

*Published by the Forum of Federations · [www.forumfed.org](http://www.forumfed.org) · Publié par le Forum des fédérations*

**FEDERALISMO Y SALUD: ESTUDIO DE CASO SOBRE EL SISTEMA DE  
SALUD EN MEXICO.**

**Por Armando Arredondo**

**Octubre del 2001**

## INDICE

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
<b>RESUMEN EJECUTIVO.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>1.- EL FEDERALISMO EN MÉXICO.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1.- Características distintivas del federalismo mexicano: La distribución constitucional del poder y las relaciones intergubernamentales.....</b>	<b>7</b>
<b>1.2.- La estrategia de descentralización: hacia un cambio de estructura del poder y nuevas relaciones intergubernamentales.....</b>	<b>8</b>
<b>2.- LA REPSUESTA SOCIAL ORGANIZADA Y LOS RETOS PARA EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO.....</b>	<b>9</b>
<b>2.1.- Origen y evolución de los programas y políticas del sistema de salud en México.....</b>	<b>9</b>
<b>2.2.- la federalización de la salud en México: Propuesta, instrumentación, fases y avances de la descentralización como estrategia de la federalización de la salud.....</b>	<b>11</b>
<b>2.3.- El sistema de salud en la era contemporánea: transiciones y estructura actual.....</b>	<b>13</b>
<b>2.4.- Los retos del sistema de salud: transición en salud y daños a la salud. 2.5.- Regionalización de los daños a la salud: el peso de la enfermedad y necesidades prioritarias de salud a nivel regional.....</b>	<b>15</b>
<b>3.- LA DIMENSION POLÍTICA DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO: ACTORES, PROGRAMAS, ESTRATEGIAS Y PROPUESTAS DE REFORMA .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1.- Los actores políticos del sistema de salud en México.....</b>	<b>18</b>
<b>3.2.-Las recientes estrategias políticas y propuestas de reforma.....</b>	<b>20</b>
<b>3.3.-Las propuestas de reforma en las principales instituciones del sector salud.....</b>	<b>23</b>

<b>4.- CAMBIOS Y TENDENCIAS EN LAS POLÍTICAS DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL CONTEXTO DEL NUEVO FEDERALISMO.....</b>	<b>24</b>
<b>4.1.- Principales cambios en materia de producción y financiamiento de los servicios.....</b>	<b>25</b>
<b>4.2.- Consideraciones sobre la efectividad de los cambios y tendencias actuales de la reforma del sector.....</b>	<b>25</b>
<b>5.- EL FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL CONTEXTO DEL NUEVO FEDERALISMO: ORIGEN, CAMBIOS Y TENDENCIAS ACTUALES.....</b>	<b>26</b>
<b>5.1.- Las Finanzas en el nivel federal.....</b>	<b>27</b>
<b>5.2.- Las Finanzas en el nivel estatal y en el nivel municipal.....</b>	<b>28</b>
<b>5.3.- La transferencia de recursos y la nueva política de ingreso y gasto en salud.....</b>	<b>28</b>
<b>5.4.- Efectividad de los cambios en las políticas de financiamiento del sistema de salud.....</b>	<b>29</b>
<b>6.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>41</b>

**LISTA DE ACRONIMOS.**

PRI ( Partido Revolucionario Institucional)  
 PAN ( Partido Acción Nacional)  
 PNR ( Partido Nacional Revolucionario)  
 CSS (Coordinación de Servicios de Salud)  
 COPLADE ( Comités para la Planeación del Desarrollo en los Estados )  
 SSA ( Secretaría de Salubridad y Asistencia)  
 IMSS ( Instituto Mexicano del Seguro Social)  
 IMSS- COPLAMAR ( Servicios de Salud para no asegurados)  
 IMSS- SOLIDARIDAD (( Servicios de Salud para no asegurados de alta marginación)  
 PIB ( Producto Interno Bruto)  
 ISSSTE (Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado)  
 CONASUPO ( Consejo Nacional de Subsistencias Populares)  
 SIDA ( Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida)  
 ECV ( Enfermedades Cerebro-vasculares)  
 AVIS ( Años de vida saludables)  
 IM ( Índice de marginación)  
 ICVM (Invalides, vejez, cesantía y muerte)  
 SNCF ( Sistema nacional de coordinación fiscal)  
 IVA ( Impuesto al valor agregado)  
 FGP ( Fondo General de Participaciones)  
 FFC ( Fondo Financiero Complementario)  
 FFM ( Fondo de Fomento Municipal)  
 LCF ( Ley de Coordinación Fiscal)  
 FUNSALUD ( Fundación Mexicana para la Salud)  
 MIDAS ( Modelo Integrado de Atención a la Salud)

**LISTA DE FIGURAS:**

Figura 1: Características distintivas del sistema de salud en México. Cobertura de población y gasto asignado por tipo de institución.  
 Figura 2: Los actores y su capacidad de influencia en el proceso de reformas del sector .  
 Figura 3: Tendencias del gasto en salud para población no asegurada diferenciando por tipo de aportación. Estado: Hidalgo. Periodo 1990-2000.  
 Figura 4: Tendencias del gasto en salud para población no asegurada diferenciando por tipo de aportación. Estado: Oaxaca. Periodo 1990-2000.  
 Figura 5: Tendencias del gasto en salud para población no asegurada diferenciando por tipo de aportación. Estado: Tabasco. Periodo 1990-2000.  
 Figura 6: Tendencias del gasto en salud para población no asegurada diferenciando por tipo de aportación. Estado: Yucatan. Periodo 1990-2000.  
 Figura 7: Tendencias del destino final de los recursos por tipo de programa de salud y tipo de población en el estado de Hidalgo. Periodo 1990-2000.  
 Figura 8: Tendencias del destino final de los recursos por tipo de programa de salud y tipo de población en el estado de Oaxaca. Periodo 1990-2000.  
 Figura 9: Tendencias del destino final de los recursos por tipo de programa de salud y tipo de población en el estado de Tabasco. Periodo 1990-2000.  
 Figura 10: Tendencias del destino final de los recursos por tipo de programa de salud y tipo de población en el estado de Yucatán. Periodo 1990-2000.

## **RESUMEN EJECUTIVO.**

El sistema de salud mexicano, surge, evoluciona y se consolida como parte de un sistema de federalismo que en teoría plantea un equilibrio entre los poderes legislativo, ejecutivo y judicial, aunque en la práctica, dicho equilibrio no funciona. En efecto, la distribución del poder y por consiguiente la toma de decisiones se da en un sentido vertical con un exceso de concentración del poder en el nivel central del gobierno y particularmente en el presidente y sus principales colaboradores. En este contexto, la política del gobierno en los últimos 30 años en materia de salud ha sido descentralizar el poder pero manteniendo el control desde el centro. Es decir el propósito subyacente de la política de descentralización en México es centralizar descentralizando. Las políticas de salud en México, desde su origen, estuvieron basadas en la acción municipal orientada por el Consejo Superior de Salubridad y eran claramente insuficientes. Fue necesario crear un organismo del Ejecutivo Federal con amplia capacidad para destinar recursos y normar acciones contra las epidemias y a favor del saneamiento urbano. Posteriormente, se definieron las tres estrategias políticas para la asignación de recursos públicos: recursos para no asegurados, recursos para asegurados trabajadores del estado y recursos para asegurados trabajadores de la economía formal. La fundación del actual sistema de salud, se relaciona a las estrategias descritas y data de 1943, año en que fueron establecidos el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), los dos principales componentes del Sistema de Salud Mexicano. El IMSS se creó para canalizar contribuciones tripartitas ( estado, empresas y trabajadores), en apoyo a la industrialización de las principales urbes, bajo la conducción gubernamental y la oferta pública para prestar servicios médicos integrales y dirigirlos estratégicamente en apoyo del crecimiento económico. La SSA fue creada con el objetivo de asignar recursos a los Servicios Coordinados de Salud Pública. La misión asistencial se amplió para cubrir de manera más integral a la población que quedó al margen de la seguridad social, incluida la mayor parte de los campesinos, desempleados y trabajadores de la economía informal. El tercer desarrollo significativo fue la creación en 1959 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que consolidó la diversidad de sistemas de pensiones y prestaciones de los trabajadores del gobierno. Aunque existen rezagos importantes en las condiciones de salud de la población y aunque el desempeño del sistema de salud no ha sido el óptimo podemos hablar de un nivel de efectividad al analizar evidencias empíricas de algunos indicadores de salud. En efecto al comparar resultados de 1940 vs. 1998, la mortalidad general pasa de 23 X 1000 a 4 X 1000; la mortalidad infantil de 158 a 28; la mortalidad materna de 53 a 6. La varianza de estos y otros indicadores permite regionalizar los 32 estados de México en cinco regiones de diferente patrón epidemiológico con diferencias importantes en cuanto al peso de la enfermedad y en cuanto a requerimientos financieros. Partiendo de lo anterior, los actores políticos del sector salud (proveedores, partidos políticos, usuarios, empresarios y gobiernos), tratan de lograr un consenso para diseñar e implementar nuevas estrategias políticas que permitan avanzar en materia de equidad, eficiencia, accesibilidad, calidad y efectividad del sistema de salud. Dichas estrategias políticas han sido el centro de la discusión en los últimos 30 años y podemos resumirlas en cinco categorías de análisis: extensión de cobertura, participación municipal y descentralización, implementación de un paquete básico de servicios de salud, reorganización del modelo de atención a la salud y muy recientemente la creación de un sistema universal de salud.

## **INTRODUCCION.**

Este documento presenta un análisis del Sistema Federal de Salud de México. Con el objeto de ubicar dicho sistema de salud en el contexto del nuevo federalismo, en la primera parte se hace una revisión sobre las principales características, determinantes y estado actual del federalismo en México, resaltando la alta concentración del poder en el nivel central del país. Se resalta además, que aunque en años recientes y particularmente a partir del año 2000, se han concretado importantes cambios en la estructura del poder a nivel federal, con un aparente equilibrio y autonomía entre poderes legislativo y ejecutivo, el sistema político mexicano continúa dominado por el presidente y sus mas cercanos colaboradores. Partiendo del análisis de las relaciones entre los diferentes niveles de gobierno, se describen algunos detalles de la distribución constitucional del poder en el sistema político mexicano.

La segunda sección, aborda un análisis mas o menos detallado sobre lo que es el marco político y legal en el que se propone y trata de implementar la federalización de la salud en México como una estrategia de mayor efectividad para avanzar en materia de salud en los 32 estados del país. En esta misma sección, se describen los orígenes, logros, estado actual y retos de los programas y políticas del sistema de salud mexicano. Se enfatiza como el sistema de salud fue adaptándose a disputas políticas y laborales; así como a cambios sociales, económicos, demográficos y epidemiológicos desde sus orígenes en los años 30s-40s hasta principios del año 2001. Con el objeto de identificar las posibles contribuciones del sistema de salud a las condiciones de salud de la población mexicana, como medida de efectividad, se incluye un breve análisis descriptivo de algunos indicadores de salud revisando los cambios presentados en un periodo de 50 años. Por otra parte también se discuten el peso de la enfermedad actual y las prioridades de salud resultantes en un análisis regionalizado de los daños a la salud de los mexicanos.

La tercera sección, incluye un análisis descriptivo de las principales cambios y tendencias que en materia de políticas, programas y estrategias de reforma ha experimentado el sistema de salud desde la década de los 80s hasta la reciente propuesta de reforma del sistema de salud presentada oficialmente en julio del 2001. Especial énfasis se realiza en la dimensión política y los principales actores políticos que conforman y determinan actualmente el sistema de salud en México. La cuarta sección, presenta un análisis sobre los principales cambios, la efectividad y las posibles tendencias en las políticas de producción de servicios, dividiendo el análisis en servicios para población no asegurada y servicios para población asegurada.

La quinta sección, incluye el análisis de cambios y tendencias del financiamiento en salud, abordando de manera mas o menos detallada los mecanismos de las finanzas entre los tres principales niveles de gobierno: federal, estatal y municipal. Esta sección, cierra con un análisis de la efectividad de los cambios en las políticas de financiamiento en salud a partir de resultados originales de investigación en un estudio que tomó como unidad de análisis cuatro estados del país. Finalmente la sección de discusión y conclusiones retoma partes esenciales de los contenidos para sugerir y recomendar líneas de investigación y acción para el avance del sistema de salud mexicano en el contexto del nuevo federalismo y de las principales estrategias políticas del programa nacional de salud 2001-2006.

## **1.- EL FEDERALISMO EN MÉXICO.**

El sistema político mexicano es reconocido oficialmente como un sistema federal, con una repartición del poder mas o menos equilibrada entre los principales actores y espacios políticos. De acuerdo a la constitución política, la estructura de poder del gobierno mexicano se fundamenta en tres ramas de gobierno autónomas (ejecutivo, legislativo y judicial), con un sistema federal dotado de autonomía local, aunque en la práctica realmente no se presenta el equilibrio de poderes planteado teóricamente. Mas bien el poder se ha canalizado hacia la oficina del presidente y sus principales colaboradores, a través de un conjunto de estructuras –incluido principalmente el partido oficial, el Partido Revolucionario Institucional ( PRI) durante la segunda mitad del siglo XX; y el Partido Acción Nacional (PAN), a partir del año 2000-. Las características distintivas del régimen político mexicano se plantean a mayor detalle en esta sección con el objeto de ubicar el tipo de relaciones intergubernamentales y la estructura del poder en los que se origina, evoluciona y se reforma el sistema de salud mexicano en el contexto de un sistema federal.

### **1.1.- Características distintivas del federalismo mexicano: distribución del poder y relaciones intergubernamentales.**

En México la toma de decisiones está muy centralizada, y el poder ejecutivo tiene una autoridad casi irrestricta sobre el poder legislativo y el judicial y sobre cualquier otro actor político. Hasta hace poco tiempo ambas cámaras del Congreso estaban abrumadoramente dominadas por miembros del PRI y los miembros de la oposición reconocían que sus puntos de vista no serían decisivos para determinar la legislación aunque esta situación ha cambiado a partir del año 2000, presentándose un mayor equilibrio entre los diferentes partidos políticos. No obstante estos últimos cambios existe en México una cultura e inercia política donde el dominio del ejecutivo federal se ha extendido también a los niveles inferiores del gobierno, convirtiendo a los gobernadores estatales y por supuesto municipales en dependientes de las iniciativas presidenciales centralistas y colocando al municipio en el fondo de la pirámide federal-estatal-local en todo lo concerniente a las relaciones intergubernamentales y sobre todo en cuanto a la toma de decisiones en materia de políticas públicas.

Así pues, a pesar de los pronunciamientos teóricos, en México el federalismo está limitado en extremo. En efecto, hace más de medio siglo, algunos autores afirmaban que, de hecho en México el federalismo nunca ha existido. México solo ha sido federal en teoría y es indiscutible que en la realidad, siempre ha sido centralista. Tras la Revolución de 1910 se estableció un nuevo sistema político y económico; como era de esperarse de nuevo centralista. El nuevo Estado tomó lenta pero firmemente el control de la gobernación local y, con el fin de apoyarlos, creó una serie de instituciones, la más importante fue, con mucho, el Partido Nacional Revolucionario (PNR), creado en 1929, que más tarde se convirtió en PRI y que a nivel federal ha gobernado México ininterrumpidamente desde entonces hasta el año 2000. Hay que resaltar que para algunos autores este partido tenía como principal bandera de acción administrar el poder desde el centro del país sin compartirlo con los estados y municipios, solo administrarlo.

Hablando de la distribución del poder, el sistema político de México es muy centralizado, y aunque se otorga la primicia a los estados y los municipios (el municipio libre, de acuerdo a la Constitución Política), como se dijo anteriormente, en la práctica el poder lo concentra el centro, particularmente la rama ejecutiva. El presidente mexicano tiene facultades para actuar como un poder constituyente dotado de autoridad para enmendar la Constitución, actuar como legislador principal, establecerse como la autoridad último en cuestiones electorales, asumir jurisdicción y despedir a gobernadores, presidentes municipales y legisladores federales y estatales. Esta combinación de facultades constitucionales y meta-constitucionales ha hecho del presidente mexicano uno de los mandatarios más poderosos de cualquier democracia. El alto grado de centralización federal, sobre todo en las manos del presidente, reduce considerablemente la capacidad de la separación de poderes para actuar como un sistema de pesos y contrapesos.

En lo referente a las relaciones intergubernamentales, en su mayor parte, estas relaciones entre los diferentes niveles del gobierno han estado determinadas durante los últimos 60 años por la naturaleza muy centralizada del sistema político de México, y además se han vuelto tan estables como el sistema mismo, a pesar de cambios de partido político en el poder. Dado que la centralización del sistema operaba como una de las principales fuerzas determinantes de dicha estabilidad, difícilmente podría esperarse cambio alguno en el campo de las relaciones intergubernamentales.

El estudio de la relación entre el centro y los niveles locales, aunque todavía está relativamente descuidado, se considera ahora un elemento decisivo en el proceso de democratización y en la efectividad de las políticas públicas; a medida que algunos países se está convirtiendo en democracias incipientes, la interrelación entre democracia y autonomía locales ha adquirido nuevo vigor. En el caso de México, los esfuerzos de descentralización del último decenio han tratado fundamentalmente de cambiar el carácter de las relaciones intergubernamentales. Por otra parte la cuestión de “quien gobierna” tiene un interés especial porque la estructura del poder se refleja inevitablemente en las políticas y determina quien se beneficia de la política pública.

## **1.2.- La estrategia de descentralización: hacia un cambio de estructura del poder y nuevas relaciones intergubernamentales .**

Aunque la Constitución Política, plantea que los municipios serán autónomos, no establece específicamente como habrá de ejercerse esta autonomía por lo tanto, la cuestión fundamental del cambiante papel de estados y municipios del sistema federal mexicano se refiere al grado de autonomía que han rescatado de la Ciudad de México. Se acepta casi unánimemente que, en realidad, se ha generado muy poco y que, en general, los estados han permanecido bajo el control del gobierno central, mientras que los municipios han estado bajo el control de los gobernadores estatales.

En este sentido, la dependencia política municipal frente al gobierno federal y estatal siempre a estado relacionada directamente con la dependencia económica. Antiguamente, los municipios no podían recaudar impuestos a la propiedad o al ingreso, de modo que todas las recaudaciones iban a las manos del gobierno estatal y federal. Quedaba poco dinero para los proyectos iniciados localmente, y los gobiernos municipales debían recurrir a



otras fuentes de ingresos, como el pago de derechos de los mercados, de los rastros o de las licencias de establecimientos comerciales. La dependencia municipal aumento cuando el gobierno federal asumió la responsabilidad de suministrar a las comunidades servicios públicos básicos como vivienda, educación y atención médica. Así pues, el número de viviendas, escuelas, clínicas, hospitales y programas de salud de cada comunidad dependían o siguen dependiendo de la decisión de algún funcionario de la ciudad de México.

En este contexto, durante los últimos 25 años, el proceso de descentralización ha sido uno de los principales hilos conductores del régimen político mexicano. La reforma municipal de 1983 es decisiva no sólo porque puso las bases sobre los que se han construido los programas de descentralización subsecuentes, sino también porque inició el desarrollo de una “cultura de la descentralización” en México. A principios de los 80s se presenta una iniciativa para reformar el artículo 115 de la Constitución, que se ocupa del gobierno municipal. El propósito básico de la reforma propuesta era garantizar a los municipios fuentes de recaudaciones fijas e intocables, lo que les permitiría suministrar servicios públicos y, lo que es más importante, fortalecer su independencia política y hasta cierto punto económica. Las áreas más directamente afectadas por la cada vez mayor autonomía municipal frente al gobierno federal eran la administración pública, los servicios públicos ( particularmente salud y educación) , el control financiero y la planeación del desarrollo. En lo político, la reforma trataba de dar mayor pluralismo al gobierno municipal. En lo administrativo, se permitía que los gobiernos municipales formularan sus propias reglas de gobierno internas.

Desde principios del decenio de 1980 hasta finales del siguiente, el gobierno mexicano emprendió un extenso programa de descentralización, como instrumento para conservar el poder político y fortalecer su legitimidad en riesgo. El principio de la descentralización para conservar el control político global (y, en efecto, para fortalecerlo) parecía particularmente prominente durante los 90s. En efecto, una descentralización genuina, se ha convertido en algo que no podía posponerse si el gobierno quería que su partido sobreviviera ( PRI) y conservara el control del gobierno central.

Esta paradoja aparente- para conservar el poder se debe cederlo, o por lo menos dar esa apariencia- proporciona el marco para entender la distribución intergubernamental del poder en el México contemporáneo. Este era , y algunas veces sigue siendo, el propósito subyacente de la política de descentralización en México: centralizar descentralizando. 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 particularmente en el proyecto de federalización del sistema de salud, dichos efectos se plantean a mayor detalle en la siguiente sección.

## **2.- LA RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA Y LOS RETOS PARA EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO.**

### **2.1- Origen y evolución de los programas y políticas del sistema de salud en México.**

Las políticas de salud en México, desde sus orígenes estaban basadas en la acción municipal orientada por el Consejo Superior de Salubridad y eran claramente insuficientes. Fue indispensable crear un organismo del Ejecutivo Federal con amplia capacidad para destinar recursos y normar acciones contra las epidemias y a favor del saneamiento urbano. Así nació el Departamento de Salubridad, apoyada por el Consejo de Salubridad General como órgano asesor y de gestión para establecer, con el poder legislativo, la medidas precisas. Hasta 1929 este fue el principal marco de política que permitió establecer Unidades Cooperativas con estados y municipios.

Cuando la gran depresión redujo los ingresos federales y amenazó la estabilidad del Estado, el modelo de Unidades Sanitarias Cooperativas pareció insuficiente. Se procuró entonces una fuerte inversión gubernamental para reactivar la economía que llevó a trazar metas de saneamiento a escala nacional. Para ello se resolvió establecer los Servicios Coordinados de Salud Pública como instancia de colaboración y conversión entre los gobiernos federal y estatales. Durante los años 30s se continuó con las líneas de política de salud trazadas después del periodo revolucionario, aunque también se generó un nuevo modelo de atención médica: la cogestión de servicios de salud entre gobierno, banca de desarrollo ejidal y los campesinos beneficiados por la colectivización de vastas extensiones de tierra. Bajo esta nueva política de salud, el Departamento de Salubridad procuró introducir la atención preventiva y armonizarla con la atención curativa referida. Por otra parte, la importancia del apoyo gubernamental a la producción por medio de servicios personales de salud para los trabajadores fue rápidamente reconocida, dándole a la política de salud un gran dinamismo.

Para la década de los cuarenta ya se vislumbraba la coexistencia de las tres líneas fundamentales para la asignación de recursos públicos en materia de salud, mismos que actualmente siguen vigentes: a) recursos para problemas de salud muy específicos, caracterizado por las campañas sanitarias iniciadas en las Unidades Sanitarias Cooperativas; b) la asignación de recursos a servicios no personales y en menor medida asistenciales para la totalidad de residentes de estados y municipios, tal y como era la misión de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados; y c) la canalización de recursos públicos y privados para servicios personales de salud, en beneficio de grupos estratégicos para la producción, por medio de contribuciones de trabajadores, aportadores de capital y gobierno. Estos tres lineamientos generales, de gran peso económico, fueron determinantes en la configuración al sistema de salud actual.

La fundación del actual sistema de salud data de 1943, año en que fueron establecidos el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), los dos principales componentes del Sistema de Salud Mexicano. El IMSS se creó para canalizar contribuciones tripartitas (estado, empresas y trabajadores), en apoyo a la industrialización de las principales urbes, bajo la conducción gubernamental y la oferta pública de servicios integrales. Este modelo estaba en boga en casi todo el mundo y derivó buena parte de su sustento técnico de la Organización Internacional del Trabajo. Al mismo tiempo, sus grandes líneas se adecuaban a los requerimientos del país, dada la escasa oferta de servicios privados y la convicción de la capacidad gubernamental para prestar servicios médicos integrales y dirigirlos estratégicamente en apoyo del crecimiento económico. La SSA fue creada con la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de

Salubridad. Su objetivo era el de asignar recursos a los Servicios Coordinados de Salud Pública. La misión asistencial se amplió para cubrir de manera más integral a la población que quedó al margen de la seguridad social, incluida la mayor parte de los campesinos, desempleados y trabajadores de la economía informal. La SSA también se haría cargo de campañas extraordinarias dirigidas al combate de epidemias y problemas específicos de salud. Otro desarrollo significativo de esta época fue la creación en 1959 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que consolidó la diversidad de sistemas de pensiones y prestaciones de los trabajadores del gobierno.

A partir de los años sesenta, el PIB creció a tasas promedio superiores a 6 por ciento anual y tan sólo en el segundo lustro de la década el IMSS duplicó su cobertura. El acelerado crecimiento de la clase media permitió una mayor oferta de servicios privados. Asimismo, se procuró la ampliación y regionalización de los servicios asistenciales de la SSA, tanto en el medio urbano como en el rural. Posteriormente, en la década de los setenta se agudizó la sobreposición de responsabilidades oficiales entre la seguridad social y los servicios asistenciales. La cobertura de la población de menores ingresos por parte del IMSS, de la Secretaría de Salud y otros servicios asistenciales de carácter estatal y municipal, puso de manifiesto la dificultad para coordinar y normar a instituciones caracterizadas por su centralismo y su arraigada autonomía. De ahí que en 1983 se iniciaran los primeros esfuerzos para iniciar la federalización del sistema de salud mexicano, principalmente el componente de las recientes reformas del sistema de salud mexicano.

## **2.2.- La federalización de la salud en México: propuesta, instrumentación, fases y avances de la descentralización de los servicios de salud.**

En el contexto de la descentralización, como eje conductor de las políticas del estado mexicano, la Coordinación de Servicios de Salud (CSS) estableció que el centralismo había reducido la capacidad de los Servicios Coordinados para satisfacer el derecho a la salud. Las autoridades locales carecían de capacidad para planificar el desarrollo de la infraestructura, implantar los programas prioritarios y utilizar los recursos institucionales de manera efectiva y eficiente. Además –se agregó-, los Comités para la Planeación del Desarrollo en los estados (COPLADE) –órganos para desconcentrar las decisiones de la inversión federal- subrayaban más las necesidades del centro que las locales.

En el marco de las políticas nacionales y estatales de salud de las últimas dos décadas, la descentralización fue una tesis rectora del Gobierno para combatir el centralismo y reorientar las actividades productivas de bienestar social, inscritas en el Plan Nacional de Desarrollo de ese periodo, con base en la descentralización de los servicios de salud durante los 80s, se emprendió una profunda reforma sanitaria cuyos ejes fueron: la elevación a rango constitucional del derecho a la protección de la salud (artículo 4to de la Constitución y ley general de salud); el establecimiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud, y la adopción de la atención preventiva como política rectora de los programas de salud

La descentralización de los servicios de salud se concibió como un proceso político, jurídico y administrativo de transferencia de facultadas, programas y recursos de la federación a los gobiernos locales, mediante la distribución de competencias, la coordinación de programas de salud en el nivel local y la integración de los servicios a

población abierta bajo la responsabilidad de autoridades estatales. El objetivo fue extender la cobertura, mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud bajo la gestión de las autoridades locales, para fortalecer el federalismo, coadyuvar a la consolidación del Sistema Nacional de Salud y promover la participación de los sectores social y privado. Lo anterior implicó que las Constituciones Locales se reformaran y expidieran sus respectivas Leyes Estatales de Salud. Adicionalmente se expidieron diversos decretos, para regular los tiempos y modos del proceso. Asimismo por la vía convencional y a través del Convenio Único de Desarrollo, se suscribieron acuerdos e instrumentos de coordinación entre la federación, los estados y los municipios.

La descentralización se instrumentó de manera gradual en dos etapas: la coordinación programática y la de integración orgánica. En la primera se realizó el acercamiento gradual de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud. La integración orgánica consistió en la fusión de las agencias locales de la Secretaría de Salubridad y asistencia, de un programa federal destinado a zonas rurales y urbanas marginadas a cargo del IMSS y de los servicios que prestaban las propias entidades federativas, para conformar los Servicios Estatales de Salud a cargo de los Gobiernos de cada Estado.

La descentralización adoptó elementos para instrumentar su desarrollo, de acuerdo a las características políticas, jurídicas y administrativas de cada estado: en lo político, se establecieron lineamientos para definir la capacidad de decisión de los gobiernos de los estados y el papel normativo de la Secretaría de Salud. En lo jurídico, se distribuyeron competencias en materia de salubridad general a través de la Ley General de Salud y mediante acuerdos de coordinación. En lo administrativo, se adoptaron esquemas para las estructuras orgánicas, la transferencia de recursos humanos, la entrega de bienes muebles e inmuebles y el financiamiento compartido para la prestación de los servicios, así como los apoyos adicionales a los Servicios Estatales de Salud.

Los elementos de modelo de descentralización fueron seis: Competencial, implicó la transferencia a los estados de la dirección, coordinación y ejecución operativa de la atención médica, la salud pública y el control sanitario en materia de salubridad general concurrente; Administrativa, se creó la estructura encargada de la operación de los Servicios Estatales de Salud; Patrimonial, se transfirió en uso gratuito la infraestructura federal a los Servicios Estatales de Salud; Laboral, se protegió a los trabajadores en el régimen laboral y de seguridad social y se delegó el ejercicio de las facultades patronales individuales respetando sus derechos adquiridos; Financiero, se estableció un sistema de co-financiamiento con aportaciones federales y estatales; Logístico, se adoptó el mecanismo para proporcionar los apoyos técnicos y logísticos requeridos por los servicios descentralizados para su consolidación y mejor desarrollo.

En el nivel central se trabajó en el Gabinete de Salud, cuerpo colegiado integrado para dictar, coordinar y evaluar las políticas y programas de la administración pública federal en materia de salud. El Comité de Descentralización de los Servicios de Salud a Población Abierta, para la puesta en práctica de las políticas y estrategias del programa de descentralización. El Consejo Nacional de Salud se integró por Acuerdo Presidencial en marzo de 1986, como instancia de coordinación entre la federación y los gobiernos estatales

con servicios de salud descentralizados para la programación, presupuestación y evaluación de los programas de salud pública., para lo cual sesiona trimestralmente.

Para la primera fase de la descentralización, entre 1985-87, 14 estados firmaron los Acuerdos para la Integración Orgánica y Descentralización Operativa de los Servicios de Salud . Para la segunda fase el resto de los estados de la federación firmaron los mismos acuerdos y a partir de 1995, en teoría todos los estados habían quedado descentralizados. El proceso de descentralización requirió de estrategias de trabajo y de un programa de actividades y del fortalecimiento de los servicios estatales; cada entidad elaboró su diagnóstico para conocer la situación operativa, determinar las prioridades y acciones necesarias para mejorar su capacidad de gestión. Se realizó el curso de orientación e inducción sobre la descentralización que incluyó al IMSS-COPLAMAR. La estrategia de consolidación consistió en un conjunto de acciones orientadas a mejorar los programas sustantivos, lo organización y la operación de los servicios.

Como se ha señalado, la coordinación entre los dos sistemas de atención a población abierta y los servicios estatales de salud desde sus inicios hasta la fecha ha sido difícil. Ello genera duplicidades importantes, omisiones que podrían eliminarse y una gestión que padece de los problemas que conlleva el centralismo, el gigantismo y la burocratización de una estructura pesada que ya no puede seguir coartando las iniciativas locales. En virtud de lo anterior, y en consistencia con el Programa para un Nuevo Federalismo, se buscó la descentralización de los recursos federales destinados a la atención de la población abierta a través de la Secretaría de Salud y del IMSS-SOLIDARIDAD. Esta descentralización no implicó en medida alguna la desaparición de objetivos y estrategias nacionales en materia de salud, pero sí una nueva forma de relación entre las autoridades federales y las entidades federativas para el establecimiento de las metas y la consecución de los objetivos.

En el contexto de la descentralización de los servicios de salud, fue necesaria la definición de un conjunto de acciones esenciales de salud que garantizara, dentro del marco de autonomía para el ejercicio de los recursos presupuestales por parte de los estados, la provisión de un grupo de intervenciones mínimas en salud. Este conjunto de intervenciones constituyen un compromiso mínimo que los estados asumieron para dar cumplimiento así a las políticas, metas y objetivos nacionales en materia de salud . En este contexto, la descentralización planteó una definición más clara de las metas y responsabilidades, lo que permitiría, a través del replanteamiento de los sistemas de evaluación, un seguimiento más preciso de la efectividad de las políticas de salud.

### **2.3.- El sistema de salud en la era contemporánea: transiciones y estructura actual.**

La diversidad institucional del Sector Salud y su consecuente cobertura selectiva, agravada por la segmentación de la prestación de los servicios, la cual benefició a los grupos con mayor capacidad de presión en el sector industrial y urbano, terminó por padecer serias limitaciones para extenderse a las poblaciones rurales y al sector informal de la economía. El modelo flexneriano de atención médica que predominaba en el mundo y que fue adoptado en México, se convirtió en un obstáculo más para la extensión y la equidad de la cobertura. Como se sabe, este modelo privilegia al individuo sobre la colectividad y atiende preferentemente la enfermedad antes que al individuo sano. Como resultado de ello, la

dependencia del modelo en relación con la tecnología de punta por un lado, y la limitación de su radio de operación en el nivel individual por el otro, se convirtieron en pocos años en un severo obstáculo para extender la cobertura de los servicios de salud.

El hecho de que –desde su origen- las instituciones de salud estuvieran orientadas a la atención de distintos universos poblacionales, ha determinado que su articulación funcional sea una tarea sumamente compleja. En las dos últimas décadas el gobierno mexicano ha realizado diversas reformas y ajustes al sistema de salud; con ello, se busca desarrollar un sistema de cobertura universal, de amplio acceso y elevada eficiencia técnica y financiera. Sin embargo, de nueva cuenta el universo tan diverso de instituciones que todavía caracteriza al Sector Salud dificulta el logro de esas metas.

A los problemas inherentes a la organización del sistema de salud nacional se han agregado también los que resultaron del acelerado cambio en el perfil epidemiológico. El crecimiento de la población y su envejecimiento paralelo harán que en pocos años la demanda de servicios hospitalarios y de alta complejidad sea mayor a la oferta disponible –que en la actualidad ha quedado casi rebasada-. Al mismo tiempo surge la pregunta de si la sociedad está lo suficientemente preparada como para recibir un número cada vez mayor de ancianos y de discapacitados.

Por otra parte, existe un mercado privado de aseguramiento que apenas empieza a descubrir las ventajas del aseguramiento administrado y aunque es un submercado que el nuevo programa de salud 2001-2006 pretende regular, hasta el momento no existe una regulación clara y eficaz; un mercado privado de servicios de salud sin pago anticipado, que no protege a las familias frente a gastos extraordinarios; baja calidad y eficiencia y un sistema público puro, de instituciones múltiples que a pesar de haber alcanzado logros inobjetables enfrenta importantes rendimientos decrecientes en calidad, efectividad y eficiencia; duplicidades e insuficiente cobertura.

Por otra parte, es importante resaltar en esta sección que la estructura actual del Sistema de Salud se encuentra estrechamente vinculada con las formas de producción. Los trabajadores asalariados de la economía formal cuentan con acceso a las instituciones de seguridad social, en tanto que el resto de la población recibe atención en instituciones públicas como la SSA y el Programa IMSS-Solidaridad, con un financiamiento mixto donde participan aportaciones federales, estatales, y pago directo de los usuarios a través de cuotas de recuperación por estrato social. Por otra parte, el financiamiento de la seguridad social depende principalmente de las contribuciones de los empleados y los patrones, así como de las aportaciones del gobierno federal. Los trabajadores al servicio del Estado, sean federales o estatales, son cubiertos por diversos institutos de seguridad social ( ISSSTE), subsector que basa su financiamiento en aportes del Estado y de sus trabajadores. En resumen como se puede apreciar en la figura 1, la cobertura y montos de financiamiento del actual sistema de salud no corresponden, como se verá mas adelante, con lo que desde sus inicios han propuesto las políticas y estrategias del sistema de salud mexicano.

#### **2.4.- Los retos al sistema de salud: transición epidemiológica y algunos indicadores de salud.**

La historia epidemiológica de México refleja fielmente los momentos de ruptura, logros y transiciones descritos en las secciones que han precedido. Desde la época de la conquista se configuró en México, un perfil dominado por los padecimientos epidémicos, que prevaleció durante varios siglos sin modificaciones importantes. De esa manera, los agentes del tifo, la viruela, la peste y la fiebre amarilla, entre otros, constituyeron el principal riesgo para la salud individual y colectiva de los mexicanos. La era de las vacunas contribuyó, a modificar ese perfil epidémico infecto-contagioso.

En la actualidad, entre los aspectos más importantes de la transición de la salud en México, se encuentra la transición epidemiológica. En efecto, en el marco del desarrollo social del país, resulta muy notorio el alto grado de control que las medidas de salud pública han logrado sobre los padecimientos infecto-contagiosos y, al mismo tiempo, los importantes lugares que las enfermedades crónico-degenerativas han alcanzado en las tablas generales de morbilidad y mortalidad. Si desde la perspectiva de los riesgos se observa a los grupos etáreos colocados en los extremos de la vida se puede apreciar que una vez controlada la mortalidad por padecimientos infecto-contagiosos la población infantil queda expuesta automáticamente a factores de riesgo que antes no alcanzaban a infestarse a plenitud.

Dichos riesgos pueden agruparse en dos grandes bloques: a) aquellos que, al prolongarse la vida de los niños mediante el control de las causas de muerte prematura, alcanzan a expresarse como fenómeno mórbidos relacionados con los desequilibrios internos del organismos; y b) aquellos que sustituyen a los riesgos de infección y de contagio, una vez controlados, y que son fundamentalmente de tipo social, psicológico y educativo. Entre ellos destacan los accidentes y la desnutrición, asociados a las condiciones económicas, educativas y culturales de las familias.

En este sentido, es ilustrativo el ascenso de los accidentes, que hasta 1970 no se incluían entre las diez primeras causas de mortalidad infantil y que en 1980 y 1990 alcanzaron el octavo lugar. Íntimamente ligado al proceso de la transición demográfica se encuentra el cambio en la situación epidemiológica del país. Entre 1940 y 1994 se han registrado transformaciones importantes en la estructura de la morbimortalidad que sitúan al país en un rango intermedio entre las naciones con niveles extremos de desarrollo. Tales cambios son a la vez producto y consecuencia del desarrollo y sus tendencias apuntan hacia la necesidad de replantear las estrategias para mejorar la situación de salud de la población. Entre los cambios más importantes destacan: una incidencia todavía elevada de personas con padecimientos infecciosos y parasitarios.

Entre 1940 y 1970 las infecciones intestinales y la neumonía e influenza ocupaban los dos primeros lugares. Sus tasas fueron del orden de 491.2 y 381.4 por 100 mil habitantes respectivamente para 1940, y de 149.4 y 173.5 para 1970. En 1994 sus tasas se han reducido a 11.2 y 21 defunciones por 100 mil habitantes. Tan sólo estas dos causas constituían en 1940 el 37.4 por ciento del total de las defunciones generales, mientras que para 1998 su proporción se redujo a 7.0 por ciento.

En 1940 las enfermedades del corazón y los tumores malignos aparecieron en el 12° y 18° lugares, con tasas de 54.3 y 23.1 respectivamente, en tanto que la diabetes mellitus, cuya tasa fue de 4.2, todavía no ocupaba un lugar dentro de las 20 principales causas. Los tres padecimientos fueron en esa época responsables de 3.5 por ciento del total de las muertes registradas en el país. En 1970 ocuparon el 3°, 5° y 15° lugares con tasas de 69.4, 38.1 y 15.5 respectivamente, y en conjunto significaron 12.2 por ciento del total de defunciones. Para 1994 ocupaban ya el 1°, 2° y 4° lugares con tasas de 67.5, 51.5 y 33.7 y en conjunto su peso relativo (32,8 por ciento) fue nueve veces mayor que el observado por 1940. Situación similar se observa en accidentes y lesiones. Además de lo anterior, en los últimos años se añade la aparición y aumento de defunciones por nuevas enfermedades como el SIDA y se registran casos de padecimientos que habían sido erradicados como el cólera.

El análisis de esos indicadores, demuestra que si bien se ha avanzado al evitar un gran número de muertes hasta el año 2000, todavía existen rezagos importantes. Como en el caso de la situación demográfica, el proceso de transición epidemiológica es también diferente entre las regiones y entidades federativas, al grado de que todavía en algunos estados las enfermedades transmisibles ocupan los primeros lugares o manifiestan tasas elevadas, mientras que en otras predominan las enfermedades no transmisibles y sus indicadores son muy parecidos a los de los países desarrollados. El reto epidemiológico más importante en los próximos años consiste en lograr el retraso en la aparición de los padecimientos crónicos descritos previamente, de manera que se puede obtener un importante ahorro en años de vida o mejor calidad de sobrevivencia conforme avanza la edad.

### **2.5.- Regionalización de los daños a la salud en México: el peso de la enfermedad y necesidades prioritarias de salud.**

Siguiendo a varios autores, tal como se menciona anteriormente, uno de los análisis de la mortalidad corregida ha sido la regionalización estatal de la mortalidad, basada en la relación que existe entre la probabilidad de morir que tienen los menores de cinco años y la de los adultos de 15 a 59 años, tal como se mencionó anteriormente. El peso de la enfermedad en México no sigue un perfil característico que defina al país como una unidad, sino más bien refleja un conjunto de regiones diferentes entre sí, lo que le confiere su principal condición: la heterogeneidad regional. Tomando en cuenta lo anterior y de acuerdo a los diferentes patrones de transición epidemiológica, se han conformado en México cinco posibles regiones:

a.- Transición avanzada. Incluye los estados del país que se caracterizan por una baja mortalidad tanto infantil como en los adultos (por debajo del promedio nacional). Está compuesta por nueve entidades federativas: Distrito Federal, Nuevo León, Tamaulipas, Sonora, Coahuila, Baja California Sur, Sinaloa, Aguascalientes y Nayarit.

b.- Transición intermedia. Incluye seis estados con mortalidad baja en los niños y alta en los adultos. Estados: Baja California, Chihuahua, Colima, Jalisco, Tabasco y Morelos

c.- Transición incipiente. Presente en aquellos estados con una mortalidad infantil media y baja en adultos. La conforman siete estados: San Luis Potosí, Zacatecas, Guanajuato, Tlaxcala, Campeche, Yucatán y Quintana Roo.



d.- Rezago diferencial. En esta región se combinaron dos características. Por un lado, la mortalidad infantil es superior al promedio nacional, aunque inferior al percentil 75, y la mortalidad en adultos también es superior al promedio nacional; por el otro, este perfil es mucho más marcado en el medio rural que en el urbano. Estados: Durango, Michoacán, Querétaro, Veracruz y Estado de México. Los cinco estados –del centro del país– que conforman esta región muestran el mayor contraste entre sus áreas rurales y urbanas.

e.- Rezago extremo. Se identifica por tener la mortalidad más elevada, tanto infantil como en los adultos (ambas por arriba del promedio nacional). Estados: Hidalgo, Guerrero, Puebla, Chiapas y Oaxaca. Los estados que forman esta región son los más pobres y se ubican fundamentalmente en el sur del país.

La heterogeneidad regional descrita es lo que se opone a considerar sólo el criterio nacional en la determinación de necesidades prioritarias de salud. Con la finalidad de caracterizar dicha

heterogeneidad, diversos autores han mostrado evidencias de variaciones regionales de los AVIS ( años de vida saludables) perdidos por grupos de edad. De acuerdo a los daños a la salud, se ha determinado que el orden de las principales necesidades de salud varía de región a región, y son mínimas las similitudes. Entre las que destacan por su uniformidad a nivel nacional están los homicidios, las lesiones accidentales (choques y atropellados) y la cirrosis hepática, las cuales representan una necesidad prioritaria de salud, independientemente de la zona del país. En cambio, destacan por su irregularidad la diarrea aguda, las neumonías y la desnutrición, que en la región de rezago extremo son de las primeras causas de pérdida y en las regiones de transición avanzada e intermedia se ubican después del octavo lugar. En sentido opuesto se presentan la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus y las enfermedades cerebro-vasculares (ECV), que en la zona de transición avanzada de la mortalidad se ubican dentro de las cinco primeras causas de pérdida y en la de rezago extremo después del décimo lugar.

Para mostrar con más detalle la heterogeneidad en la distribución del peso de la enfermedad en México, hay que resaltar, que el peso de la enfermedad es mayor en los estados que se localizan en las zonas de rezago extremo. De hecho, en estos estados se concentra más del 30% del peso nacional de la enfermedad y sólo representan el 20% de la población. Las variaciones interestatales más importantes se registran en la proporción de AVIS perdidos por edades y causas de enfermedad. Son ocho estados del país los que concentran más del 50% de los AVIS perdidos en la población menor de 15 años, cuando el promedio nacional es de 41%, presentándose en el otro extremo cinco estados que concentran menos del 30% en este grupo de edad.

Analizando la asociación que existe entre las necesidades de salud (medidas a través del peso de la enfermedad) y la marginación (medida a través de un índice que evalúa las dimensiones, formas e intensidades de exclusión del proceso de desarrollo), diversos autores han encontrado lo siguiente: El índice de marginación (IM) explica el 60% de la variación del peso de la enfermedad entre los estados del país. Con respecto a la proporción del peso de la enfermedad que no sería captado si no hubiera sido incorporada la discapacidad, se identifica que alrededor de un millón de AVIS perdidos corresponden a

la población escolar (15-44 años), siendo en su mayoría (75%) pérdidas relacionadas con discapacidad. Un tercio del peso nacional de la enfermedad está ubicado en la población adulta joven (15-44 años), dos terceras partes en los hombres y el resto en las mujeres.

El peso de la enfermedad en México presenta un ligero predominio de la patología no transmisible sobre los otros dos grandes grupos de causas. Sin embargo, al desagregar las causas específicas de enfermedad, las más importantes son las lesiones accidentales y dentro de ellas las que son consecuencia de accidentes de vehículo de motor (choques de vehículo de motor y atropellados). El riesgo de perder un AVIS por un accidente de vehículo de motor a nivel nacional es dos veces mayor que por cirrosis hepática y diarreas, y tres veces más alto que por neumonías, cardiopatía isquémica y diabetes mellitus.

Finalmente es importante reiterar que hablando del peso de la enfermedad, México es un país que registra importantes desigualdades. En los niños se manifiesta una enorme dispersión del indicador al interior del país, pero ésta se mantiene dentro de los niveles esperados para América Latina; en cambio, las diferencias en los adultos registradas en México recuperan la dispersión mundial, existiendo entidades federativas con daños a la salud similares a los registrados en India y otras entidades que se equiparan con los daños que se presentan en algunos países europeos.

### **3.- LA DIMENSION POLÍTICA DEL SISTEMA DE SALUD: ACTORES, PROGRAMAS, ESTRATEGIAS Y PROPUESTAS DE REFORMA.**

La producción de servicios de salud en México no está determinada solamente por el mercado ni por el compromiso ideológico del Estado de mejorar el nivel de vida de la población, sino también por criterios políticos que tienen como objetivo prevenir los conflictos, mantener la estabilidad del régimen y reforzar la legitimación del gobierno. Así existen en México instituciones de salud que actúan, en parte, como empresas que ofrecen servicios y prestaciones bajo un esquema con un fuerte elemento político, convirtiendo a la salud en un área de intercambio político entre el Estado y la sociedad.

El discurso actual de las clases dirigentes hace referencia una y otra vez a la necesidad de llevar a cabo una reforma del Estado. La propuesta favorece la posibilidad de incluir en esta agenda la reestructuración institucional del Sistema Nacional de Salud. Si bien, por un lado, una reforma del sistema de salud tendría resultados netos positivos para el país en su conjunto, ésta no deja de enfrentar, dentro y fuera de su campo de acción, varios retos que deben ser tomados en cuenta para aumentar la factibilidad política del cambio. Al interior del área de salud, se debe prestar especial atención a los grupos organizados que desempeñan un papel político como proveedores o beneficiarios y que pueden verse involucrados en una reestructuración del sistema. Desde esta perspectiva, en esta sección se describen los principales actores políticos del sistema de salud en México, así como las principales estrategias políticas de cambio, ajuste y reforma del sector.

#### **3.1.- Los actores políticos del sistema de salud mexicano.**

Explorar el terreno político del sector salud, requiere identificar a los actores involucrados: los prestadores y los administradores de servicios, los usuarios, los gobiernos estatales y el

federal, los empresarios y los obreros, los partidos políticos y la sociedad civil en su conjunto. En esta sección se tratara de definir el perfil de cada uno de los grupos sociales a quienes concierne la regulación del ámbito de salud ( ver figura 2 ). En este sentido es necesario identificar a los actores involucrados en el proceso de cambio y ajuste del sistema de salud en México, pero además es fundamental definir su perfil y su rol al interior del sistema de salud. Siguiendo la propuesta de varios autores, a continuación se plantean ambos aspectos:

-Empresarios: Los empresarios perciben al sector salud como un factor clave en el buen desarrollo de la economía del país. Los gastos en salud han probado ser determinantes en el nivel de competitividad en el contexto tanto micro como macroeconómico. Los empresarios han mostrado una alta insatisfacción con la organización actual de los servicios de salud, participando activamente en la formulación de propuestas de reforma.

-Gobiernos de los estados: La descentralización del sistema de salud ha tenido respuestas que dependen de la cultura política y del desarrollo social-económico de cada estado, de manera que no es posible plantear un perfil estandarizado de gobierno estatal en respuesta a dicha estrategia de descentralización. Cada estado esta respondiendo de acuerdo a su potencial técnico y financiero.

-IMSS: El IMSS comparte la visión de reformar las instituciones para hacerlas más eficientes. Sin embargo, el IMSS es una organización vasta y compleja que comprende grupos con diversas visiones y agendas en torno a la reforma del sistema de salud.

-Medios de comunicación: Los medios de comunicación están jugando un papel cada vez más significativo en el ámbito político fomentando la participación ciudadana en temas de interés público y particularmente en materia de salud.

-Movimiento obrero organizado: Como se mencionó en la primera sección de este documento, el acceso a servicios de salud forma una parte importante de las conquistas laborales del movimiento obrero organizado, por lo que es un tema en el que están políticamente involucrados. Existen posiciones encontradas dentro del universo de grupos y organizaciones que lo conforman, por lo que no se percibe una posición clara frente al proceso de cambio que actualmente vive el sistema de salud.

-Partidos políticos: Los partidos políticos convergen en los valores que sustentan la necesidad de cambio en el área de la salud. Las diversas plataformas políticas abordan la necesidad imperiosa de dar acceso a todos los mexicanos a servicios de cuidado a la salud, así como mejorar la calidad de los mismos.

-Población no atendida: Alrededor de diez millones de mexicanos aún no cuentan con acceso a servicios básicos de salud. Este grupo se encuentra entre los principales beneficiarios potenciales de una reforma, ya que el sistema de salud tendría la capacidad de influencia como grupo.

-El Presidente y su equipo: Para todos los presidentes, incluyendo el actual, el principal objetivo de su programa de gobierno es lograr un avance significativo en materia de

bienestar social . Su estrategia se basa, entre otras cosas, en la reforma de dos sectores clave de la política social: educación y salud. Cabe destacar que, debido al tipo y magnitud de intereses involucrados en el área de la salud, el apoyo personal y directo del Presidente de la República es condición sine qua non para emprender el proceso de reforma, aspecto que ha quedado en evidencia en la administración que inicio en el año 2000.

-SSA-gobierno federal: La voluntad de cambio de la Secretaría de Salud se expresa en el hecho de que el actual Secretario de Salud ( representante del gobierno federal), cuente actualmente con un proyecto de reforma bajo la participación de los diferentes actores mencionados en esta sección. Existe, entonces, una propensión y voluntad política al cambio con un sustento técnico y participativo. En este contexto, como cabeza del sector salud, la SSA asumirá un papel protagónico en la conducción y la implantación en el proceso de reforma del sistema de salud mexicano.

-Sindicatos: Los sindicatos involucrados en el cambio institucional del sector salud tienen un número muy alto de miembros activos y cuentan con extensión nacional. Sus negociaciones se llevan a cabo en el nivel central de gobierno.

-Sociedad civil: La ampliación de los espacios de participación social se expresa en el reclamo de la atención a la salud como un derecho constitucional, en la exigencia por servicios de alta calidad y en la demanda por una mayor libertad para elegir al prestador. A partir de las nuevas estrategias del programa nacional de salud, se espera una mayor democratización en materia de salud.

Finalmente, es importante resaltar que todo sistema de salud refleja un conjunto particular de acuerdos sociales y políticos entre todos los actores mencionados, particularmente entre el Estado y la sociedad. En el pasado, la funcionalidad política del corporativismo mexicano regulaba los acuerdos sociales y políticos entre el Estado y la sociedad para preservar la estabilidad del régimen. Actualmente, la ampliación de los espacios de participación social se expresa en el reclamo de la atención a la salud como derecho social y en la exigencia por servicios de alta calidad, incluyendo una mayor libertad para elegir al prestador de servicios. El sistema de salud en México debe mostrar el dinamismo necesario para adaptarse a ese entorno cambiante. Por lo tanto, el proceso de reforma se perfila como un proceso eminentemente político. Diseñar e instrumentar las nuevas estrategias de políticas de salud de manera exitosa requerirá de un amplio consenso entre todos los actores políticos mencionados. Estas nuevas condiciones parecen exigir un sistema de salud plural, universal y solidario, en el que todos salgan ganando: los prestadores de servicios, las empresas, el gobierno y particularmente los usuarios.

### **3.2.- Las recientes estrategias políticas del Sistema de Salud en México.**

Los principales cambios en las políticas de salud de años recientes podemos englobarlas en cinco categorías de análisis: extensión de cobertura, participación 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 de la seguridad social. Para ello se propone 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 contempla en el marco de las modificaciones a la Ley del Seguro Social, la creación del seguro de salud para la familia.

Por esta razón uno de los objetivos centrales de la reforma es el de incrementar la participación del gobierno en el financiamiento del ramo de salud de la seguridad social, permitiendo menores cuotas, tanto para los trabajadores de la economía formal como para aquello que no pertenece a ella, así como para los patrones. Menores cuotas para los usuarios de los servicios de salud de la Seguridad Social implican mayor accesibilidad a través de la afiliación voluntaria. Al mismo tiempo, posibilitan una mayor interacción con el mercado de seguros en la medida en que quienes no han hagan uso de estos servicios puedan acceder al mecanismo de reversión de cuotas que, aunque vigente, se encuentra muy limitado por sus efectos desfinanciadores del seguro de enfermedades y maternidad.

Es importante señalar que la propuesta no implica en sentido alguno la pérdida del elemento redistribuidor del ingreso que caracteriza a la Seguridad Social. En la medida en que el financiamiento se recargue más fondos generales, la progresividad del financiamiento de la Seguridad Social permanece. La Seguridad Social estará, en estas condiciones, destinada, a crecer y fortalecerse y con ello el sistema en su conjunto tenderá a ordenarse y hacerse más justo y eficiente.

En lo referente a la participación municipal en la salud, se plantea que la participación organizada de grupos de personas, organismos no gubernamentales e instituciones de diversas índole es un elemento fundamental en el mantenimiento de la salud colectiva. En este sentido la estrategia de municipio Saludable se constituye en el mecanismo rector de las actividades que propicien 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.

Esta estrategia contribuirá a mejorar los niveles de salud de la población a través de la realización de proyectos definidos de manera conjunta por los diversos sectores de la sociedad en los niveles estatal y municipal. A través de esta estrategia se logrará informar y orientar al total de los municipios del país acerca de la relevancia de la organización comunitaria. Asimismo, incorporará en la realización comunitaria de proyectos de salud a la mayor parte de los municipios del país, capacitando al total del personal de salud que labora en éstos.

La estrategia para ampliar la cobertura a través de un paquete básico, pretende 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, apoyando además con ello, los propósitos del Programa para Superar la Pobreza. 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. Se trata de intervenciones sencillas de instrumentar, intervenciones costo-efectivas, manejando los recursos con eficiencia y combatiendo las principales causas de muerte y enfermedad de los grupos marginados. En consistencia con la descentralización, esta estrategia de ampliación de la cobertura establece objetivos, metas y una normatividad clara en todo el país, pero una operación descentralizada a los estados y municipios.

La estrategia de reorganización del modelo de sistema de salud, toma como punto de partida que el modelo de Sistema de Salud actual separa artificialmente a los grupos de población y los divide de una forma que no corresponde a sus características geoeconómicas. El modelo debe reorganizarse entonces con base en una nueva lógica. En donde el nivel de ingresos haga posible introducir un esquema de pago anticipado a menores cuotas, con elección de los usuarios, debe ampliarse la seguridad social, con independencia de si esta población pertenece o no a la economía formal.

En donde no sea posible introducir servicios de aseguramiento a través del pago anticipado, las instituciones de atención a población abierta deberán seguir desempeñando un papel preponderante, pero deberán actuar sin duplicidades en forma integrada y descentralizada. Los cambios que la reforma plantea en los servicios públicos de salud para la población asegurada y la población abierta transforman de raíz la conformación del Sistema de Salud en México: reducen sus duplicidades y amplían sus alcances. Al mismo tiempo, permitirán que las acciones sustantivas puedan llevarse a cabo de manera más eficiente y ordenada.

Las cuatro 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 recientemente se ha presentado un nuevo proyecto de reforma que retoma algunas de estas estrategias y que con diez nuevas estratégicas y sus respectivas líneas de acción, pretende dar un giro al sistema nacional de salud en materia de producción y financiamiento de los servicios de salud proponiendo un sistema universal de salud. Estas diez estrategias del nuevo Programa Nacional de Salud 2001-2006, son:

- Vincular la salud con el desarrollo económico y social.
- Reducir los rezagos en salud que afectan los pobres
- Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades
- Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios
- Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población
- Construir un nuevo federalismo cooperativo en materia de salud
- Fortalecer el papel rector de la Secretaria de Salud
- Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud
- Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención.
- Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura

Este programa de salud, propuesto en principio para implementarse en el periodo 2001-2006, pero con un planteamiento estratégico de mas largo plazo, plantea en esencia acabar con los problemas de equidad, calidad, acceso y cobertura del sistema nacional de salud .

Por otra parte plantea estrategias de aseguramiento en materia de protección financiera a los usuarios, particularmente para los usuarios de bajo ingreso económico.

Cabe mencionar que el Programa Nacional de Salud, presentado oficialmente en Julio del 2001, está hecho con una visión de 25 años en la materia. Por lo que toca a la construcción de un federalismo cooperativo en salud, este programa, parte de la base que se debe lograr 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 mismo sentido se asevera que la asignación de recursos en materia de salud a las entidades federativas sigue basada fundamentalmente en el gasto histórico, que no necesariamente refleja las necesidades de la población ni garantiza la redistribución de los ingresos económicos.

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 logrará mediante tres vertientes: crear el seguro popular de salud, ampliar la afiliación al IMSS y reordenar y regular los seguros privados. Se prevé que con estas tres formas todos los mexicanos tendrán acceso a la salud. El seguro popular -del cual están definidos todos los puntos, será la base del aseguramiento nacional, y su población objetivo serán los hogares de bajos ingresos, a los cuales se les permitirá acceder al Seguro de Salud de la Familia del IMSS mediante un subsidio escalonado, según su capacidad de pago.

En materia del nuevo modelo de atención según el proyecto gubernamental, se propone un nuevo modelo integrado de atención a la salud ( MIDAS) 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. Este modelo de atención será, en resumen, la implementación en México del modelo competitivo de mercado, público y privado, con paquetes de servicios diferenciados en función del monto del seguro del usuario con un mecanismo de pago per cápita al administrador de los fondos de salud. Se pretende mas en concreto generar e implementar un Sistema Universal de Salud. Tanto las estrategias como los principales lineamientos de este nuevo Programa Nacional de Salud 2001-2006, se retomaran en la sección de discusión y conclusiones, sobre todo para reflexionar en materia de factibilidad y posibles alcances de las nuevas y recientes políticas del sistema nacional de salud.

### **3.3.- Las propuestas de reforma en las diferentes instituciones del sector salud.**

Los procesos de reforma de los servicios de salud se han puesto en marcha. Los cambios en el IMSS fueron formulados en una nueva ley en diciembre de 1995 después de un largo debate que se inició en marzo del mismo año. Aunque la reforma del IMSS encierra importantes cambios en materia de salud, también forma parte de una estrategia más amplia de recuperación económica sustentada en un complejo sistema de financiamiento cuyos principales objetivos son fomentar el ahora interno y generar empleos. Los cambios en los servicios que presta la Secretaría de Salud la población abierta se anunciaron más recientemente. Sin embargo, aún queda un largo camino por recorrer. La implantación

apenas comienza. El proceso será gradual. Se lograrán avances pero también se darán tropiezos. Sin embargo, el éxito de la implantación dependerá sobre todo de la forma en que se pongan en práctica las políticas de reforma. La percepción tanto de los cambios como de sus posibles efectos suscitará diferencias, propondrá negociaciones y requerirá consensos entre los principales actores involucrados.

En relación a la salud para población asegurada, los cambios propuestos en la nueva Ley del Seguro Social en materia de salud apuntan a recuperar la viabilidad financiera del seguro de enfermedades y maternidad, ampliar la cobertura y mejorar los servicios del IMSS. Aunque los cambios en el sistema de pensiones fueron diseñados para construirse en una fuente importante de ahorro interno, también tendrán repercusiones significativas en los servicios de salud del IMSS. Los fondos de pensiones del seguro de invalidez, vejez, cesantía y muerte (IVCM) se han usado históricamente para cubrir al menos parte del déficit del seguro de enfermedades y maternidad, así como para financiar en gran medida la construcción de la infraestructura médica.

Con el nuevo sistema de pensiones se pierde esta fuente de financiamiento. Pero se recurre a otras fuentes. Una es a través de un nuevo esquema de cotización que sustituye el anterior impuesto a la nómina por una contribución mixta con una cuota única pagada por los patrones y el gobierno para todos los trabajadores, la cual se complementa con aportaciones tanto obreras como patronales, mientras que la gubernamental se incrementa sustancialmente. Otra fuente es el nuevo seguro médico familiar. A través de esta afiliación voluntaria se busca cubrir a todo aquellos individuos con capacidad de pago que no cotizan en el IMSS. Una tercera fuente de fondos es la parte del nuevo seguro de invalidez y vida asignada para financiar los gastos médicos de los pensionados cuyos costos se estima que crezca considerablemente en las próximas décadas.

En relación a la salud para población no asegurada, los cambios fundamentales en la SSA son la culminación de la descentralización de los servicios para la población no asegurada, seguida por la integración de los servicios actualmente prestados por la SSA y el Programa IMSS- Solidaridad (Secretaría de Salud, 1995). Después de la anterior experiencia a finales de los años ochenta y a principios de los noventa, en la que prácticamente se detuvo el proceso, actualmente la ampliación a todas entidades federativas y la profundización de las transferencias financieras a los gobiernos estatales se han convertido en estrategias centrales en los últimos años. Sus principales objetivos son propiciar una mayor eficiencia en el desempeño del sistema a través de una mejor asignación de recurso, un aumento de la capacidad administrativa de las unidades operativas y una mayor transparencia en la distribución de responsabilidades, así como ampliar la cobertura a los grupos actualmente marginados mediante la provisión de un paquete básico de servicios de salud. Además, existe una fórmula que asignará los recursos financieros entre las entidades federativas en forma proporcional a las necesidades de salud.

#### **4.-CAMBIOS Y TENDENCIAS EN LAS POLÍTICAS DE PRODUCCIÓN Y FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD EN EL CONTEXTO DEL NUEVO FEDERALISMO.**



#### **4.1.- Principales cambios en las propuestas de reforma.**

Por lo que respecta a la población asegurada, las propuestas plantean cambios profundos en la producción y el financiamiento de los servicios de salud del IMSS, entre los que destacan los siguientes:

- Situación del anterior impuesto a la nómina por una contribución mixta con una cuota única pagada por los patrones y el gobierno para los trabajadores que ganen hasta 3 salarios mínimos, la cual se complementa con aportaciones proporcionales a la nómina para los empleados que perciban más de 3 salarios mínimos.
- Dependencia creciente del financiamiento por impuestos generales, a expensas del anterior impuesto a la nómina dedicado exclusivamente a la seguridad social.
- Reversión de cuotas para las empresas que se responsabilicen por los servicios de salud a sus empleados.
- Cambio a la prima para cubrir los riesgos de trabajo.
- Libre elección del médico de familia, a fin de mejorar la satisfacción de los usuarios e introducir incentivos para el mejor desempeño de los prestadores de servicios.
- Mayor flexibilidad, vía el seguro voluntario del IMSS, para prestar servicios a los asegurados de otros regímenes.

Por lo que respecta a la población no asegurada, la propuesta de cambios más importantes son los siguientes:

- Extensión de la cobertura del servicio médico del IMSS a grupos tradicionalmente excluidos de la seguridad social, mediante el establecimiento de un nuevo seguro para la familia, el cual contará con un subsidio público.
- Culminación de la descentralización de los servicios para la población no asegurada, mediante su ampliación a todas las entidades federativas y la profundización de las transferencias financieras a los gobiernos estatales, con un ulterior fusión de los servicios actualmente prestados por la SSA y el Programa IMSS-Solidaridad.
- Ampliación de la cobertura a los grupos actualmente marginados, mediante la introducción de un paquete básico de servicios de salud.

#### **4.2.- Consideraciones sobre la efectividad de los cambios y tendencias actuales de la reforma del sector.**

Por lo que respecta a los cambios que afectan primordialmente al IMSS, destacan las siguientes consideraciones sobre la efectividad del cambio propuesto:

Las nuevas formas de financiamiento pueden llevar a un déficit fiscal por parte tanto del IMSS como del gobierno federal. Es recomendable estudiar a fondo diversos escenarios financieros, a fin de prevenir oportunamente cualquier déficit potencial. La creciente dependencia financiera de los impuestos generales implica que el IMSS deberá competir con otras prioridades en una forma en que no tenía que hacerlo antes. Cuando contaba con una línea casi exclusiva y protegida de financiamiento. Será necesario proponer

mecanismos justos y eficientes que eviten que el IMSS tenga que negociar cada año con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público las asignaciones federales.

El riesgo de incertidumbre financiera puede reducirse mediante el desarrollo de fórmulas numéricas, la elaboración de presupuesto multianuales y/o a la autorización de impuestos dedicados (como los llamados impuestos al pecado”, v. Gr., al alcohol o el tabaco). Afortunadamente, la nueva Ley del IMSS establece con claridad las obligaciones financieras del gobierno federal. El cumplimiento puntual de tales obligaciones eliminará cualquier interrupción en el flujo de los recursos indispensables para garantizar la operación de los servicios del IMSS.

La revisión de cuotas requiere de la atención más cuidadosa posible, pues sus efectos sobre la economía general, sobre las empresas y sobre el sistema de salud podrían ser adversos y perdurables. Bien instrumentada, representará un avance notable, pero mal ejecutada puede introducir el tipo de distorsiones en el sistema de salud que tanto daño han hecho a la economía y el bienestar social de otros países, como Estados Unidos.

Por lo que respecta a los cambios que atañen fundamentalmente a la Secretaría de Salud a nivel federal y a sus relaciones con los organismos equivalentes en cada entidad federativa, la cuestión principal tiene que ver con la forma en que se estructure el proceso de descentralización. Dos asuntos son de particular importancia aquí: Es indispensable preservar una adecuada solidaridad financiera entre las entidades federativas. Dada la notable disparidad entre estas entidades, la descentralización por sí misma puede agravar las inequidades. Los estados con menores recursos -que son también los que tienen las peores condiciones de salud- suelen estar en desventaja para organizar la atención a la salud y obtener el financiamiento indispensable. Una forma de lograr la descentralización preservando la solidaridad es mediante la determinación de una fórmula numérica que asigne los recursos financieros entre entidades federativas en forma proporcional a las necesidades de salud y al rezago secular, de manera que se reduzca la brecha actual entre estados ricos y pobres.

La descentralización debe servir para introducir un verdadero cambio estructural, evitando que se convierta en una mera reproducción, al nivel de cada estado, del actual esquema de monopolios públicos. Sería lamentable que la descentralización simplemente multiplicara en los estados las actuales ineficiencias del nivel federal. Difícilmente podría hablarse de progreso si el país pasara de tener un sistema federal perfectible a 32 sistemas estatales ineficientes. Por ello, la descentralización debe servir como catalizador de un nuevo marco institucional para la salud en México.

## **5.- EL FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL CONTEXTO DEL NUEVO FEDERALISMO : ORIGEN, CAMBIOS Y TENDENCIAS ACTUALES.**

Aunque el sistema fiscal y los flujos de financiamiento entre los diferentes niveles de gobierno en México operan dentro del marco más amplio del federalismo, vemos un reflejo de la clase especial del federalismo discutido en la primera sección de este documento. En efecto, los flujos financieros de los niveles superiores del gobierno hacia los niveles

inferiores están diseñados para apoyar un sistema centralizado donde la equidad, la eficiencia y la efectividad distan mucho de ser los criterios predominantes para la distribución de los recursos. En esta sección se describe a mayor detalle cuales son los mecanismos y sistemas que regulan los flujos de financiamiento en lo general entre los diferentes niveles de gobierno y en lo particular entre los diferentes subsectores del sistema de salud.

### **5.1- Las finanzas en el nivel federal.**

A través de la oficina a cargo de las participaciones –la coordinación general con entidades federativas de la Subsecretaría de Ingresos, dentro de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)- el gobierno federal envía cheques cada mes a los gobiernos estatales y locales, por cantidades calculadas mediante una fórmula de transferencia automática al cual se integran diferentes componentes de recaudación de fondos. Estos componentes provienen de un sistema formal de recaudaciones basado en la recaudación de pocos impuestos federales, mismos que nunca han sido suficientes para cubrir los gastos estatales y municipales en materia de salud.

El sistema se modificó recientemente y se formalizó en el sistema nacional de coordinación fiscal ( SNCF), que es el fundamento legal de las participaciones en México. El SNCF se creó como un mecanismo para la organización y disciplina del sistema fiscal, especialmente para proteger a los ciudadanos contra los procedimientos tributarios poco equitativos, ya que había casos de doble y aún triple tributación sobre la misma fuente de ingresos. Desde 1980 estados y municipios fueron facultados para recibir cierto porcentaje de la recaudación total de los impuestos federales. Entre los más importantes está el impuesto al ingreso (“impuesto sobre la renta” que representa cerca del 43% de la recaudación tributaria federal), el impuesto al valor agregado (IVA, cerca del 28% de la recaudación tributaria federal) y un impuesto especial sobre la producción y servicios seleccionados (impuesto especial sobre producción y servicios “, 20% de la recaudación federal); el resto proviene de diversas fuentes menores y variables. El sistema se modificó de nuevo en 1990, estableciéndose la directrices que determinan ahora las participaciones.

Antes de los 90s, las participaciones determinadas por fórmula se distribuían entre los estados a través de tres fondos: 1) el Fondo General de Participaciones (FGP), integrado con 13% del total de las recaudaciones tributarias anuales del gobierno federal, y distribuido entre los estados de acuerdo con la contribución de cada uno a la recaudación de impuestos federales; 2) el Fondo Financiero Complementario (FFC), un fondo complementario derivado de la misma base tributaria que FGP y, por lo tanto como recibían asignaciones menores ese fondo, y 3) el Fondo de Fomento Municipal (FFM), integrado con una fracción de 1% del impuesto adicional a la exportación de petróleo y gas natural y asignado exclusivamente a los municipios.

La reforma de los 90s integró los dos primeros fondos en uno sólo, llamado todavía fondo general de participaciones (FGP). Hasta finales de 1997 el sistema funcionaba como sigue: las recaudaciones tributarias recolectadas en los estados se enviaban a la Ciudad de México y formaban la Recaudación Federal Participable, al 18.1% de la cual se distribuía entre los estados como el FGP. El 20% del FGP se distribuía entre los municipios. El FFM se

integraba con el 0.42% de la Recaudación Federal participable y debía integrarse en su totalidad a los municipios. Así pues, los estados reciben en total 18% de la recaudación federal, de cuya suma el 22.1% debe distribuirse a sus municipios respectivos.

### **5.2.- Las finanzas en el nivel estatal y nivel municipal.**

Los sistemas financieros estatales operaban también dentro del marco determinado por la Ley de Coordinación Fiscal (LCF). Sin embargo, hay algunas variaciones en la forma como los estados administran sus finanzas, ya que dentro de los límites impuestos por la LCF. La legislatura de cada estado determina sus políticas de impuestos y recaudaciones. La LCF dice muy claramente que de la cantidad total de participaciones federales transferidas a los estados por lo menos el 20% deberá entregarse a los municipios. Además de las asignaciones federales, que representa la fuente de ingresos más importante, todos los estados realizan su propia recaudación a través de diversas fuentes, sobre todo a través de impuestos y derechos (cobros por los servicios públicos). Entre ellos, los más importantes los impuestos prediales, las tarifas de agua. Además de las recaudaciones por impuestos y derechos, los estados cobran por diversos servicios (por ejemplo, placas de automóvil, registro civil, espectáculos públicos), constituyen el grueso de los productos (bienes patrimoniales) y aprovechamientos (cobros por beneficios).

Los gobiernos municipales de México recaudan dos tipos de ingresos: ordinarios o convencionales y extraordinarios o complementarios. En su totalidad, el ingreso municipal deriva de las participaciones, los impuestos, los derechos cobrados por los servicios públicos, el ingreso derivado de los activos gubernamentales y otros ingresos derivados de los servicios públicos que ofrece el municipio. Los ingresos extraordinarios incluyen los fondos que reciben los ayuntamientos del gobierno federal y del gobierno estatal bajo la forma de subsidios y otras contribuciones para la ejecución de obras públicas, la cobertura de los déficit de operación y las situaciones de urgencia.

### **5.3.- La transferencia de recursos y la nueva política de ingreso y gasto en salud.**

Una vez firmados los acuerdos de gestión para llevar a cabo la descentralización de los servicios de salud, el nivel federal se comprometió a transferir todos los recursos financieros a los Gobiernos de los Estados y de los Municipios, para la operación de los servicios de salud conforme a los siguientes lineamientos:

- En materia de recursos materiales y suministros se estableció por convenio, que la Federación se comprometía a transferir a estos recursos a partir del ejercicio presupuestal de 1996.
- El 66 por ciento del monto para recursos materiales y suministros estaban destinados a la adquisición de medicamentos y material de curación. Los estados podían participar en la compra consolidada, no obstante podían pagar contra entrega, lo que les permitía controlar la cantidad, calidad, especificidad, distribución y vigencia de los productos que recibían, e incrementar la eficiencia del abasto.
- La Federación se comprometió a entregar a los estados los recursos destinados a la adquisición de medicamentos de los denominados programas verticales. Se

estableció que parte de estos recursos permanecerían en el ámbito federal para enfrentar emergencias.

- El resto de los insumos que eran materiales de administración, gastos para alimentación, combustibles y blancos se entregaron en una partida presupuestal a cada estado.

En cuanto a la administración autónoma de los recursos captados por cuotas de recuperación y la ejecución del programas de beneficencia pública por parte de las entidades federativas, ambas acciones fueron discutidas y aprobadas, por el Consejo Nacional de Salud. Hoy, los servicios estatales de salud cuentan con las facultades para normar y operar un sistema local de cuotas de recuperación. Actualmente, se observa una nueva política de ingreso-gasto que permite la autodeterminación financiera de los servicios estatales de salud. Las cuotas de recuperación se destinan, de manera prioritaria, a renglones de gasto que inciden en el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios y a satisfacer las necesidades locales de salud. En suma, los estados y municipios se encuentran capacitados, en teoría, para asumir las atribuciones y funciones que les han sido transferidas y, en ese sentido, al contar con más libertad para disponer de esos recursos, también adquieren nuevas y mayores responsabilidades en el financiamiento de los servicios que ofrecen.

En este sentido, los ingresos por cuotas de recuperación que captan las unidades aplicativas, responden a una estrategia estatal y municipal en materia de salud. Con su utilización, se han solventado deficiencias financieras cada vez más agudas y se ha contribuido a mantener los servicios médico-asistenciales en los niveles municipal y estatal. Conservar la autonomía fiscal sobre las cuotas de recuperación, significa, por un lado, efectividad en los programas de salud, y, por otro, capacidad de respuesta para atender situaciones emergentes que se presenten. Dicha efectividad depende del manejo político y técnico de cada estado, como se vera mas adelante.

Otro de los compromisos derivados del acuerdo emanado del Consejo Nacional de Salud, es el relativo a la creación de órganos de beneficencia pública en las entidades federativas, cuya finalidad es la de normar y operar un sistema local de cuotas de recuperación, y al mismo tiempo, realizar o apoyar acciones específicas de beneficencia pública para promover la recaudación de mas recursos financieros y por consecuente nuevas alternativas de financiamiento en salud a nivel estatal y municipal.

Finalmente en relación a los cambios en el financiamiento de servicios de salud de acuerdo al nuevo Programa Nacional de Salud 2001-2006, tal como se mencionó en secciones anteriores, se plantean los lineamientos en materia de financiamiento; Sin embargo aun no esta claro ni el origen de los nuevos montos de financiamiento, ni los flujos financieros o mecanismos de asignación financiera que se implementarán con el nuevo modelo integrado de atención a la salud.

#### **5.4.- Efectividad de los cambios y tendencias recientes en las políticas de financiamiento del sistema de salud en México.**

Para analizar la efectividad de los cambios y tendencias actuales en materia de financiamiento en salud, se presentan hallazgos empíricos de un estudio para identificar los efectos de los cambios en el financiamiento y las tendencias de las políticas de salud a partir de la descentralización y la reforma del sector salud en los últimos 10 años. Este análisis se realizó en cuatro estados del país seleccionados a partir de una muestra aleatoria estratificada por índice de marginación, fase de la reforma y la descentralización, ingreso per-cápita, partido político en el gobierno estatal y en el gobierno municipal. En estos hallazgos, se presentan los flujos de financiamiento diferenciando entre las tendencias del gasto en salud para población asegurada y para población no asegurada; por otra parte al interior de los flujos financieros para población no asegurada, se analiza el comportamiento de las distintas fuentes de financiamiento para los cuatro estados seleccionados. Las fuentes de financiamiento se refieren a las aportaciones federales, aportaciones estatales, aportaciones municipales y aportaciones de los usuarios, ( ver cuadros 1-8 en anexo A).

En primer termino hay que resaltar que la efectividad de los cambios en las políticas de financiamiento, como parte de la reforma del estado y particularmente de la reforma del sector salud, resulta en una efectividad muy variable, dependiendo del estado en cuestión. En efecto hay estados donde los incrementos en los montos financieros son mas importantes que en otros y esto no guarda relación estrecha ni con el gasto per-capita en salud ni mucho menos con las necesidades de salud de la población. Por ejemplo, el estado de Oaxaca es uno de los estados con mayor índice de marginación del país, sin embargo es el estado que menos se ve favorecido en cuanto a incremento del gasto en salud.

En segundo término, al analizar las tendencias del gasto en salud y la distribución porcentual de las diferentes fuentes de financiamiento, se observa una situación mas irregular que la mencionada anteriormente. En efecto 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 el estado de tabasco con el estado de Yucatán, llama la atención la participación tan importante del gobierno estatal en el financiamiento en salud para el estado de Tabasco, mientras que en Yucatán , a pesar de que el nivel estatal debería, en teoría, tener una participación de por lo menos el 30% del gasto estatal en salud, en este estado casi el 100% del gasto depende del gobierno federal. Lo mismo se observa en los estados de Oaxaca e Hidalgo, donde la mayor parte del gasto en salud sigue dependiendo del gobierno federal. Sin embargo hay que resaltar que en estos dos estados existe una participación relativamente importante de los usuarios en el financiamiento de los servicios de salud. Esto último es muy contradictorio, porque justamente en los dos estados mas pobres y de mayor marginación social existe una participación mas importante del gasto en salud, en relación a los otros dos estados de menor marginación social y de un ingreso per-capita mayor.

## 6.-DISCUSION Y CONCLUSIONES.

Durante los últimos años, México avanzó de manera importante hacia la democratización en el contexto de un nuevo federalismo. El concepto de democratización implica aplicar las normas, los valores y los procedimientos de la ciudadanía a instituciones gubernamentales, entre ellas las instituciones de salud, que estaban o están funcionando bajo principios de control centralista, del juicio de los especialistas o de las prácticas administrativas de la burocracia estatal. Varios cambios estructurales han influido de manera importante en ese proceso de democratización:

- El fortalecimiento y aumento de la autonomía de la sociedad civil, tuvo como consecuencia la proliferación de Organizaciones populares, organizaciones no gubernamentales, la competencia y profesionalización de medios masivos de información. Este nuevo rol de la sociedad civil también tuvo efectos relevantes en la pérdida de control del gobierno sobre los medios de comunicación, el acceso a información y el replanteamiento de las relaciones intergubernamentales, de la estructura del poder y de la nueva relación estado-sociedad.
- Ha existido una mayor transparencia, mayor participación y mayor credibilidad por parte de la ciudadanía en los procesos electorales. Desde 1994, el Instituto Federal Electoral, una institución autónoma, se encargó de vigilar el cumplimiento de las reglas del juego del proceso electoral. A partir de ese año, y sobre todo a partir de los resultados electorales del 2000 y 2001, la oposición ha ganado espacios en los diferentes niveles de gobierno. La alternancia del poder, tanto a nivel federal como estatal, a puesto en evidencia los mecanismos de corrupción de las administraciones anteriores. Asimismo se han puesto en evidencia los conflictos y ajustes por los que esta pasando la nueva estructura de poder .
- En años recientes y particularmente a partir del año 2000, se han concretado importantes cambios de poder en los diferentes partidos políticos y el Congreso se ha vuelto más activo en las iniciativas de ley y más autónomo frente al poder ejecutivo, pero en general, el cambio no se ha concretado, el sistema político mexicano continúa dominado por el presidente. La mayoría de los analistas creen que esto debe cambiar para que se intensifique el proceso de democratización en los diferentes sectores del gobierno, y en este caso en el sector salud. En efecto, la democratización de la salud es el factor de mayor consenso entre los diferentes actores políticos del sistema de salud mexicano. Sin embargo la búsqueda de tal consenso enfrenta barreras muy importante por la estructura del poder, por las características distintivas del federalismo en México y por las características propias del actual Sistema Nacional de Salud.

A pesar de los avances en la democratización y del replanteamiento de las relaciones intergubernamentales en el contexto de un nuevo federalismo, el factor más importante en la estructura del poder en México, continua siendo el presidente y sus representantes sectoriales. En efecto el control del ejecutivo federal sobre el nivel estatal persiste y se fundamenta en una gran diversidad de facultades formales e informales. Aunque en

principio el municipio mexicano es la unidad gubernamental para los fines administrativos locales, en realidad, las facultades del ayuntamiento, y salud no es la excepción, han estado tradicionalmente limitadas por el gobierno estatal y federal. En materia de salud recientemente se firmaron formalmente los convenios de descentralización con los gobernadores de los estados, y uno de los principales puntos de conflicto fué que la transferencia de recursos y responsabilidades del gobierno federal a los estados implica una redistribución del poder que se dice fácil en teoría, pero en la practica no se ha podido concretar principalmente por la ausencia de los mecanismos viables para la nueva estructura de poder y de relaciones intergubernamentales.

En efecto, el curso de los últimos años muestra que el Estado, las Instituciones y la Sociedad, aún no han establecido de manera clara y estructurada esos nuevos mecanismos mediante los cuales establecerán su relación y las nuevas reglas de intercambio político. México vive momentos clave en los que se están explorando varias posibilidades que van desde una democracia plural, en la que se amplían los espacios de participación de toda la población y se tiene una mayor libertad de elección ( incluso se propone que cada usuario del sistema de salud pueda llegar a elegir la institución, el hospital y el medico de su preferencia) , hasta un corporativismo menos autoritario, con una participación acotada y canalizada a través de grupos políticamente organizados. Sin embargo, los obstáculos del viejo corporativismo aún impiden que el proceso sea gradual y sin bloqueos.

Surgen pues, dos disyuntivas clave que establecen las condiciones que posibilitarán el cambio en la política de salud del país y los nuevos mecanismos de relación entre estado, instituciones de salud y usuarios de los servicios de salud. Una primera disyuntiva se abre ante el hecho de que, si bien la sociedad mexicana contemporánea ya no se ve reflejada en el viejo arreglo corporativista, aún no quedan claramente definidas las nuevas reglas del juego. Aunque aún persiste el uso inercial de las viejas prácticas y acuerdos, la sociedad está demostrando de manera creciente que el arreglo corporativista no da cabida a todas sus expresiones y demandas en cuanto a sus necesidades de salud. Importantes grupos de la población, históricamente excluidos de este arreglo, se han convertido en sectores dinámicos del equilibrio político. Por ejemplo toda la población de la economía informal que históricamente estuvo desprotegida de la seguridad social, actualmente tiene la libertad de ingresar por decisión propia al régimen de los servicios de salud para población asegurada .

La segunda disyuntiva la enfrenta el estado, quien deberá decidir entre mantener los arreglos corporativos o utilizar mecanismos más democráticos que le permitan dirigir las voluntades y las fuerzas organizadas de la sociedad en una misma dirección de cambio a favor de mejores condiciones de salud. En la medida en que continúe percibiendo la necesidad de emplear mecanismos de control verticales y centralizadores para llevar a cabo sus proyecto de reforma del sector, menor será su interés por dismantelar el viejo esquema corporativo. Desde el pasado, la resistencia efectiva al cambio en el sector salud ha bloqueado los esfuerzos reformadores, logrando solamente avances parciales, incluso nulos. En el área de la salud, deberán legitimarse acuerdos entre los principales actores y establecerse los mecanismos de convergencia en el que todos los grupos y sectores involucrados participen en el proceso de reforma del sistema de salud bajo la coordinación de un agente colectivo, cuyo rol podrá asumir el Estado.



La postura de los actores políticos clave frente a estas disyuntivas establecerá los mecanismos fundamentales para la efectividad de las actuales cambios propuestos en el sector salud y para la agenda de reforma del sistema de salud en cuanto a las relaciones Estado-sociedad. Si se considera que el viejo arreglo es indispensable, se preservarán las prácticas exclusivistas que han mantenido a grandes grupos de la población con limitaciones importantes en la calidad, equidad, accesibilidad y efectividad de los servicios de salud. Pero si estamos cambiando, como lo plantean el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud 2001-2006, hacia un tipo de arreglo político más moderno, mas justo y mas acorde con la sociedad plural del México actual, se implementarán los cambios en nuevas políticas de salud incluyentes basadas en el principio de ciudadanía plasmado en la Constitución y en la meta de concretar un Sistema Universal de Salud.

Los posibles efectos de los cambios propuestos en las actuales estrategias políticas para la reforma del sector salud, particularmente la utilización creciente de recursos fiscales generales para financiar la seguridad social, puede terminar por realizarse a expensas de las asignaciones para la población no asegurada. Ello generaría mayores carencias para financiar los programas de salud de la población con menor ingreso. Por otra parte se incrementaría la inequidad y los problemas de accesibilidad actual del sistema de salud. Es indispensable evaluar las repercusiones del cambio del financiamiento de la seguridad social, particularmente del IMSS sobre el resto de las instituciones de salud y, de ser necesario tomar medidas correctivas para prevenir un agravamiento de la inequidad o el deterioro de los programa de salud pública que benefician a toda la población.

Hablando de los cambios para la población no asegurada, conforme la SSA se vaya descentralizando la operación de los servicios a las entidades federativas, debe asumir cada vez más la función de regular el sistema de salud en su conjunto. 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 ultima sección del documento, con las necesidades de salud de la población. Según los lineamientos de política del plan nacional de desarrollo y del mismo programa nacional de salud en los últimos años, 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.

Por otra parte, el mismo planteamiento de la política de descentralización del estado, pretende acabar con el sentido clientelar y excesivamente centralista de las estructuras del gobierno mexicano, tal como se comentó en las primeras secciones de este documento, sin embargo los mismos hallazgos presentados hacen ver que los niveles estatales y municipales continúan dependiendo del centro y solo es en algunas excepciones, como el estado de Tabasco, donde se ha podido concretar y desarrollar una política tanto en el financiamiento como en la producción de servicios de salud mas acorde con las condiciones a nivel estatal y municipal.

Al respecto, analizando las tendencias y cambios del gasto en salud, de los tipos de ingreso, de los mecanismos de participación y asignación financiera entre los niveles federal, estatal

y municipal, podemos decir que existe un marco legal para poder hacer mas eficiente y efectivo el financiamiento de los servicios de salud así como el monitoreo de los fondos de financiamiento y mecanismos de asignación financiera. El problema fundamental que se esta enfrentando, es que este marco legal no considera la realidad en los estados y en los municipios y por lo tanto no ha sido posible que la propuesta de cambio se lleve a cabo con éxito. Hay algunas excepciones donde los nuevos mecanismos de asignación financiera, promoción de nuevos ingresos y la nueva propuesta de mayor responsabilidad a los estados y a los municipios ha tenido cierta efectividad, tal como se demuestra con los datos del estado de Tabasco, pero esto es una excepción la regla es la escasa o nula efectividad, tal como se demuestra en los tres estados restantes seleccionados para este análisis.

En relación a la producción y al mercado de servicios de salud, desde la primera sección de este documento quedó de manifiesto que los servicios de salud, tanto privados como públicos, transitan a través de una coyuntura entre pasado y futuro marcada por reformas oficiales, por retos e innovaciones organizacionales, y por un incremento en la participación ciudadana. Todo ello, de manera implícita en algunos casos y explícita en otros, parece estar modificando de manera irreversible la prestación de los servicios médicos, vigente desde hace poco mas de medio siglo. Si bien en los últimos cincuenta años han coexistido formalmente servicios de atención médica privados y públicos, en los años más recientes se han ido incrementando diferentes presiones sobre el Instituto Mexicano de Seguro Social, principal exponente de la seguridad social en este país y principal institución del sector salud en términos de cobertura nacional. Estas presiones constituyen el origen de un nuevo patrón de relación entre los sectores público y privado.

En efecto, los servicios de salud se encuentran bajo una fuerte presión financiera, al tiempo que su nivel de credibilidad disminuye notoriamente ante sus usuarios. La Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud puso de manifiesto que 47% de los derechohabientes de la seguridad social opinan que la calidad de la atención hospitalaria “es mala” y 51% tienen la misma opinión sobre la atención que se otorga en el primer nivel. Otra encuesta llevada a cabo en 57 empresas con objeto de identificar la percepción de los patrones sobre los servicios de salud de la seguridad social, demostró que prácticamente 95% de ellos estarían interesados en la reversión de cuotas: es decir, preferirían que les permitieran contratar servicios de salud diferentes de los que ofrece la seguridad social.

Una de las principales razones para ello es que, en varias empresas mexicanas, más de 90% ofrecen a sus trabajadores (en algunos casos a todos y en otros solamente a los altos ejecutivos) seguros de gastos médicos mayores e incluso servicios de atención integral, por lo que, finalmente, las empresas pagan doble por la atención médica: a la seguridad social y a alguna empresa privada. No es difícil atribuir a ambos aspectos, la presión financiera y la presión de empresarios y trabajadores, el interés de la seguridad social por ampliar la modalidad de reversión de cuotas. Este es un detonador fundamental de la modificación en la mezcla público-privada.

La clara tendencia hacia una mayor competencia entre los servicios de atención médica y entre los proveedores del sector privado, podría ser desastrosa para la salud de la población si ello ocurriese de manera desregulada, por lo que la SSA deberá asumir un rol mas fuerte

y constante para una mayor regulación del mercado, tal como se plantea en el Programa Nacional de Salud 2001-2006. El sector privado de atención médica es un conglomerado muy heterogéneo que, de no ser adecuadamente regulado, puede constituirse en una amenaza para la salud de la población. Por ejemplo, preocupa el hecho de que en 36% del total de unidades privadas no se cuenta con un solo médico de tiempo completo, y en 16% tampoco existe por lo menos una enfermera de tiempo completo. Si bien existe un crecimiento fundamental en el derecho constitucional a la protección de la salud, la regulación de estos proveedores ha sido laxa, sin existir mecanismo alguno que permita certificar periódicamente el nivel de calidad con el que operan.

Este rol de regulación del mercado también tiene mucha relación con la propuesta de un Modelo Integrado de Atención a la Salud. Este nuevo modelo de atención, tiene como meta gubernamental que para el 2006 el 98 por ciento de la población esté adscrita a un médico familiar que sea el gestor de la salud de sus afiliados, y además se plantea 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, eso es a las instituciones de salud. Este modelo considera la mezcla publico-privada bajo un estricto marco de regulación del mercado, y constituye la instalación en México del modelo competitivo de mercado, público y privado, con paquetes de servicios diferenciados en función del monto del seguro del usuario con un mecanismo de pago per cápita al administrador de los fondos de salud.

Finalmente, hay que resaltar que las recientes propuestas políticas para reformas del sector salud, en el contexto de la democratización de la salud con una nueva red de relaciones entre los diferentes actores sociales, plantean retos con nuevos roles y nuevos escenarios para el Estado, para los proveedores y para los usuarios de servicios de salud. Dichos roles y escenarios frecuentemente estarán en conflicto, por lo que será necesaria una permanente búsqueda de consenso. En este ajuste y búsqueda de consenso entre los diferentes actores del sistema de salud mexicano, la factibilidad de las estrategias de políticas de salud, requerirá de la generación, producción, reproducción y utilización del conocimiento sobre el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de dichas políticas organizadas en seis grandes líneas de investigación: -Extensión de cobertura, -Participación comunitaria y descentralización, -Implementación del paquete básico de servicios de salud, -Reorganización del modelo de atención a la salud, -Indicadores sobre la evaluación del desempeño para la creación de un sistema universal de salud y por ultimo, -Indicadores sobre los cambios en las políticas de financiamiento, especificando mecanismos de asignación financiera y mecanismos de protección financiera para todos los usuarios, pero fundamentalmente para los de menor ingreso económico.

## REFERENCIAS.

- 1.- Alonso J., et. al., El Nuevo Estado Mexicano, Universidad de Guadalajara Nueva Imagen CIESAS, México, 1992.
- 2.- Arredondo A. and Parada I. Health financing changes in the context of health care decentralization: The case of three Latin American countries: Mexico, Nicaragua, and Peru. *Saude Publica de Brasil*, Vol. 34(5): 449-60. 2000.
- 3.-Arredondo A., Profils d'assignation de ressources à la santé en fonction d'indicateurs d'efficience et des coûts de production: Une proposition pour les pays de l'amérique latine. *Rev. Ruptures, Univ. De Montreal*. Vol. 6,No. 3, 2000.
- 4.- Arredondo A. " Costs and financial consequences of México's epidemiologic profile change: information for policy makers" . *Journal of Health Policy*. Vol 42: 2, 1998.
- 5.- Banco Nacional de México. México Social. 11a. edición. México, D.F.: División de Estudios Económicos y Sociales. BANAMEX, 1998
- 6.- Brailovsky V., El comportamiento económico de la medicina privada en México: análisis comparativo con el sector público, Capítulo 8 del Observatorio de la Salud, Funsalud, México, 1997.
- 7.- Bronfman M. , et al. La Salud de los pueblos indígenas, Secretaría de Salud, México, 1994.
- 8.- Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México 2000. México,
- 9.- Consejo Nacional de Población. Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico. México, D.F.: CONAPO.
- 10.- Consejo Nacional de Vacunación. Programa de Atención a la Salud del Niño. Manual de procedimientos técnicos. México, D.F.: CONAVA, SSA, 1998.
- 11.- Contandriopoulos André Pierre et al. Entendiendo las Transformaciones de los Sistemas de Salud:Una Perspectiva Canadiense. Universidad de Montreal . Junio del 2000. ISBN: 2-922521-03-6.
- 12.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 133 edición. México, D.F.: Editorial Porrúa, 2000.
- 13.- De la Fuente J.R., Juan M., La Descentralización de los Servicios de Salud: Una responsabilidad compartida, Secretaría de Salud, Consejo Nacional de Salud, México, 1996.

- 14.- Pereira J y Theret B. Los regímenes políticos, mediaciones sociales y trayectorias económicas. Estudios Sociológicos, El Colegio de México, México. Vol XVIII, Num. 50. 1999.
- 15.- Frenk J., Zurita B., Franco F, Arredondo A., Quisser M., Ramírez R. Demanda y oferta de servicios médicos: Obstáculos a la mejoría del sistema de salud en México. FUNSALUD, Proyecto Economía y Salud. Junio de 1994.
- 16.- Frenk J., et al. "Economía y Salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México" Informe Final. FUNSALUD. Noviembre de 1994. ISBN 968-6186-29-8. México.
- 17.- Frenk J., Reformar sin deformar: la necesidad de una visión integral en la transformación del sistema de salud mexicano, Capítulo 15 del Observatorio de la Salud, Funsalud, México, 1997.
- 18.- González Block M.A., et al. Descentralización de los Sistemas de los Servicios de Salud, Secretaría de Salud, México, 1994.
- 19.- Gómez Dantes H., et al. La transición en Salud, Secretaría de Salud, México, 1994.
- 20.- González A. et al. La dimensión política en los procesos de reforma del sistema de salud, Funsalud, México, 1995.
- 21.- González Block M.A. y Brown A., Hacia la asignación equitativa de los recursos federales para la salud Capítulo 6 del Observatorio de la Salud, Funsalud, México, 1997.
- 22.- González J.A., et. al., Descentralización de los Servicios de Salud a las Entidades Federativas, Memoria 1995-2000, Secretaría de Salud, México.
- 23.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Anuario estadístico de servicios médicos. México, D.F.: IMSS, 1980-1998.
- 24.- Instituto Nacional de Estadística. Geografía e Informática. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Aguascalientes, México: INEGI, 1997.
- 25.- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Niños menores de cinco años. Cuernavaca, Morelos: INSP, 2000.
- 26.- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. Anuario Estadístico. México, D.F.: ISSSTE, 1980-1998.
- 27.- Ley General de Salud. 16 edición actualizada. México, D.F.: Editorial Porrúa, 2000.
- 28.- Lozano R., et al., El peso de la enfermedad en México: un doble reto, Funsalud, México, 1994.

- 29.- Martínez A., La dimensión política en los procesos de reforma del sector salud, Capítulo 16 del Observatorio de la Salud, Funsalud, México, 1997,
- 30.- Méndez J.L.,(copilador) Lecturas básicas de administración y políticas públicas, El Colegio de México, México, 2000.
- 31.- Morris, S. Corruption and the Mexican political system: continuity and change. *Third World Quarterly*. June 1999. 20(3): 623-643.
- 32.- O'Donnell G, Schmitter P. Transiciones desde un gobierno autoritario. Buenos Aires. Paidós. 1991.
- 33.- Organización Mundial de la Salud. Informes sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS, 2000.
- 34.- Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas: Indicadores Básicos de Salud 1999, Ginebra: OPS-OMS, 1999.
- 35.- Padua J., Vanneph A. (copiladores) Poder Local, Poder Regional, El Colegio de México/CEMCA, México, 1986.
- 36.- Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. México, D.F.: Presidencia de la República, 2001.
- 37.- Poullier Jean-Pierre, 2000. Estimates of National Health Accounts (NHA). Methodological Considerations. GPE Discussion Paper Series : NO. 27. EIP/GPE/FAR. World Health Organization. pp :17-29.
- 38.- Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, Poder Ejecutivo Federal, México.
- 39.- Puga C., et. al., Evolución del Estado Mexicano, Consolidación 1940-1983 Tomo III, Ediciones El Caballito, México,1986.
- 40.- Quentin T. Wodon. 2000. Poverty and Policy in Latin America and the Caribbean. World Bank Technical Paper ISBN 0-8213-4754-3 -.pp : 53-58.
- 41.- Reiss, A. On the brick. *Harvard International Review*. Summer 1999. 21(3): 26-29.
- 42.- Rodríguez V. La descentralización en México, Fondo de la Cultura Económica, México, 1999.
- 43.- Ruelas E., y Alonso A., Tendencias a futuro de la organización de la atención médica en México, Capítulo 17 del Observatorio de la Salud, Funsalud, México, 1997.

- 44.- Sassi F. et al. Equity across social groups with different levels of health. In equity and the economic evaluation of health care. National Coordinating Centre for Health Technology Assessment. London. Chap. 2. 2001.
- 45.- Secretaría de Salud. Anuario Estadístico 1993-1998. México, D.F.: Dirección General de Estadística e Informática, SSA, 1994-1999.
- 46.- Secretaría de Salud. Compendio histórico. Estadísticas Vitales 1893-1993 EUM. México, D.F.: Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, 1993.
- 47.- Secretaría de Salud. Descentralización de los servicios de salud en las entidades federativas. Memoria 1995-2000. México, D.F.: SSA, 2001.
- 48.- Secretaría de Salud. Normas Oficiales Mexicanas en Materia de Salud. México, D.F.: SSA, 1990-2000.
- 49.- SSA, Hacia la federalización de la salud en México. El modelo de atención para población abierta en México. Consejo Nacional de Salud. 1999.
- 50.- SSA, La descentralización de los Servicios de Salud: una responsabilidad compartida. Acciones para consolidar la descentralización del sistema de salud. Consejo Nacional de Salud. 1997.
- 51.- SSA, La descentralización de los Servicios de Salud: Avances y retos. Un análisis sobre la descentralización del sistema de salud mexicano para el período 1995-2000. Consejo Nacional de Salud. 2001.
- 52.- SSA, 2000. Recursos para la salud en unidades de la Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Salud. Salud Pública de México, Vol 42, No. 3 :252-259.
- 53.- SSA, 2000. Información básica sobre recursos y servicios del Sistema Nacional de Salud. Salud Pública de México, Vol 42, No. 1 : 68-76.
- 46.- 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., Julio del 2001.
- 54.- Sepúlveda J., La Reforma en salud, Secretaría de Salud, México 1994.
- 55.- Serrano M. y Bulmer-Thomas V., La reconstrucción del Estado México después de Salinas, Fondo de Cultura Económica, México, 1996.
- 56.- Sistema Nacional de Salud. Boletín de información estadística. México, D.F.: Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, 1991-1993.
- 57.- The Economist Intelligence Unit. Country Report. 1998.

58.- World Health Organization. 2000. World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. Chapter 4: What resources are needed. World Health Organization . Geneva, 2000: 73-77.

59.- Wagstaff Adam. Poverty and Health. Commission on Macroeconomics and Health. Working Papers Series, Paper No. WG1-5. WHO. Geneve, 2001.



**ANEXOS: FIGURAS 1-10**