían ser complementarias. Situaciones de mayor conflicto se presentan en estados donde los usuarios adscritos al IMSS-Oportunidades, por instrucciones del nivel central han pasado a ser usuarios adscritos al SPS sin ninguna discusión ni acuerdos previos en financiamiento y producción de servicios entre autoridades de salud y gobiernos en los niveles federal, estatal y municipal.

- Los acuerdos sobre cambios en el financiamiento y producción de servicios de salud para incorporar usuarios de IMSS-Oportunidades al SPS, se realizarán a partir de febrero del 2006 entre los niveles federal de la CNSPSS y la Coordinación Nacional del IMSS-Oportunidades. A la fecha las autoridades estatales de salud no cuentan con información detallada, solo han recibido la instrucción del cambio pero sin ninguna otra precisión. Se plantea *a priori* que toda la infraestructura del IMSS-Oportunidades pasará al SPS y que una parte del financiamiento que tenía IMSS-O también pasará al SPS pero no la totalidad del financiamiento. Esto último ha sido el elemento de mayor conflicto con la nueva propuesta de integración de estos programas y justo en un año electoral donde las decisiones y las relaciones entre niveles de gobierno son muy ambiguas.

#### **Efectos en materia de equidad, protección financiera, cobertura y acceso a programas/ servicios enfocados a la reducción de la pobreza y la desigualdad en salud.**

- Los incrementos en los montos financieros son más altos en unos estados que en otros y esto no guarda relación estrecha ni con el gasto per cápita en salud ni mucho menos con las necesidades de salud de la población. Por ejemplo, Hidalgo y Oaxaca son de los estados con mayor índice de marginación del país, sin embargo son los estados menos favorecidos en cuanto a incremento del gasto en salud y tienen los

menores gastos per cápita en salud. Estos mismos estados también presentan los índices de inequidad mas altos y los índices de corresponsabilidad financiera menos favorables. La población no asegurada de estos estados, presentan los índices de gasto catastrófico más alto de los seis estados bajo análisis. Contrariamente, Jalisco y Baja California Sur son los estados de mayor ingreso y también los de menor índice de inequidad en la asignación de recursos y de menor gasto catastrófico en su población no asegurada.

- Sobre los efectos de los programas de servicios públicos de salud, como el SPS e IMSS –Oportunidades, en la reducción de la pobreza y la disminución de desigualdades, si bien es cierto aún no hay los alcances esperados, podemos hablar de algunos logros importantes. En el caso del SPS, en materia de equidad, no es muy evidente la diferencia con el sistema anterior de cuotas de recuperación, donde también los usuarios de los deciles de menor ingreso recibían los servicios gratuitos; pero sí es muy evidente el hecho de que la nueva estructura de financiamiento de este programa plantea un avance muy positivo en materia de asignación de recursos con mayor equidad: el financiamiento sigue al usuario, es decir que la cuota estatal y federal se va a donde se mueve el usuario, algo que anteriormente no sucedía.
- En términos de equidad y protección financiera en salud, podemos hablar de la generación de efectos determinantes en la disminución del gasto catastrófico por los usuarios del decil 1, particularmente en los usuarios de los estados de Oaxaca e Hidalgo donde se presentan los mayores índices de gasto catastrófico por usuarios no asegurados y los mayores índices de inequidad en la asignación de recursos. El gasto catastrófico en estos estados, como también lo demuestran análisis de la Encuesta Nacional de Salud, representa mas de 2 salarios mínimos para una población que en el mejor de los caso puede tener de 1 a 2 salarios mínimos en su ingreso. Desde una perspectiva de mayor equidad, esta situación evidentemente tiene ya efectos sobre el abatimiento de la desigualdad aunque no necesariamente sobre la reducción de la pobreza. Para esto último habrá que esperar a una evaluación más sobre cambios en los índices de gasto catastrófico para el 2005.
- Los hallazgos empíricos que se presentaron para analizar las tendencias de acuerdo a las nuevas estrategias políticas, nos ayudan a evidenciar que la efectividad de la propuesta de cambios en las políticas de financiamiento para la SSA, queda en entredicho al contrastar los hallazgos incluidos en la sección de resultados del documento. Según los lineamientos de política del plan nacional de desarrollo y del mismo programa nacional de salud, se plantea una estrategia de protección financiera al usuario con menor ingreso; sin embargo como se pudo ilustrar con evidencias empíricas, el usuario de menor ingreso es el que mas paga por el consumo de servicios de salud. Mas aún, respecto a la población no asegurada en todo el país el mayor gasto catastrófico en salud se presenta en dos de los estados mas pobres de México: Oaxaca e Hidalgo.
- Sobre la implementación del SPS y el IMSS-Oportunidades, hay efectos en la disponibilidad y distribución de los recursos para salud a nivel estatal y en la propia distribución entre los estados. En el caso del SPS, hay más recursos del nivel federal pero también hay mayor responsabilidad del nivel estatal en el financiamiento. En otros estados se han generado situaciones de mayor apoyo financiero del nivel federal como producto de negociaciones de apoyo político de diputados y senadores del estado en la aprobación de cambios y reformas a la ley general de salud propuestas por el nivel federal.
- En relación al IMSS-Oportunidades, no hay efectos en la distribución y disponibilidad de recursos para el nivel estatal, toda vez que el manejo de recursos para este programa es en su totalidad desde el nivel central. Un efecto reciente que está en la mesa de discusión y negociaciones entre los niveles federal y estatal es la reciente propuesta en algunos estados de que los adscritos al IMSS Oportunidades pasen ahora a recibir atención por el SPSS, sin ninguna responsabilidad financiera adicional por parte del nivel federal.
- Las variaciones en los indicadores de gobernanza y sobre los indicadores de financiamiento que se presentaron en la sección de resultados, aparentemente tienen algunos efectos positivos

sobre los indicadores de impacto en el estado de salud, así como en indicadores del desempeño del sistema de salud (eficiencia, cobertura y equidad). No se observan efectos aparentes en los indicadores sociales que se analizaron. Independientemente de la hipótesis anterior. Para tener evidencias más contundentes es necesario desarrollar un análisis de regresión de todos los indicadores analizados

- Hay otras diferencias significativas en términos de cobertura, acceso y protección financiera en los programas de salud para la población de mayor marginación en México. Comparando servicios de salud de la misma SSA para los adscritos vs los no adscritos al SPS, existen diferencias en materia de protección financiera y de calidad de la atención. Desde la perspectiva de personal clave en salud, se observa un trato más personalizado en el SPS y mayores recursos en medicamentos y estudios en el primer nivel. En el segundo nivel hay estados donde en el SPS hay limitaciones en el tratamiento médico y no se protege el pago de medicamentos. También hay diferencias importantes en cuanto al tipo de intervenciones. En los adscritos al SPS se les ofrecen pocas intervenciones de tercer nivel en el SPS, mientras que los no adscritos pueden tener más opciones del tercer nivel. El IMSS-Oportunidades es el programa que ofrece menos intervenciones y todas se limitan al primer nivel de atención y excepcionalmente, al segundo nivel de atención.

## 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. 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. Bull World Health Organ, 81 (7):539-545.*
9. Cassels A. *Health sector reform: key issues in less developed countries. Journal of International Development, 1995 (3)329-347.*
10. Cogan John F, Hubbard Glenn, Kessler Daniel P, *Making Markets Work. Health Affairs 2005 (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. *Dimension of Health system reform. Health Policy 1994. 19-34.*
18. Frenk J., 2006. *Creció más 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. *Decentralization on Public Services. Working Paper Number 2989, World Bank (2003): 3-9.*
26. Ke Xu et al. 2003. *Household catastrophic health expenditure: a multicountry análisis. The Lancet, 2003. 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. *Federalism and Health Policy. Health Affairs, 2005. 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, Bull of the World Health Organ, vol 83 (12): 948-953.*