



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ECONOMÍA

ANÁLISIS DEL GASTO EN SALUD PARA LA
POBLACIÓN SIN DERECHOHABIENTIA DEL ESTADO
DE GUANAJUATO: EL CASO DEL PROGRAMA
SEGURO POPULAR

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ECONOMÍA

PRESENTA:

KAREN IVETHE OLIVARES DEL MONTE



DIRECTOR DE TESIS: LIC. ELBA BAÑUELOS BÁRCENA

MÉXICO, D.F.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis padres... gracias



Emma del Monte Galicia

y

Tomás Olivares Ortiz

*Por su amor, dedicación, honestidad,
sabiduría y valentía. Por ser mis
mejores amigos y maestros. Toda mi
admiración y respeto para ellos.*

A mis hermanas... gracias



Cindy Olivares del Monte

y

Cintya Olivares del Monte

A mi querida Camila

A la Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México.

A mis sinodales.

Lic. Elba Bañuelos Bárcena

Mtro. Oscar Contreras Cleofas

Lic. Jose Isaías Morales Najjar

Lic. Raymundo Moscota Mora

Lic. Sergio Castillo Loyola

*Un especial agradecimiento a la Maestra Elba Bañuelos Bárcena por su
inconmensurable apoyo y dedicación a la academia, en mi vida personal y
profesional.*

MUCHAS GRACIAS

Contenido

Introducción.....	1
Objetivo General	2
Objetivos Específicos	2
Identificación del problema.....	3
CAPÍTULO 1	6
Sensibilidad de la demanda por servicios de salud	6
1.1 La demanda de servicios de salud	8
1.1.1 Concepto de demanda de servicios de salud.....	8
1.1.2 Características de la demanda de servicios de salud	8
1.2 El bien salud como un bien normal.....	10
1.2.1 Clasificación de los bienes.....	10
1.2.2 Elasticidad ingreso de la demanda	16
1.2.3 Medición de la variación total: efecto sustitución y efecto renta	21
1.2.4 La variación total de la demanda	26
1.3 Antecedentes históricos del Sistema de Salud en México	28
CAPÍTULO 2	33
Análisis de los criterios de asignación de recursos de salud federales y estatales para la población no derechohabiente	33
2.1 La demanda de servicios de salud en el estado de Guanajuato	35
2.1.1 Antecedentes.....	35
2.1.2 Factores que inciden en la demanda de servicios de salud en el estado de Guanajuato.....	36
2.2 El gasto en salud de la población sin derechohabiencia en México.....	42
2.2.1 Antecedentes.....	42
2.3 El gasto en salud de la población sin derechohabiencia en el estado de Guanajuato	50
2.3.1 Características de la población sin derechohabiencia.....	50
2.3.2 Fuentes de financiamiento del gasto en salud	50
2.3.3 Fuentes de financiamiento de origen federal	53
2.3.4 Fuentes de financiamiento de origen estatal.....	55
2.4 El Programa Seguro Popular: una alternativa para brindar atención en salud a la población sin derechohabiencia	56
2.4.1 Características principales.....	56
2.4.2 Fuentes de financiamiento de origen federal	61
2.4.3 Fuentes de financiamiento de origen estatal.....	68
2.5 La normatividad del financiamiento y del gasto federal y estatal del programa Seguro Popular	72

2.5.1 Situación de la Normatividad	72
2.5.2 Normatividad del gasto federal	72
2.5.3 Normatividad del gasto estatal.....	77
CAPÍTULO 3	78
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	78
Conclusiones generales	79
BIBLIOGRAFÍA	84

Introducción

El acceso universal a los servicios de salud tiene un papel de suma importancia para la población, tanto estatal, como federal, ya que da certidumbre y protección a los ingresos de la población, los cuales pueden ser mermados a consecuencia del gasto emanado del tratamiento de una enfermedad. Esto hace evidente la necesidad de un sistema de salud financieramente sólido que pueda hacer frente a los requerimientos necesarios de servicios de salud que garanticen el acceso a toda población del país.

En este sentido, el análisis de los mecanismos de asignación de los recursos en materia de salud es una pieza clave para el buen funcionamiento de los servicios médicos, por lo cual es necesario analizar cómo se llevan a cabo los flujos entre los actores involucrados.

Bajo esta premisa se realizó un análisis del funcionamiento de los canales de asignación del gasto en materia de salud, tomando como caso de estudio la población sin derechohabiencia del estado de Guanajuato y más específicamente aquella que es beneficiaria del Programa Seguro Popular.

Para llevar a cabo lo anterior, la presente investigación se estructura de la siguiente forma: el primer capítulo hace referencia a la teoría microeconómica como marco conceptual para el entendimiento del gasto en salud, posteriormente con base en una reseña histórica nos muestra como está formado el Sistema de Salud en México, lo cual sirve como base para plantear las causas que han provocado deficiencias en las fuentes de financiamiento y desempeño del gasto en salud.

El segundo capítulo, presenta un diagnóstico sobre cómo está estructurado el gasto en salud de la población sin derechohabiencia en México, sus características y el marco normativo existente. En particular, se aborda lo relativo a la asignación de los recursos federales y estatales en salud de la población no derechohabiente del estado de Guanajuato.

Finalmente, el tercer apartado plantea las conclusiones generales de la investigación, tomando como referencia cada uno de los capítulos y se presenta una serie de recomendaciones con base en el alcance del documento y necesidades futuras en torno al gasto en salud.

Objetivo General

Identificar las fuentes de financiamiento y limitaciones del gasto en salud de la población sin derechohabiencia en México, particularmente la del estado de Guanajuato.

Objetivos Específicos

- i. Examinar la posición del bien salud visto como un bien normal ante cambios en el ingreso.
- ii. Describir los factores que inciden en la demanda de servicios de salud.
- iii. Identificar las fuentes de financiamiento para atender los servicios de salud, específicamente los del estado de Guanajuato.
- iv. Revisar la normatividad aplicable al gasto en salud y sus implicaciones en el alcance de este.

Identificación del problema

El incremento del acceso a la cobertura de servicios de salud hacia los grupos más vulnerables de la población es un reto crucial para las autoridades mexicanas. El progreso en esta área requiere, entre otras cosas, de recursos suficientes asignados al sector salud, así como de una mejor focalización de estos hacia los estados y hacia su interior. Bajo este esquema, es necesario revisar los antecedentes y contexto que originan deficiencias en las fuentes de financiamiento y desempeño del gasto en salud para identificar claramente las fuentes de financiamiento estatales y federales para el gasto en salud, así como las limitaciones en el uso de los recursos destinados a este fin.

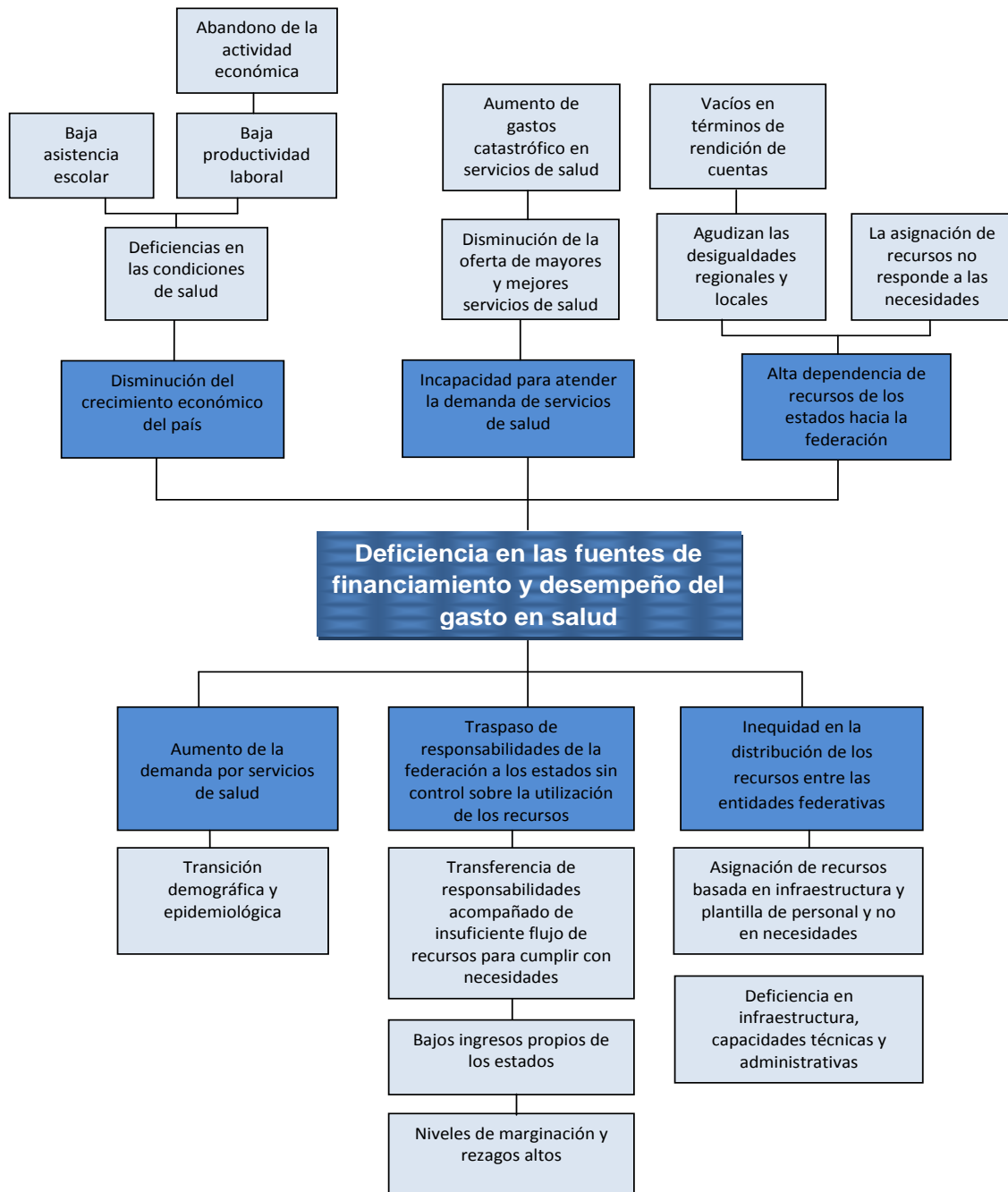
Los antecedentes se centran en la descentralización de los servicios de salud, aspecto que se ha venido instrumentando en México a lo largo de los últimos años. Al respecto, la literatura encontrada sostiene en términos generales que el proceso de descentralización de la salud ha derivado en una profundización de la desigualdad; ha generado confusión con respecto a las atribuciones de los distintos niveles de gobierno; no ha logrado combatir la dependencia de los estados hacia la federación y ha creado mayores vacíos en términos de rendición de cuentas. Lo anterior, como consecuencia de un grave y evidente contexto de inequidad.

Es importante señalar que se tomó en consideración el esquema de descentralización la infraestructura y la plantilla de personal existente en cada estado, pasando por alto si ésta era suficiente y/o si operaba de manera efectiva. Adicionalmente no se contó con un diagnóstico situacional y de necesidades de cada estado (oferta y demanda de servicios de salud), menos aún se tomaron en cuenta aspectos como la composición cultural de la población (para aquellos estados con una población indígena importante), por mencionar algunos aspectos.

A continuación se presenta el árbol de problemas¹ identificado:

¹ Elaboración propia con base en el documento "Gasto en Salud", elaborado por el Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C. 2004

Figura 1. Árbol de problemas



La presente investigación se justifica porque un sistema de salud con deficiencias de financiamiento y desempeño afecta el crecimiento económico de la nación al debilitar la productividad laboral, aumenta la carga de las enfermedades y reducir la participación de la familia en la actividad económica. Esta situación, adquiere mayor relevancia ante la ausencia de cobertura de aseguramiento, lo cual tiene un impacto directo en el ingreso de

la población más vulnerable, población que en muchas ocasiones tienen que enfrentar gastos catastróficos en servicios de salud.

CAPÍTULO 1

Sensibilidad de la demanda por servicios de salud

“Debemos entender que una sociedad buena no es la que muchos latinoamericanos suponen cuando firman un contrato con el neoliberalismo. El neoliberalismo es una filosofía política desesperanzadora porque no se puede permitir que el mercado invada tanto aspectos de nuestra vida. Si se hace, se provoca demasiada inseguridad, desigualdad y una comercialización de lo que deberían ser valores humanos”.

Anthony Giddens

Director de la London School of Economics

Resumen

En este capítulo se realiza una revisión conceptual a nivel microeconómico sobre la demanda de servicios de salud; derivado de que en la determinación de ésta intervienen diversos factores, entre ellos el estilo de vida, la educación, los de tipo genético y económico, entre otros. Factores que a su vez influyen en el nivel de gasto en servicios de salud que destinan los seres humanos.

Se realiza un análisis de los distintos tipos de bienes que existen y se clasifica al gasto en salud como un bien normal, con base en esta característica se profundiza sobre la elasticidad de la demanda. Finalmente, se presenta brevemente cómo se fue integrando el Sistema de Salud en México.

1.1 La demanda de servicios de salud

1.1.1 Concepto de demanda de servicios de salud

En economía se utiliza el concepto de demanda para describir la cantidad de un bien o de un servicio que una persona, empresa o economía doméstica decide comprar a un determinado precio (Stiglitz, 1994). Cuando el consumidor realiza esta acción, se dice que esta maximizando su función de utilidad, sujeta a su restricción presupuestaria.

Ahora bien, la *demanda por servicios de salud*, ha sido definida por diversos autores de la siguiente forma:

Para Sergio Bitrán², es la cantidad de atención médica de un cierto tipo, que una o más personas están dispuestas a obtener durante un cierto período de tiempo por uno o más proveedores, en función de sus características.

Mientras que Miguel Madueño³, entiende la demanda de salud como la “percepción de una necesidad de atención de salud” para ayudar a prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud.

En tanto que Pablo López⁴, dice que la demanda de servicios sanitarios (salud) es una demanda indirecta o derivada ya que al consumidor no le interesa “consumir” los servicios de salud *per se* sino que lo hace para producir salud.

1.1.2 Características de la demanda de servicios de salud

De acuerdo a Sanabria Montañez (2002), la demanda de servicios de salud se caracteriza por ser irregular e impredecible, dado que para algunos individuos está condicionada a que se perciba un síntoma de enfermedad.

Asimismo, sostiene que la demanda de los servicios de salud tiene algunos elementos no compartidos con la demanda de la mayoría de bienes y servicios, como son:

² Bitrán Ricardo. Estimación del balance Oferta-Demanda de servicios de salud y prioridades de inversión pública en salud. Minsa. Informe Final de Consultoría. Perú, 1999.

³ En <http://www.bing.com/search?q=demanda+de+servicios+de+salud&first=23&FORM=PORE>

⁴ En http://www.gneaupp.es/app/adm/mediateca/archivos/23_pdf.pdf

- **Asimetría de información**

El consumidor (el paciente) tiene poco o nulo conocimiento de cuestiones médicas, por lo tanto establece una relación de confianza con el médico, esperando que este actúe guiado por el interés hacia el paciente. Esto origina “asimetría de información”: el volumen de información con que cuentan proveedores y consumidores no es el mismo. Incluso puede llegar a suceder que el médico actué en función de su propio interés, como un oferente del servicio e inducir la demanda.

- **Tendencia a priorizar la salud sobre los demás bienes**

En muchos casos los individuos tienden a asignar a los bienes de salud una utilidad superior a la real, con lo que las decisiones de acudir a servicios de salud quedan distorsionadas, induciendo al sobre consumo de las prestaciones de salud, lo que se puede traducir en un exceso de gasto, al tiempo que pueden aumentar los riesgos de iatrogenias.

- **Factores sistemáticos**

La tasa a la cual la salud de una persona se deprecia varía sistemáticamente de acuerdo a la edad, el género, la predisposición genética para ocurrir una enfermedad, entre otros. Estos influyen en la demanda por servicios sanitarios.

- **Creencias**

La demanda por servicios de salud también varía con las creencias de las personas acerca de la eficacia de estos. Esto es, porque algunas personas desconfían y rechazan los servicios de salud ofrecidos por los doctores, mismos que son sustituidos por métodos curativos que la ciencia descarta.

- **Ingreso**

Como con otro bien económico, la demanda de una persona por servicios de salud puede depender del ingreso. Si el cuidado de la salud es un bien “normal”, entonces a mayor ingreso mayor demanda por cuidado. Entonces, si la gente de bajos ingresos contrae enfermedades más frecuentemente que la gente de altos ingresos, la cantidad de cuidado que ellos están esperando usar puede exceder a la de la gente de altos ingresos.

- **Precio del dinero**

La teoría económica sostiene que las personas están sujetas a una restricción presupuestal, donde comprarán menos de algún bien cuando su precio aumente, y más cuando su precio disminuya. Mientras los estudios empíricos son necesarios para mostrar la importancia del precio en afectar el uso de los servicios de salud, la teoría económica nos dice que la posibilidad existe: la demanda de la gente por servicios de salud deberá declinar cuando el precio aumenta.

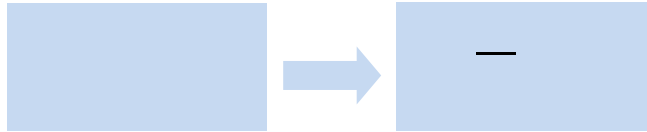
- **Precio del tiempo**

Servicios tales como los de salud requieren que las personas atiendan los procedimientos ellos mismos, al respecto, podría suceder que las personas que enfrentan precios de tiempo más altos por servicios de salud usarán menos de éste, todo lo demás permanece igual. Por tanto, el precio del tiempo puede aumentar o bajar por dos razones: el tiempo actual (tiempo de viaje al doctor) o el valor del tiempo para la persona. Ambos elementos de costo de tiempo pueden afectar la demanda por cuidado de salud.

1.2 El bien salud como un bien normal

1.2.1 Clasificación de los bienes

Es posible clasificar los bienes en tres distintos grupos de acuerdo con la variación que presente su consumo antes cambios en el ingreso. El primero se refiere a un bien **normal**, es decir, aquel cuya cantidad siempre cambiará en el mismo sentido en que el ingreso lo haga; es decir $\Delta x / \Delta I > 0$; por lo tanto:



El segundo grupo corresponde a los bienes inferiores, cuya característica consiste en que la cantidad consumida disminuye conforme el ingreso aumenta; es decir $\Delta x/\Delta I < 0$. El hecho de que un bien sea inferior o no, depende del nivel de renta que estemos examinando.

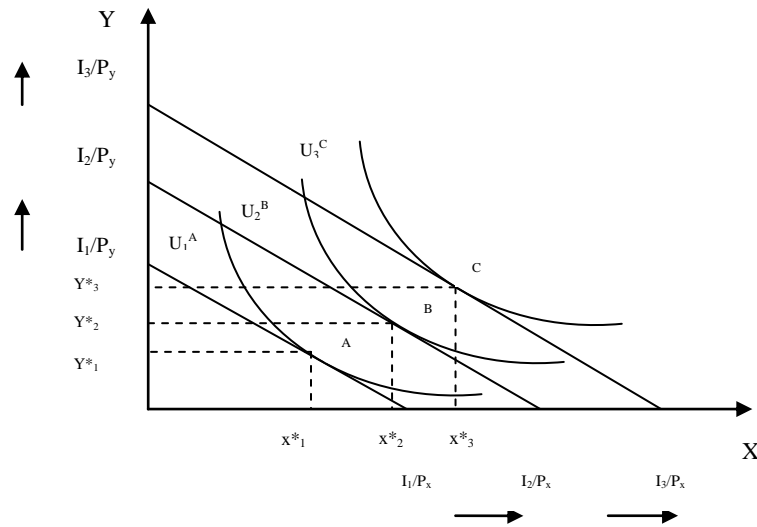
Por ejemplo, es posible que las personas muy pobres sigan acudiendo a médicos generales de consulta a bajo costo, para después de traspasado un determinado tiempo, probablemente acudan a un especialista. De lo anterior se deduce que:



Mientras que el tercer grupo son los bienes neutrales al ingreso, estos se dan cuando el consumo de un bien se mantiene constante ante un aumento en el ingreso; es decir $\Delta x/\Delta I = 0$.

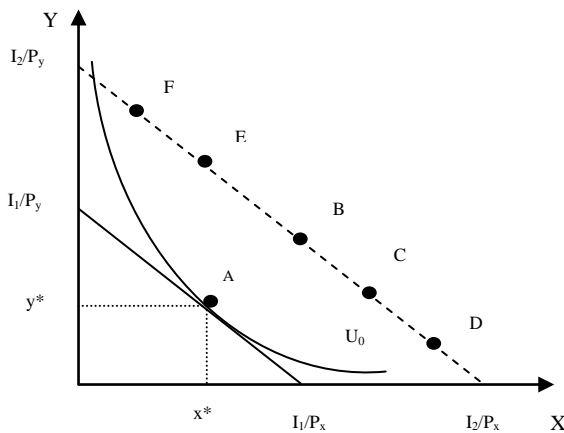
A continuación se muestran las decisiones óptimas de consumo $A(x_1^*, y_1^*)$, $B(x_2^*, y_2^*)$ y $C(x_3^*, y_3^*)$, para tres niveles distintos de ingreso (I_1 , I_2 e I_3 , respectivamente, en donde $I_1 < I_2 < I_3$) de un consumidor cuyas preferencias son monótonas, lo cual garantiza que el consumidor agote todo su ingreso y que la canasta óptima se encuentre sobre la restricción presupuestal. Se observa que a medida que el ingreso se incrementa, el consumo de ambos bienes también lo hace, ya que dadas las preferencias del agente económico representadas en la gráfica, los dos bienes son normales al ingreso, ver Gráfica 1.

Gráfica 1. Decisiones óptimas de consumo para tres niveles distintos de ingreso



Ahora bien, nos interesa observar el nivel óptimo inicial elegido por el consumidor ante un nivel de ingreso determinado y, posteriormente ante un nivel diferente de ingreso, compararlo con la nueva canasta que maximice la utilidad del individuo, manteniendo todo lo demás constante, ver Gráfica 2.

Gráfica 2. Elección óptima inicial ante cambios en el ingreso



- En B » x & y normales al ingreso
- En C » x normal al ingreso y neutral al ingreso
- En D » x normal al ingreso y inferior
- En E » x neutral al ingreso y normal al ingreso
- En F » x inferior y normal al ingreso

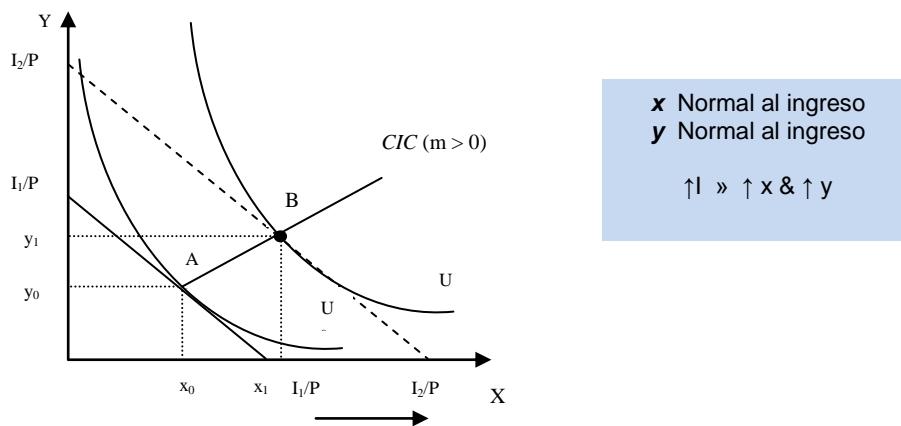
En la gráfica anterior se observa que la combinación óptima de x e y se localiza en un punto como $A(x_1^*, y_1^*)$ y posterior a un aumento en el ingreso (*ceteris paribus*), la canasta que el consumidor elija (B,C,D; o bien, alguna otra combinación de los bienes x e y localizada a la derecha o a la izquierda de estos puntos) dependerá de la relación que los

bienes tengan con respecto al ingreso; es decir, si se trata de bienes normales, inferiores o neutrales, como lo muestra el cuadro anexo a la gráfica.

Debido al supuesto de preferencias monótonas, el agente económico agota todo su ingreso en el consumo de ambos bienes, por lo que siempre sucederá que alguno de ellos sea normal al ingreso; es decir, que no podrá haber dos bienes inferiores ni dos bienes neutrales al ingreso⁵.

En este sentido la **curva de ingreso-consumo** ("CIC") es la línea que une a las canastas óptimas de consumo cuando cambia el ingreso, *caeteris paribus*. La pendiente de la CIC nos indica la relación que tienen los bienes con respecto al ingreso, es decir si se trata de bienes normales al ingreso, neutrales al ingreso o inferiores. Si ambos bienes x e y son normales al ingreso, un incremento en el ingreso, *caeteris paribus*, hará que la cantidad demandada de ambos bienes aumente. En la gráfica se ilustra esta relación directa que existe entre el cambio en el ingreso con respecto a la demanda de los bienes x e y , para dos distintos niveles de ingreso ($I_1 < I_2$). Lo anterior, se traduce en una CIC con pendiente positiva, ver Gráfica 3.

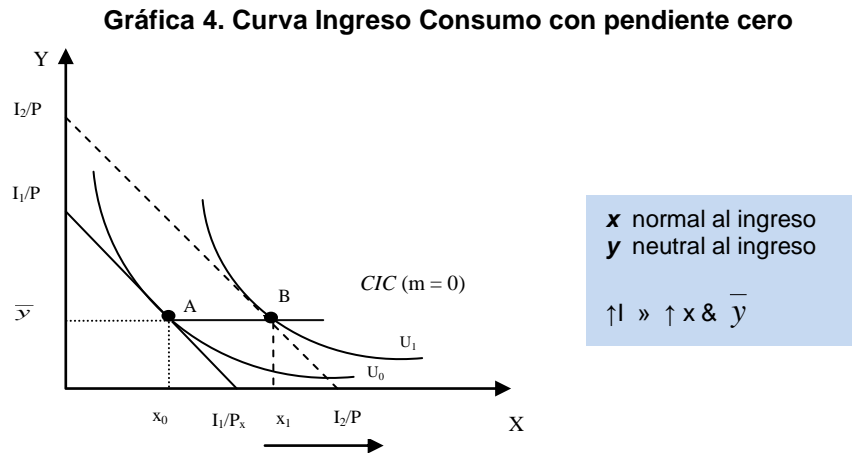
Gráfica 3. Curva Ingreso Consumo



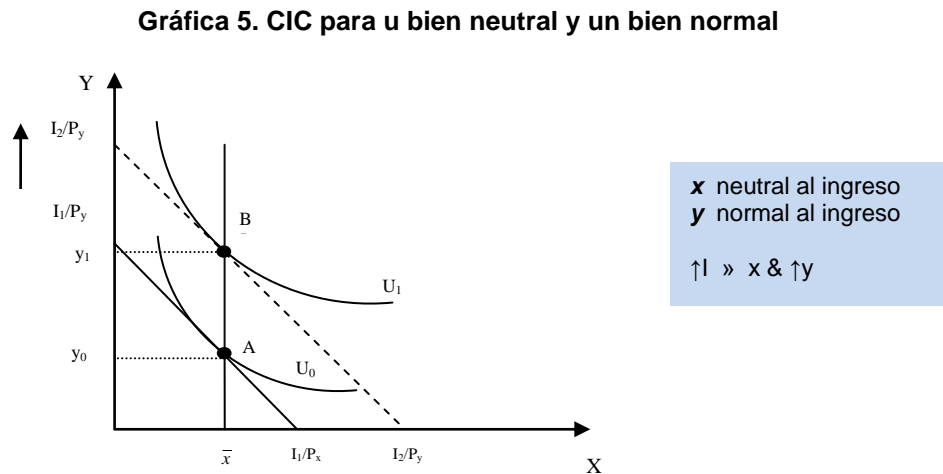
En otro caso, si x es un bien normal al ingreso y y , por otra parte, y es un bien neutral al ingreso, entonces un incremento en el ingreso, *caeteris paribus*, hará que la cantidad demandada de x aumente; no obstante que la demanda del bien y permanecerá

⁵Tampoco pudieran coexistir un bien neutro con un bien inferior, ya que al incrementar el ingreso no se estarían agotando todas las posibilidades de consumo.

inalterada. Esta situación se muestra a continuación para dos distintos niveles de ingreso ($I_1 < I_2$), lo que se traduce en una *CIC* con pendiente cero, ver Gráfica 4.

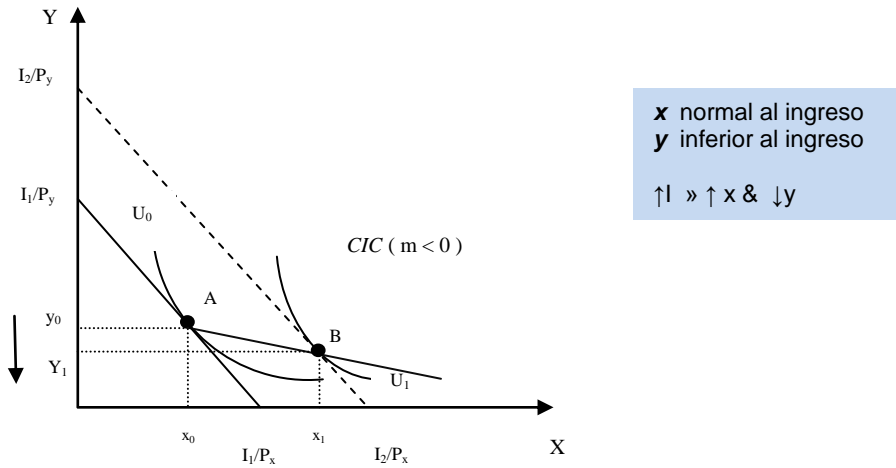


Por otra parte, si x es un bien neutral al ingreso e y es un bien normal al ingreso, entonces ante un incremento en el ingreso, *caeteris paribus*, la demanda de x permanecerá inalterada mientras que la demanda del bien y aumentará. Esta situación, se ilustra en la gráfica para dos distintos niveles de ingreso ($I_1 < I_2$), lo que se traduce en una *CIC* vertical, ver Gráfica 5.



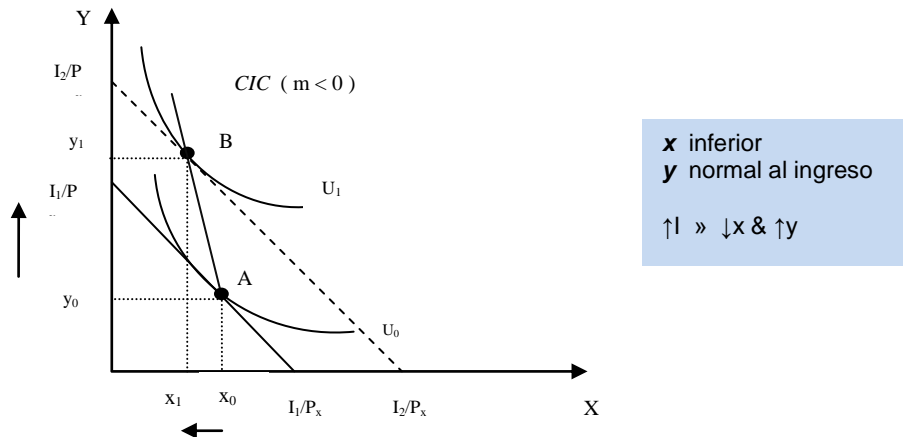
Si x es un bien normal al ingreso e y es un bien inferior, entonces un incremento en el ingreso, *caeteris paribus*, hará que la demanda de x aumente; no obstante que la demanda del bien y disminuirá. Esta situación, se ilustra en la gráfica para dos distintos niveles de ingreso ($I_1 < I_2$), lo que se traduce en una *CIC* con pendiente negativa, ver Gráfica 6.

Gráfica 6. CIC de un bien normal y un bien inferior



Finalmente, si x es un bien inferior e y es un bien normal al ingreso, entonces un incremento en el ingreso, *caeteris paribus*, hará que la demanda de x disminuya y, asimismo, que la demanda del bien y aumente. Lo anterior, se ilustra en la gráfica para dos distintos niveles de ingreso ($I_1 < I_2$), lo que se traduce en una CIC con pendiente negativa, ver Gráfica 7.

Gráfica 7. CIC con pendiente negativo



A continuación, se resume en la tabla todas las relaciones que pudieran surgir entre la pendiente de CIC y el tipo de bienes de que se trate, lo cual determinará la forma en que el consumidor adapte su consumo ante una variación en el ingreso, ver Tabla 1.

Tabla 1. Relación entre la pendiente de CIC por tipo de bien

Bien x	Bien y	Pendiente CIC
Normal al ingreso	Normal al ingreso	$m > 0$
Normal al ingreso	Neutral al ingreso	$m = 0$
Neutral al ingreso	Normal al ingreso	$m \rightarrow \infty$
Normal al ingreso	Inferior	$m < 0$
Inferior	Normal al ingreso	$m < 0$

1.2.2 Elasticidad ingreso de la demanda

La elasticidad ingreso ($e_{x,I}$) de la demanda, mide la sensibilidad de ésta ante cambios en el ingreso y está definida como el cociente entre el cambio porcentual en el consumo de un bien (x) como respuesta a un cambio porcentual en el ingreso (I), todo lo demás constante.

Matemáticamente, la elasticidad ingreso de la demanda se define como:

$$e_{x,I} = \frac{\partial x}{\partial I} \frac{I}{x}$$

No obstante, para cambios discretos puede aproximarse como:

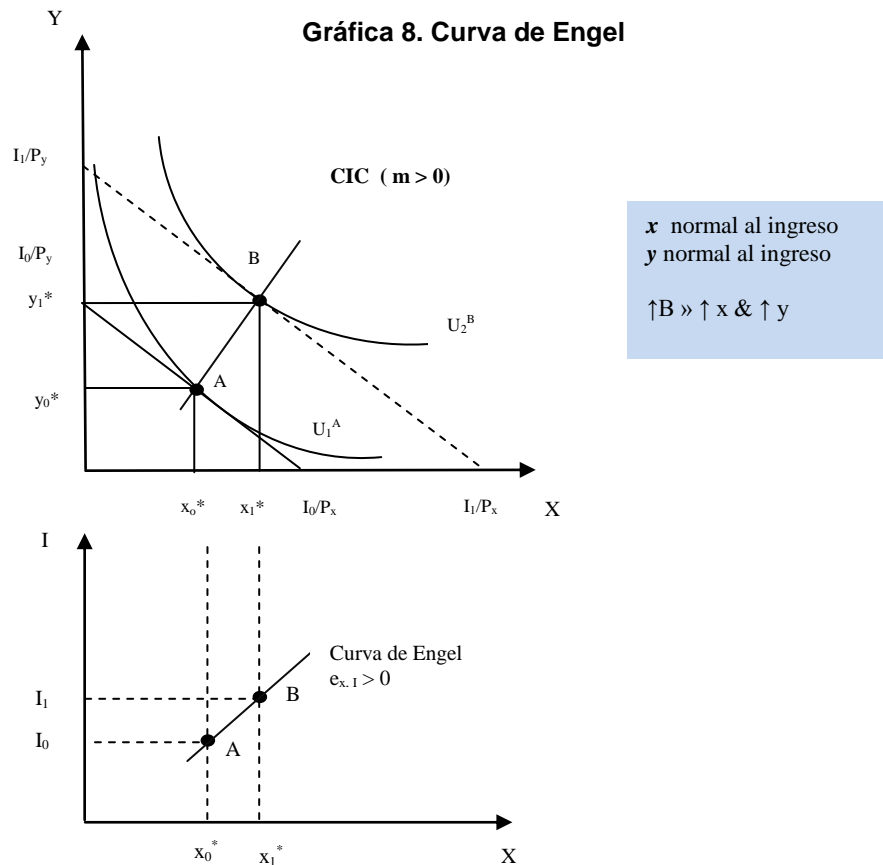
$$e_{x,I} \approx \frac{\Delta \% x}{\Delta \% I} = \frac{\Delta x/x}{\Delta I/I} = \frac{\Delta x}{\Delta I} \frac{I}{x}$$

En el siguiente cuadro se resume la correspondencia que existe entre la relación que posee un bien con respecto al ingreso y el signo de la elasticidad ingreso de la demanda. Como podemos ver se puede apreciar la relación que surge entre la elasticidad ingreso de la demanda y la pendiente de la CIC, ver Tabla 2.

Tabla 2. Relación del bien respecto al ingreso

Valor de $e_{x,I}$	Relación del bien respecto al ingreso
$e_{x,I} > 0$	Normal al ingreso
$e_{x,I} = 0$	Neutral al ingreso
$e_{x,I} < 0$	Inferior

Una alternativa de análisis es estudiar la forma en que una variación en el ingreso modifica la decisión de consumo de algún bien en particular. Es decir, relacionar la cantidad consumida de un bien con el nivel de ingreso, manteniendo todo lo demás constante; dicho esquema es conocido como la Curva de Engel⁶ y se obtiene graficando las cantidades óptimas (en el eje de las abscisas) para distintos valores de I (en el eje de las ordenadas) manteniendo todo lo demás constante, como se puede ver en la gráfica 8.



⁶ En honor al economista alemán Ernest Engel (1821-1896), uno de los primeros científicos sociales que realizó estudios sobre los patrones de gasto de los individuos.

Al igual que ocurre con la pendiente de la CIC, la pendiente de Curva de Engel nos indica la relación que posee cada bien con respecto al ingreso. El punto A' de la grafica 10 muestra que, ante un nivel de ingreso I_0 , el consumidor adquiere X^*_0 unidades de x. Por su parte, el punto B' indica que si el ingreso de este consumidor fuera I_1 , entonces adquiriría x_1^* unidades de x.

Si la pendiente de la Curva de Engel es positiva, como en este caso, entonces se tratará de un bien normal al ingreso; mientras que si su pendiente es negativa o infinita, entonces corresponderá a un bien inferior o neutral, respectivamente. Cabe mencionar que la curva de Engel se desplazará siempre que los precios de los bienes varíen; o bien, si las preferencias del consumidor cambian.

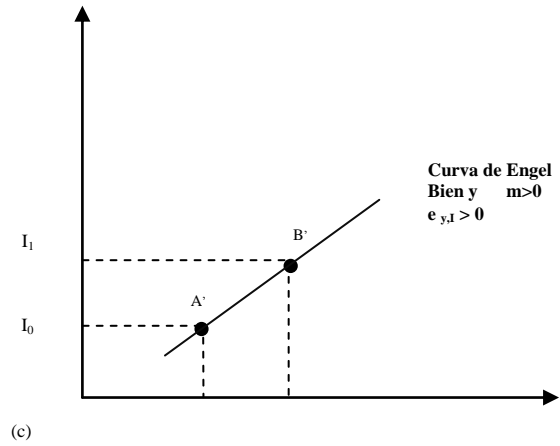
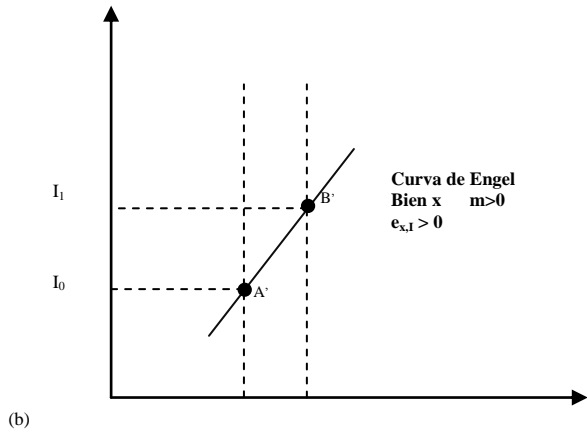
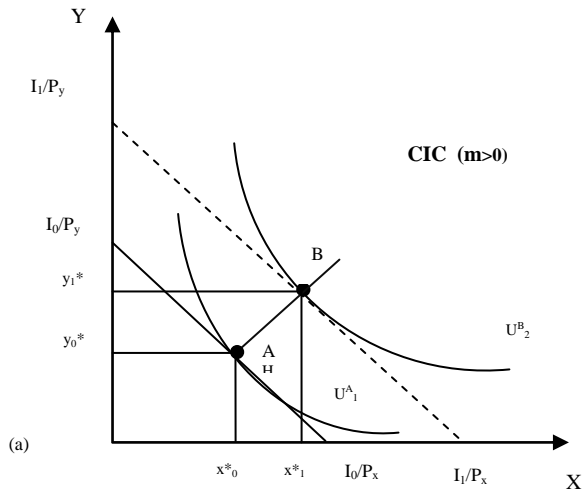
Si bien la Curva de Engel es una línea recta, ésta puede también ser curva e incluso su pendiente puede cambiar de signo para distintos niveles de ingreso.

A continuación, se analizan por separado para preferencias monótonas cada uno de los siguientes casos: (i) un bien normal con otro bien de la misma naturaleza; (ii) un bien normal con un bien inferior; o bien, (iii) un bien normal con un bien neutral. También se revisan sus implicaciones para la forma que tomará la CIC y la Curva de Engel, dependiendo de la relación que posea de cada bien con respecto al ingreso.

a) Bien normal al ingreso

Si x es normal al ingreso e y normal al ingreso » $\uparrow I$ » $\uparrow x$ & $\uparrow y$

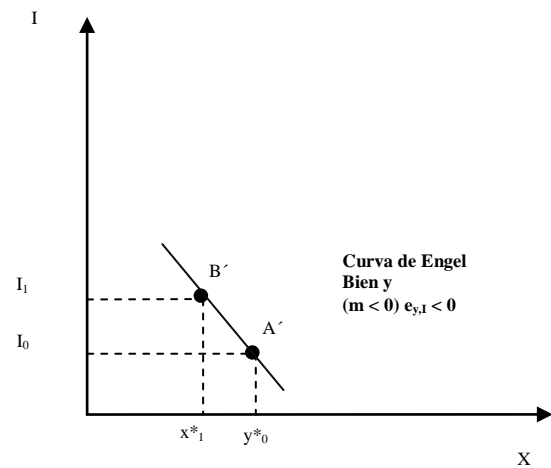
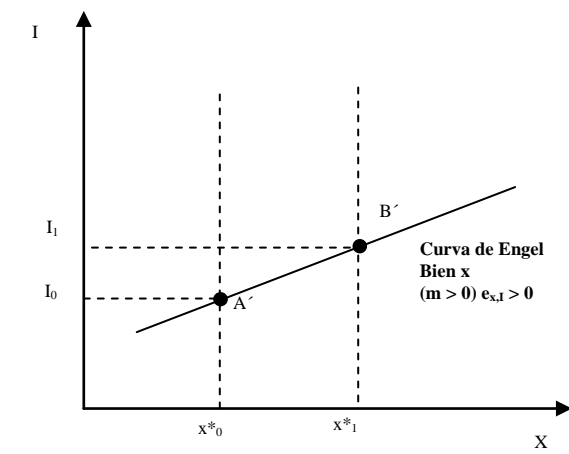
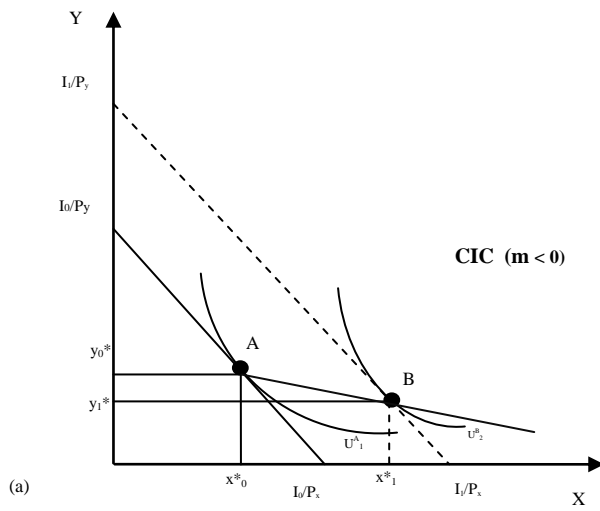
Gráfica 9. Bien normal al ingreso



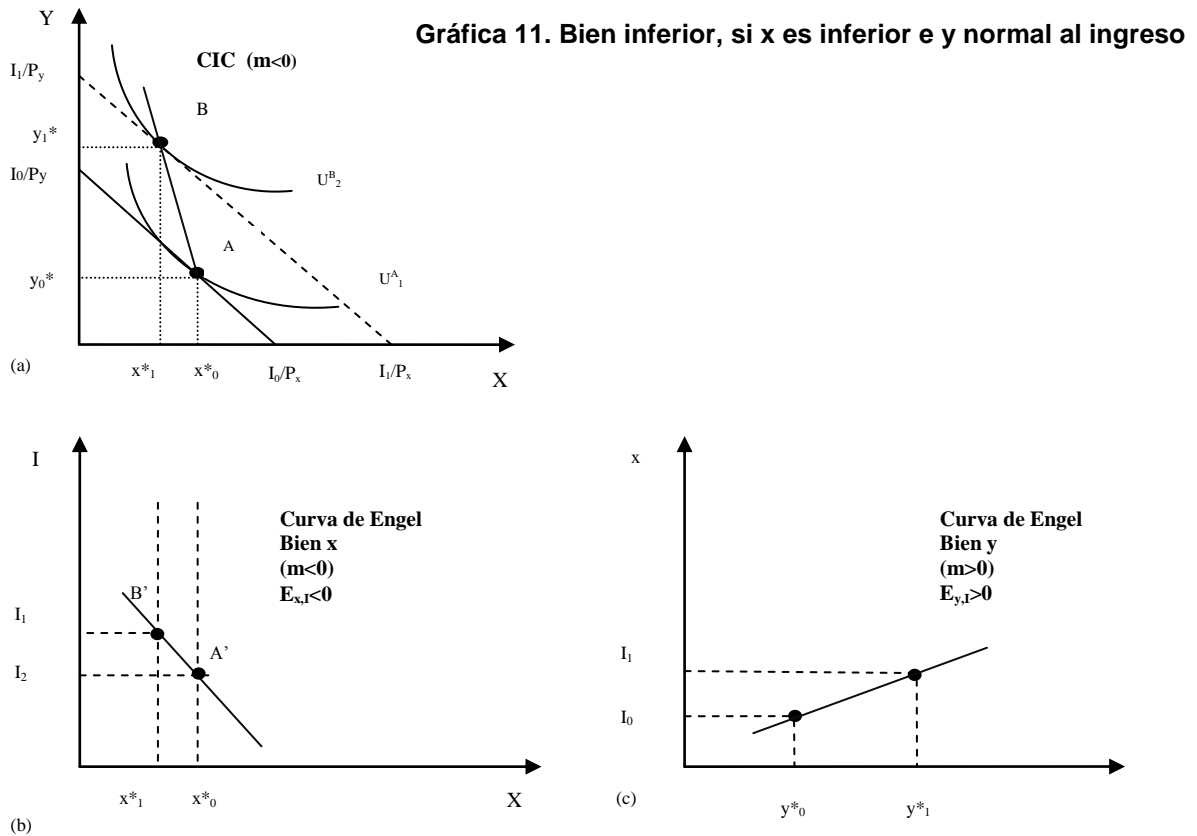
b) Bien inferior

(i) Si x es normal al ingreso e y inferior » $\uparrow I$ » x & $\downarrow y$

Gráfica 10. Bien inferior



(ii) Si x es inferior e y normal al ingreso » $\uparrow I$ » \downarrow & $\uparrow y$



Urriola (2005), sostiene que dada una segmentación de bienes y servicios de salud, para los cuales existen “paquetes” de atención, algunos de ellos se comportan como bienes inferiores (controles preventivos, consultas generales y de urgencia), es decir se reduce la proporción de demanda a medida que aumenta la posición del hogar por quintil de ingresos; mientras que otras se comportan como bienes de lujo: consulta de especialidades y dental, exámenes y medicamentos de última generación, entre otras.

1.2.3 Medición de la variación total: efecto sustitución y efecto renta

Cuando varía el precio de un bien, se observan dos tipos de efectos: varían tanto la tasa a la que puede intercambiarse un bien por otro como el poder adquisitivo total de nuestra renta o ingreso. Si, por ejemplo, se abarata el bien 1, significa que tenemos que renunciar a una cantidad menor del bien 2 para comprar el 1. La variación del bien 1 altera la tasa a la que el mercado nos permite sustituir el bien 2 por el 1. Varía la relación de intercambio entre los dos bienes que el mercado ofrece al consumidor.

Al mismo tiempo, si se abarata el bien 1, significa que podemos comprar una mayor cantidad de dicho bien con nuestro ingreso. Aumenta el poder adquisitivo de nuestro dinero; aunque la cantidad de dinero que tengamos sea la misma, es mayor la cantidad que podemos comprar con esta.

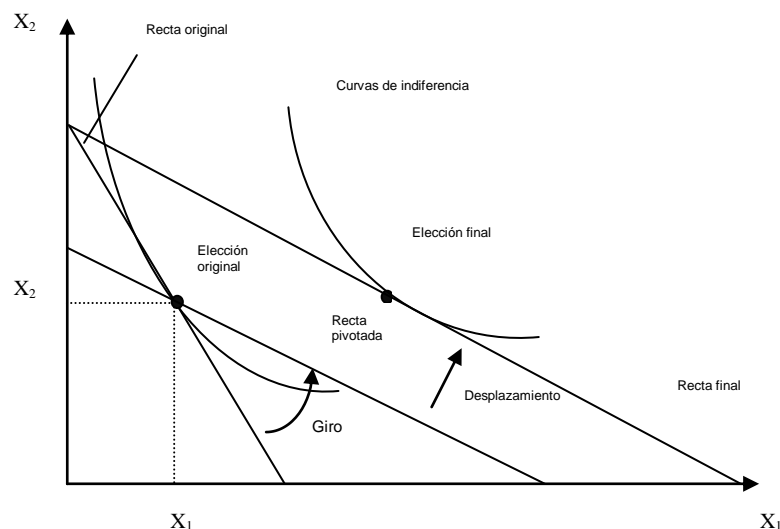
La primera parte, es decir, la variación de la demanda provocada por una variación de la relación de intercambio entre los dos bienes se denomina “**efecto sustitución**”. La segunda, la variación de la demanda provocada por un aumento del poder adquisitivo, se denomina “efecto renta”. Analizándolos más detalladamente; dividimos la variación del precio en dos partes: primero dejamos que varíen los precios relativos y ajustamos el ingreso para mantener constante el poder adquisitivo y, a continuación, dejamos que se ajuste el poder adquisitivo, manteniendo constante los precios relativos.

Lo anterior se demuestra en la gráfica 12, en la que ha bajado el precio del bien 1. Por lo tanto la recta presupuestaria gira en torno a la ordenada en el origen m/p_2 y se vuelve más horizontal. Este movimiento de la recta presupuestaria puede dividirse en dos: primero pivota alrededor de la cesta demandada inicialmente y después la recta pivotada se desplaza hasta la nueva cesta demandada.

Este movimiento de “pivotar y desplazarse” es útil para descomponer la variación de la demanda en dos partes. La primera -el pivotar- es un movimiento en el que la pendiente de la recta presupuestaria varía al tiempo que el poder adquisitivo permanece constante, mientras que la segunda es un movimiento en que la pendiente permanece constante y el poder adquisitivo varía. Esta descomposición sólo es una construcción hipotética: el consumidor observa simplemente que varía el precio, ante lo cual elige una nueva cesta de bienes. Sin embargo, para ver como varía la elección del consumidor, es útil imaginar que la recta presupuestaria cambia en dos fases: primero pivota y luego se desplaza.

Ahora bien para saber cuál es el significado económico del giro y el desplazamiento de las rectas presupuestarias, analizamos primero la recta pivotada. En este caso, tenemos una recta presupuestaria que tiene la misma pendiente y, por lo tanto, los mismos precios relativos que la final. Sin embargo, la renta monetaria correspondiente a esta recta presupuestaria es diferente, ya que la ordenada en el origen es diferente. Dado que la cesta inicial de consumo (x_1, x_2) se encuentra en la recta presupuestaria pivotada, esa cesta es asequible. El poder adquisitivo del consumidor ha permanecido constante en el sentido de que la cesta inicial de bienes es asequible en la nueva recta pivotada.

Gráfica 12. El giro y el desplazamiento



Si calculamos cuánto tenemos que ajustar el ingreso para que la antigua cesta siga siendo alcanzable, entonces, sea m' la cantidad de ingreso con la que la cesta inicial de consumo es asequible, la cantidad de ingreso correspondiente a la recta presupuestaria pivotada. Dado que (x_1, x_2) es asequible tanto con (p_1, p_2, m) como con (p'_1, p'_2, m') , tenemos que:

$$m' = p'_1 x_1 + p_2 x_2$$

$$m = p_1 x_1 + p_2 x_2$$

Restando la segunda ecuación de la primera obtenemos

$$m' - m = x_1 [p'_1 - p_1]$$

Esta ecuación indica que la variación del ingreso necesaria para que la antigua cesta sea asequible a los nuevos precios es la cantidad inicial de consumo del bien 1 multiplicada por la variación de los precios.

Si llamamos $\Delta p_1 = p'_1 - p_1$ a la variación del precio 1 y $\Delta m = m' - m$ a la variación de la renta necesaria para que la antigua cesta sea asequible, tenemos que,

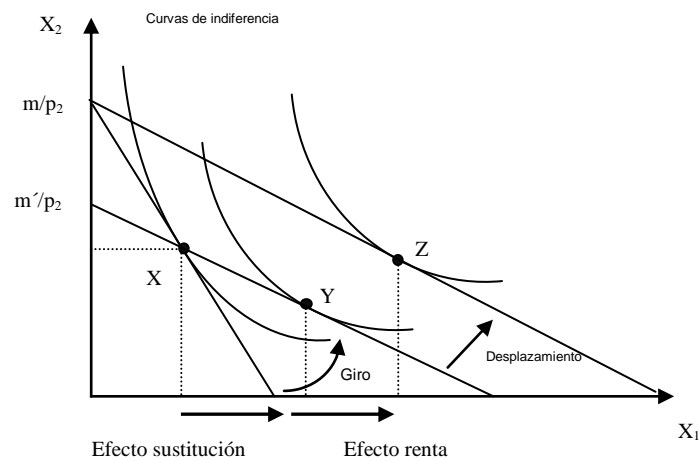
$$\Delta m = x_1 \Delta p_1$$

En este caso la variación de la renta y la del precio siempre va en la misma dirección: si sube el precio, tenemos que aumentar la renta para que sea asequible la misma cesta.

La receta presupuestaria pivotada: es la recta presupuestaria correspondiente al nuevo precio y a un nuevo ingreso que ha variado en Δm . Obsérvese que si baja el precio del bien 1, el ajuste del ingreso es negativo. Si baja el precio, aumenta el poder adquisitivo del consumidor, por lo que para mantenerlo fijo, tenemos que reducir su ingreso. Por el contrario, si sube el precio, disminuye su poder adquisitivo, por lo que la variación del ingreso necesaria para mantenerlo constante debe ser positiva.

Aunque (x_1, x_2) sigue siendo asequible, generalmente no es la compra óptima correspondiente a la recta presupuestaria pivotada. En la gráfica 13 se muestra que la compra óptima correspondiente a esta recta presupuestaria es Y. Esta cesta de bienes es óptima cuando variamos el precio y ajustamos el ingreso para que la antigua cesta de bienes sea asequible. El desplazamiento de X a Y se denomina “*efecto sustitución*” e indica como “sustituye” el consumidor un bien por otro cuando varía un precio, pero el poder adquisitivo permanece constante.

Gráfica 13. El efecto sustitución y el efecto renta



En términos más exactos, el efecto sustitución Δx_1^s es la variación que experimenta el bien 1 cuando su precio varía pasando a p'_1 y, al mismo tiempo, la renta monetaria varía pasando a m' :

$$\Delta x_1^s = x_1(p'_1, m') - x_1(p_1, m)$$

Para hallar el efecto sustitución, debemos utilizar la función de la demanda del consumidor con el fin de calcular las opciones óptimas correspondientes a (p'_1, m') y (p_1, m) . La variación de la demanda del bien 1 puede ser grande o pequeña dependiendo de la forma de las curvas de indiferencia del consumidor. Pero dada la función de la demanda, es fácil calcular numéricamente el efecto sustitución (naturalmente, la demanda del bien 1 puede muy bien depender del precio del bien 2; pero el precio del bien 2 permanece constante durante este ejercicio; por lo que no lo hemos incluido en la función de demanda para no complicar innecesariamente la notación).

El efecto sustitución se denomina algunas veces “variación de la demanda compensada”. Este término se basa en la idea de que el consumidor es compensado por la subida del precio devolviéndole suficiente ingreso para poder comprar su antigua cesta. Naturalmente, si baja el precio, es “compensado” quitándole dinero.

La segunda fase del ajuste de los precios es el desplazamiento. Sabemos que un desplazamiento paralelo de la recta presupuestaria es el movimiento que tiene lugar cuando varía la renta y los precios relativos se mantienen constantes. Por lo tanto, la segunda fase del ajuste de los precios se denomina “**efecto-renta**”. Cambiamos simplemente la renta del consumidor m' por m , manteniendo constante los precios en (p'_1, p_2) . En la gráfica anterior esta variación nos desplaza del punto (y_1, y_2) al (z_1, z_2) . A este último movimiento se le conoce como efecto-renta, ya que lo único que hacemos es variar el ingreso al tiempo que mantenemos constantes los precios en su nuevo valor.

En términos más precisos, el efecto-renta, Δx^n_1 , e la variación de la demanda que experimenta el bien 1, cuando variamos la renta de m' a m , manteniendo fijo el precio del bien 1 en p'_1 :

$$\Delta x^n_1 = x_1(p'_1, m) - x_1(p'_1, m')$$

El efecto renta puede actuar en dos sentidos: tiende a aumentar o reducir la demanda del bien 1 dependiendo de que dicho bien sea normal e inferior. Cuando baja el precio de un bien, es preciso reducir la renta para mantener constante el poder adquisitivo. Si el bien es normal, esta reducción de la renta provoca un descenso de la demanda. Si es inferior, provoca un incremento de la demanda.

1.2.4 La variación total de la demanda

La variación total de la demanda, Δx_1 , es la variación de la demanda provocada por la variación del precio, manteniendo constante la renta:

$$\Delta x_1 = x_1(p'_1, m) - x_1(p_1, m)$$

Hemos visto antes que esta variación puede dividirse en dos: el efecto sustitución y el efecto renta. Utilizando los símbolos definidos antes, tenemos que

$$\Delta x_1 = \Delta x_1^s + \Delta x_1^r$$

$$x_1(p'_1, m) - x_1(p_1, m) = [x_1(p'_1, m') - x_1(p_1, m)] + [x_1(p'_1, m) - x_1(p'_1, m')]$$

Esta ecuación, se conoce como identidad de Slutsky, la cual indica que la variación total de la demanda es igual al efecto sustitución más el efecto renta; es una identidad porque cualquiera que sean los valores de p_1 , p'_1 , m y m' . El primer y cuarto término del segundo miembro se anula, por lo que el segundo miembro es *idéntico* al primero.

Aunque el efecto sustitución debe ser negativo; es decir, debe tener el signo contrario al de la variación, el efecto-renta puede ser negativo o positivo. Por lo tanto, el efecto total puede ser positivo o negativo. Sin embargo, cuando el bien es normal, el efecto sustitución y el efecto renta o ingreso actúan en el mismo sentido. Si sube el precio, disminuye la demanda debido al efecto sustitución. Por otra parte, si sube el precio, es como si disminuyera la renta, lo que para un bien normal, se resuelve en una disminución de su demanda. Ambos efectos se refuerzan mutuamente. Utilizando nuestra notación, la variación de la demanda provocada por la subida del precio significa en el caso de un bien normal que

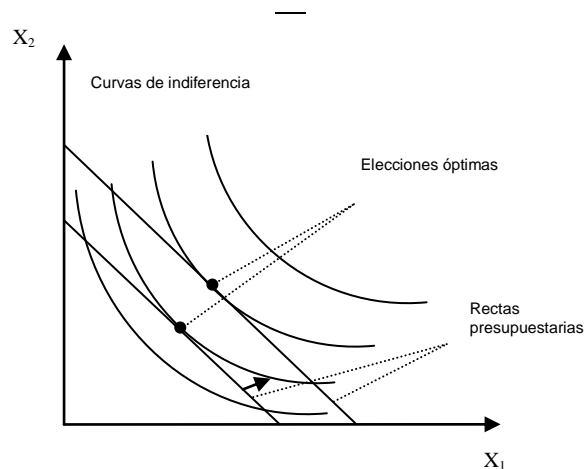
$$\begin{array}{ccccc} \Delta x_1 = \Delta x_1^s + \Delta x_1^r & & & & \\ (-) & & (-) & & (-) \end{array}$$

El signo negativo situado debajo de cada término indica que estos son negativos. Obsérvese detenidamente el signo del efecto renta. Dado que estamos analizando una situación en la que sube el precio, la consecuencia es una reducción del poder adquisitivo, lo cual implica, en el caso de un bien normal, un descenso de la demanda.

Para efectos de la presente investigación, consideraremos al **bien salud como un bien normal**, es decir, como aquel cuya cantidad demandada siempre cambiará en el mismo sentido en que el ingreso lo haga; es decir, $\Delta x/\Delta I > 0$ (Varian, 1998).

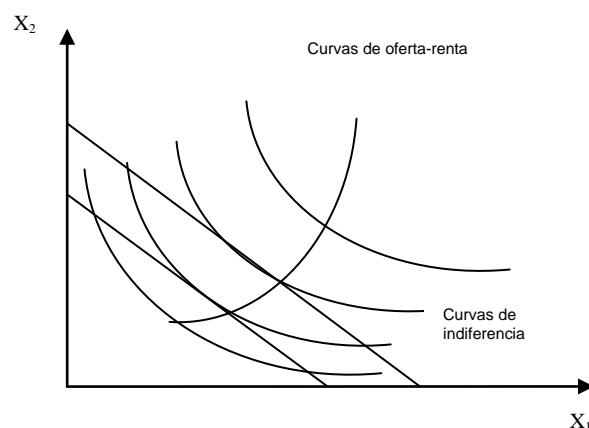
Como otro bien económico, la demanda de una persona por servicios de salud puede depender del ingreso. Si el cuidado de la salud es un bien “normal”, entonces a mayor ingreso mayor demanda por cuidado. Por lo tanto la cantidad demandada variará de la misma forma que el ingreso, ver Gráfica 14.

Gráfica 14. Los bienes normales



Como se observa en la gráfica anterior, un aumento de la renta equivale a un desplazamiento de la recta presupuestaria hacia afuera en paralelo. Las cestas demandadas que se obtienen al desplazar la recta presupuestaria hacia afuera pueden unirse para construir una curva de oferta-renta (ingreso), ver Gráfica 15.

Gráfica 15. Curva de oferta-renta



Podemos observar que la grafica tiene pendiente positiva si los dos bienes son normales. En cada nivel de ingreso, m , hay una elección óptima para cada uno de los bienes. Si nos fijamos en el bien 1 y consideramos la elección óptima correspondiente a cada conjunto de precios e ingresos, $x_1(p_1, p_2, m)$. Esta no es sino la función de demanda del bien 1. Si mantenemos fijos los precios de los bienes 1 y 2 y observamos como varía la demanda cuando varía la renta y todos los precios se mantienen constantes.

1.3 Antecedentes históricos del Sistema de Salud en México

La creación del sistema de salud actual toma como marco de referencia la consolidación posrevolucionaria del estado mexicano en la década de 1930, el cual mostraba la necesidad de contar con la intervención gubernamental en la política social.

En ese entonces, bajo el esquema de recursos limitados para establecer una política integral de salud, el gobierno opto por fortalecer al Departamento de Salubridad Pública, que había sido creado en 1917 así como a las organizaciones que operaban de manera voluntaria para prestar servicios de salud. Sin embargo, ante las dificultades políticas y económicas de esa década, se dio a la tarea de reglamentar las instituciones existentes, públicas y privadas, que prestaban atención médica, así como a establecer una política de salud que buscaba mejorar la higiene en las zonas urbanas y a combatir las enfermedades contagiosas.

Posteriormente, en 1937, se creó la Secretaría de Asistencia Pública que en conjunto con el Departamento de Salubridad Pública se responsabilizaban de coordinar la política de salud entre distintos prestadores de servicios. Se tomaron medidas para proteger a grupos específicos, como la población infantil, los trabajadores del estado y la milicia. También se pusieron servicios médicos a disposición de las cooperativas rurales vinculadas con el gobierno y se construyeron centros de salud en zonas urbanas y algunas ubicaciones clave en las zonas rurales.

Para 1943, ya se había establecido de manera formal la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), la cual se formo a través de la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública, siendo el principal mandato ampliar la

cobertura a la población pobre y establecer una política general de salud pública; también tenía la responsabilidad de prestar servicios de salud, mediante sus oficinas de coordinación en los estados (Servicios Sanitarios Coordinados).

Ese mismo año se estableció el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para administrar los esquemas de seguridad social, incluidos los de salud, que habían sido creados para distintos sindicatos y grupos de trabajadores en sectores específicos. Sin embargo, algunos fondos y servicios de seguridad social continuaron independientes del IMSS o fueron creados con posterioridad para atender a grupos objetivo estratégicos como los militares, los trabajadores del sector petrolero y, por último, a los del sector público.

Sobre este mismo rumbo, en 1960 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para prestar servicios de salud y otro tipo de beneficios de la seguridad social a los trabajadores del estado. Este enfoque llevó a basar el acceso no en las necesidades, sino en la situación ocupacional y la capacidad de pago, lo que a su vez ocasionó una asignación de recursos y un acceso a los servicios de salud sustentados en la influencia política y económica de los distintos grupos socioeconómicos (como sindicatos, trabajadores del estado y grupos urbanos, entre otros). Como resultado, el Estado asignaba la mayor parte de sus recursos a la prestación de servicios de salud de los grupos de población de mayor aportación, lo que dejaba a un lado a aquellas personas que carecían de contratos laborales formales (como los autoempleados, los trabajadores urbanos del sector informal y la población rural) prácticamente sin cobertura y dependiendo de los servicios prestados por la SSA.

Así, mientras que los sistemas de Seguridad Social (SS) eran financiados por un convenio tripartita entre empleadores, trabajadores y el gobierno, la SSA era financiada únicamente por el gobierno federal. Esto generaba un desequilibrio no sólo de recursos, pues mientras la SSA hacía frente a la obligación de prestar servicios con pocos recursos, a su vez disminuía la calidad de los servicios que otorgaba; al mismo tiempo se concentraba la oferta de servicios, principalmente los de alta especialización, tanto los provenientes de la SSA como los de la SS en las zonas urbanas (en particular en la Ciudad de México). Un aspecto a considerar es que en las zonas rurales, los servicios se pusieron a disposición, primero, de los trabajadores que participaban en la producción comercial en el sector

exportador y que, con frecuencia, pertenecían a algún sindicato con actividad política, dejando al resto de la población rural dispersa con una atención deficiente y sin protección.

Para 1960, estos desequilibrios eran más notorios, por lo que se introdujeron medidas especiales en la Ley del Seguro Social para ampliar la cobertura obligatoria a los trabajadores temporales y rurales, con pocas excepciones, éstas no se aplicaron, lo que hizo más pronunciada la diferencia entre los “derechohabientes” o la población asegurada y la llamada “población abierta” o no asegurada (y atendida por la SSA).

Como consecuencia, el estado tuvo que recurrir al sistema de SS para aumentar el acceso a los servicios de salud a grupos de zonas rurales, de la economía informal y a la población en general. Lo anterior se tradujo en la creación de un esquema de servicios que ofrecía cuidados básicos, conocido IMSS-COPLAMAR (el cual después cambio de nombre a IMSS-Solidaridad y actualmente se le conoce con el nombre de IMSS-Oportunidades) el cual se orientó a prestar servicios de salud a habitantes de zonas marginadas, urbanas y rurales, financiado por el gobierno, pero operado por el IMSS.

A fines de la década de 1970, el marco institucional llevó a observar una redundancia importante en las actividades del sector salud y a la atención de algunos grupos por partida doble.

En la década de 1980, se lleva a cabo el primer intento del gobierno por descentralizar los servicios de la SSA mediante la integración administrativa de las oficinas de coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) en los estados, el programa federal IMSS-COPLAMAR y algunos servicios de salud que los estados prestaban de manera directa. Los resultados de esta primera etapa se asemejaban más a una delegación de ciertas funciones que a una descentralización integral, donde sólo 14 estados participaron. En la misma década se creó un Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual fungía como solución organizacional para dar a la SSA la responsabilidad del diseño y coordinación de la política nacional de salud. También en esta época (1983) se aprobó una enmienda constitucional, que daba a cada persona el derecho a la protección de la salud y de la cual se derivó la Ley General de Salud (LGS). Como parte de estos cambios, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) cambió su nombre a Secretaría de Salud.

Adicionalmente en 1986, se creó una estructura organizacional, el Consejo Nacional de Salud (CNS), a fin de coordinar el diseño de políticas entre los estados y la federación.

No obstante, en la década de 1990 se pusieron en marcha varias reformas con base en objetivos más ambiciosos: transferir más funciones y responsabilidades, junto con los recursos correspondientes, a fin de completar la descentralización y fortalecer a los Servicios Estatales de Salud (SESA). Las autoridades mexicanas también establecieron un Plan de Reforma para el Servicio de Salud 1995-2000. Varios cambios se orientaron a ampliar el acceso de la población no asegurada a los servicios de salud. Los términos “no asegurado” y “asegurado” se refieren a un entorno institucional particular en el que las personas reciben la atención médica. La población “asegurada” recibe atención gratuita de prestadores de servicios que pertenecen a su institución de seguridad social. La llamada población “no asegurada”, aunque no está cubierta por un mecanismo de aseguramiento, puede tener acceso a servicios de salud a costos marcadamente menores que los de mercado en establecimientos de la Secretaría de Salud y de los estados financiados con recursos públicos. Sin embargo, a pesar de contar con acceso abierto a los establecimientos de salud estatales, una gran parte de la población no asegurada, en especial la que vive en zonas marginadas y rurales, enfrenta barreras significativas para acceder a los servicios y se ve obligada a realizar gastos que, en gran parte, provienen del bolsillo de las personas.

La reforma más reciente es el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), esta reforma tiene la intención de mejorar la protección financiera para quienes no están cubiertos por la seguridad social, al inyectar nuevos recursos al sistema y reequilibrar las transferencias financieras del gobierno federal a los estados.

En este contexto se han diseñado varios programas públicos, la mayoría de los cuales se encuentran aún en operación, para facilitar el acceso a los servicios de salud para la población no asegurada. Entre estos programas⁷ destaca el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) mismo que se estableció en 1996 para extender la cobertura a la población rural e indígena y operó hasta 2003; a través de este esquema se financiaba el acceso a un paquete básico de servicios de salud y a cirugía ambulatoria y rehabilitación.

⁷ Para mayor información consultar:
<http://dof.vlex.com.mx/vid/conocer-lineamientos-ampliacion-cobertura-27887047>
<http://oportunidades.gob.mx/Portal/>

El PAC también financiaba la operación de unidades móviles que transportaban a médicos y personal de enfermería a zonas remotas; se financiaba por medio del gobierno federal con aportaciones de los estados y recibía apoyo del Banco Mundial; en 2003, los recursos financieros para este programa se transfirieron a los estados como parte de sus asignaciones federales.

Otro de los programas ha sido el de Desarrollo Humano Oportunidades (articulado a partir de un programa previo: Progresá), es un programa de combate a la pobreza que proporciona, de manera condicionada, apoyos al ingreso y servicios sociales y de salud a las personas en situación de pobreza extrema. El programa, que es administrado por la Secretaría de Desarrollo Social, está orientado a aumentar el capital humano de las personas pobres. Su componente de salud ofrece acceso al mismo conjunto de servicios básicos que se incluyó en el PAC, y que se presta en instalaciones de IMSS-Oportunidades.

El más reciente (2004) es el Seguro Popular de Salud (SP); este último proporciona a las familias acceso voluntario a aseguramiento en salud. En el siguiente capítulo se presentan las características de dicho programa.

CAPÍTULO 2

Análisis de los criterios de asignación de recursos de salud federales y estatales para la población no derechohabiente

The average person says, I know I'll be happier with a Porsche than a Chevy," Gilbert explains, "Or as a doctor rather than as a plumber. That seems very clear to people. The problem is, I can't get into medical school or afford the Porsche. So for the average person, the obstacle between them and happiness is actually getting the futures that they desire. The real problem is figuring out which of those futures is going to have the high payoff and is really going to make you happy.

"You know", Stones said you can't always get what you want, Gilbert adds, "I don't think that's the problem. The problem is you can't always know what you want"

Jon Gertner
The Futile Pursuit of Happiness
From New York Times

Resumen

Este capítulo presenta un análisis de la demanda de servicios de salud en el estado de Guanajuato, enseguida lleva a cabo una revisión lo más completa posible de las fuentes de financiamiento del gasto en salud de la población sin derechohabiencia en México, sus características y el marco normativo existente, con particular énfasis en la población del estado de Guanajuato, por ser esta entidad la que ha presentado uno de los crecimientos más acelerados en cuanto a cobertura de los servicios de salud del programa Seguro Popular. Lo anterior dada la dinámica actual de este financiamiento, misma que no ha dejado claro la complementariedad de las fuentes estatales y federales. Asimismo se describe la importancia de la normatividad como barrera en la asignación de los recursos y sus implicaciones en términos de gasto. Además para conocer de manera más puntual estos efectos se describirá en qué consiste el financiamiento del Programa Seguro Popular y la normatividad por concepto de gasto que lo caracteriza a partir de la información revisada.

2.1 La demanda de servicios de salud en el estado de Guanajuato

2.1.1 Antecedentes

El estado de Guanajuato se encuentra en la zona centro occidente de la República Mexicana, ocupa el vigésimo segundo lugar entre las entidades del país en extensión territorial con 30,589 kilómetros cuadrados (Instituto Nacional de Estadística y Geografía 1999). A este estado lo conforman 46 municipios con una *población total* de 5,020,800 habitantes en el 2008, con un ligero dominio de mujeres, 52%.

La población del estado tiene una *esperanza de vida* al nacer total de 75.39 años, por arriba de la esperanza de vida al nacer nacional, 75.1. Quintana Roo tiene la esperanza de vida más alta en el país, 76.24 años. El estado de Guanajuato tiene una *tasa de crecimiento poblacional* total para el año 2008 de 4.9%, por debajo de la tasa nacional, que es del 8.2% (Consejo Nacional de Población 2009).

De acuerdo al Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en 2008, habían en México 44,771,113 personas que padecían *carencia por acceso a servicios de salud*, una de las seis carencias sociales que forman parte del concepto de pobreza multidimensional⁸, ver Tabla 1.

Tabla 1. Carencias sociales

Carencia Social	No. Personas 2008	No. Personas 2010	Variación en No. de Personas ^{a/}
Acceso a Servicios de Salud	44,771,113	35,772,785	-8,998,328
Servicios Básicos en la Vivienda	21,062,940	18,520,285	-2,542,655
Calidad y Espacios de la vivienda	19,391,363	17,113,382	-2,277,981
Acceso a Seguridad Social	71,255,048	68,346,911	-2,908,137
Rezago Educativo	24,053,966	23,236,258	-817,708
Acceso a la Alimentación	23,837,862	27,983,691	4,145,829

^{a/}Variación en No. de personas= Número de personas que padecieron la carencia en 2008 menos el número de personas que padecieron la carencia en 2010

Fuente: Coneval

⁸ Para mayor información sobre el concepto de pobreza multidimensional y sus carencias, consultar: <http://www.coneval.gob.mx/contenido/home/6124.pdf>

Del total de personas que padecen carencia por servicios de salud, el **4.6% pertenece al estado de Guanajuato**; es decir, 2,040,711 personas. A su vez, este estado en conjunto con otras entidades concentra el 63.7 por ciento del total de personas que padecen esta carencia, ver Tabla 2.

Tabla 2. Carencia por acceso a servicios de salud

Lugar	Entidad federativa	No. Personas 2008	% participación
1	México	6,691,225	14.9
2	Distrito Federal	3,530,459	7.9
3	Veracruz	3,344,631	7.5
4	Puebla	3,272,127	7.3
5	Jalisco	2,664,912	6.0
6	Michoacán	2,467,593	5.5
7	Chiapas	2,423,140	5.4
8	Oaxaca	2,101,976	4.7
9	Guanajuato	2,040,711	4.6
10	Guerrero	1,925,366	4.3
11	Nuevo León	1,283,692	2.9
12	Hidalgo	1,268,470	2.8
13	Baja California	1,101,642	2.5
...
27	Quintana Roo	480,378	1.1
28	Nayarit	339,447	.8
29	Aguascalientes	290,735	.6
30	Campeche	204,647	.5
31	Baja California Sur	169,427	.4
32	Colima	118,213	.3
Suma Total		44,771,113	100.0

Fuente: CONEVAL

2.1.2 Factores que inciden en la demanda de servicios de salud en el estado de Guanajuato

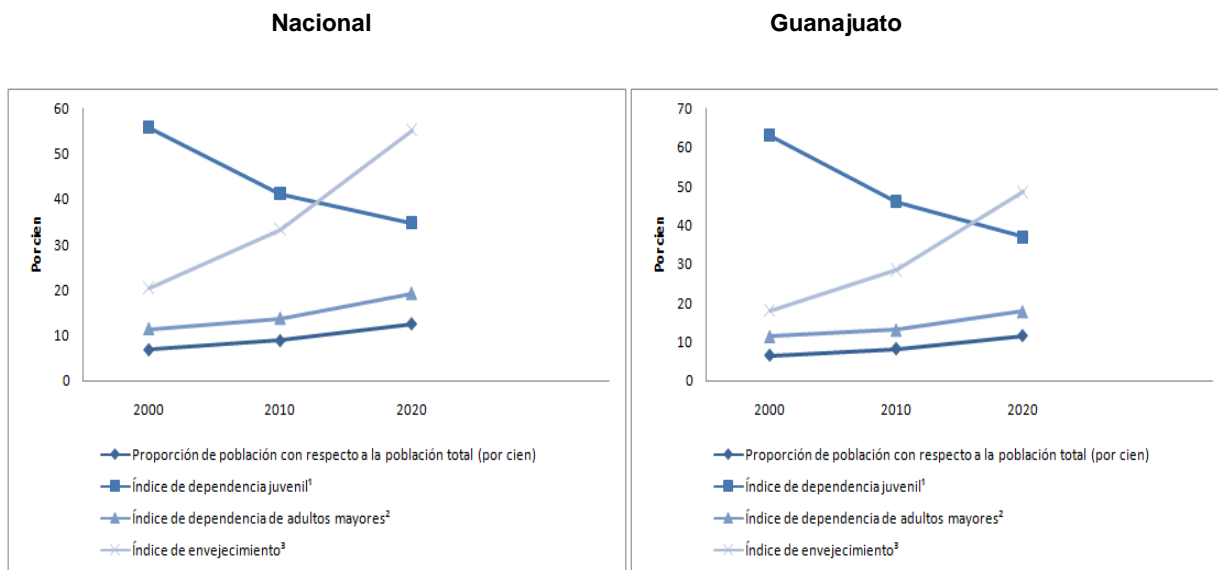
El crecimiento demográfico en el estado representa una variable a considerar desde el momento en que el aumento de la población se traduce en la necesidad de mayores recursos, ya sea, entre otros, para educación, seguridad o salud. En este último punto es de vital importancia conocer y analizar el comportamiento de la población para evitar posibles deficiencias en los servicios de salud y con esto procurar un buen nivel de salud para toda la población en el estado. Por lo anterior se analizará en las siguientes líneas las principales características de transición demográfica, epidemiológicas y las

características de la población no derechohabiente en el estado de Guanajuato, como factores que inciden en la demanda de servicios de salud:

- **Transición demográfica**

El fenómeno de la transición demográfica es explicado por un cambio en las tasas de natalidad y mortalidad de niveles elevados a bajos, lo que se traduce en un descenso en la mortalidad que precede al descenso en la fecundidad, como consecuencia de este cambio la población aumentará durante el período de transición. Según las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población (CONAPO) al 2015 habrá 5,160,168 de habitantes en Guanajuato, lo que implicará la incorporación de más familias y un esfuerzo financiero mayor por parte del estado para ofrecer y hacer frente a la demanda de servicios de salud a la población no derechohabiente. En el caso del estado de Guanajuato esto ha modificado la estructura por edad de la población, de forma que la proporción de adultos mayores con respecto a la población total se espera se incremente de 2.7 en el año 2000 a 4.1 en el año 2020 por cada cien personas, el índice de dependencia juvenil pasará de 62.9 a 36.9, el índice de dependencia de adultos mayores de 11.4 a 17.9 y el índice de envejecimiento de 18.1 a 48.5 por cada 100 menores de 15 años (Consejo Nacional de Población 2009). Nótese que el comportamiento de los índices a nivel nacional sigue la misma tendencia que para el estado de Guanajuato, ver Gráfica 1.

Gráfica 1. Indicadores de transición demográfica para los adultos mayores de 2000-2030



Nota: ¹ Población menor de 15 años dividida por la población de 15 a 59 años (por cien).

² Población 60 años o más dividida por la población de 15 a 59 años (por cien).

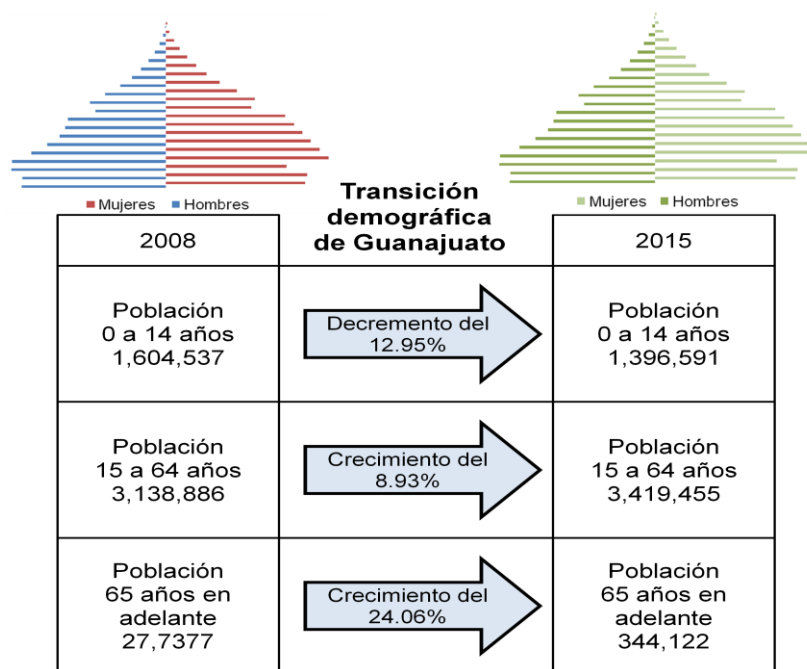
³ Población de 60 años o más dividida por la población menor de 15 años (por cien).

Fuente: Elaboración propia con información de la base de datos Indicadores demográficos para los adultos mayores por entidad federativa, 2000-2030, CONAPO, 2009. pág. 45 y 57.

Los indicadores característicos de esta transición revelan que Guanajuato tendrá una disminución en la tasa bruta de natalidad de 19.85% al 17.99%, una disminución en la tasa de mortalidad infantil del 15.98% al 12.62% y un incremento en la tasa bruta de mortalidad de 4.68% al 5.1% para el 2015.

Por otro lado, al analizar la composición de la población del estado por grupos de edad (Consejo Nacional de Población 2009), según CONAPO en 2008 el grupo de edad de entre 0 y 14 años representa alrededor del 32%, 61% de la población total pertenece al grupo etario entre 15 y 64 años, la población en edad de trabajar, y el grupo de más de 64 años menos del 7%. Al analizar las proyecciones de la dinámica demográfica al año 2015 se observa que la población de 0-14 años disminuirá 12.95%, mientras que de 15-64 años aumentará 8.93% y de 64 años o más aumentará 24.06%, ver Figura 1.

Figura 1. Transición demográfica de Guanajuato de 2005-2015



Fuente Elaboración propia con información de CONAPO

Por parte de las implicaciones en la demanda de servicios de salud dados los cambios en la composición por grupo etario de la población total de Guanajuato se traducirán en un aumento en los servicios, principalmente para el último grupo etario. En este intervalo de edades las enfermedades crónico-degenerativas, enfermedades cardíacas, tumores malignos y diabetes mellitus (García López Juan E. 2006) son más comunes y los gastos necesarios para tratarlas más costosos lo que dificultará una cobertura total.

En cuanto al componente demográfico y su impacto en la cobertura es importante resaltar que los cambios en la estructura por edad de la población tendrán repercusiones en el mediano plazo en la formación del bono demográfico y en el largo plazo en el proceso de envejecimiento (Partida 2005).

- **Migración**

El fenómeno de la migración tiene repercusiones tanto en la población presente y futura en el estado de Guanajuato por la gran cantidad de flujo migratorio. Esta entidad es la segunda en cuanto a captación de remesas con el 9.25% del total de las remesas

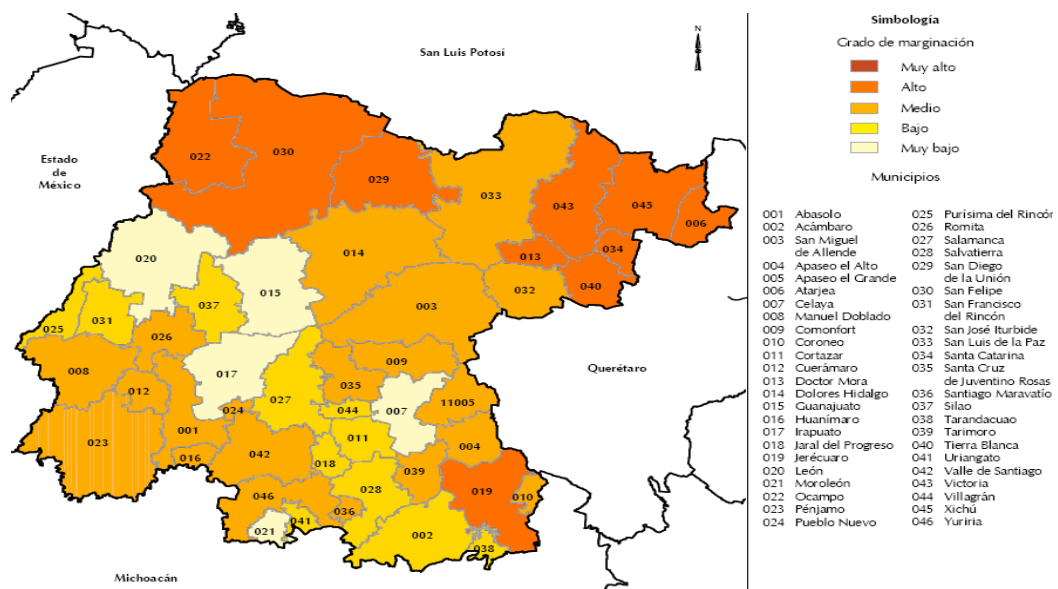
nacionales por familia, 2,324.5 millones de dólares en 2008 (Banco de México 2009), sólo detrás de Michoacán.

Con base en los resultados de la Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México 2005 del flujo de emigrantes guanajuatenses el 88.59% fueron hombres, concentrados en un 76.73% entre las edades de 16 y 32 años; información que nos da clara muestra de la prevaleciente diferencia en los flujos migratorios entre géneros. De acuerdo a la CONAPO en el 2008, en Guanajuato, la tasa de migración neta internacional fue de -1.04 por ciento y en el 2015 se espera sea de -1.01 por ciento, lo que tiene repercusiones tanto en el presente como en el futuro en la dinámica de la población, y por tanto en su demanda de servicios de salud.

• **Perfil epidemiológico**

Son varias las causas que afectan la salud de un estado a otro. Una de las principales razones que puede explicar el origen de las principales enfermedades y padecimientos de la población es la pobreza en la que vive la misma. Al respecto, el grado de marginación en el estado de Guanajuato del 2005 presenta focos rojos que merecen ser observados, ver Mapa 1.

Mapa 1. Grado de Marginación por Municipio del estado de Guanajuato en 2005



Fuente: CONAPO. Mapa elaborado con base en el II Censo de Población y Vivienda 2005, y Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2005, IV Trimestre. Documento electrónico disponible en <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/margina2005/AnexoB.pdf>, p.121.

En cuanto al grado de marginación en 2005 se observó que el 10.9% de los municipios tenía un grado de marginación muy bajo, el 23.9% un nivel bajo y el 65.2% de un nivel medio a muy alto.

Entre las principales enfermedades o padecimientos de la población en 2008 se encontró que del total de los casos el 64.59% se debieron a enfermedades respiratorias agudas, 11.66% a infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, 6.30% a infecciones en las vías urinarias y el 17.45% restante se distribuyó entre úlceras, gastritis y duodenitis, intoxicación por picadura de alacrán, otitis media aguda, hipertensión arterial, diabetes mellitus no insulino dependiente (tipo II), varicela, amebiasis intestinal, desnutrición leve, neumonías y bronconeumonías, intoxicación aguda por alcohol, episodio depresivo leve y otros diagnósticos.

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2006 (Instituto Nacional de Salud Pública 2007) muestran que uno de los principales padecimientos de la población es el sobrepeso en todas las edades, principalmente en adultos. El 80% de la población mayor de 20 años en Guanajuato presenta obesidad abdominal y siete de cada diez adultos tiene exceso de peso. Lo que muestra la importancia que las enfermedades cardiovasculares tendrán para la población del estado.

Con base en los datos de la ENSANUT, en el estado de Guanajuato, el 83.42% de las mujeres mayores de 20 años han estado embarazadas, porcentaje por debajo del nacional, 86.30%. La proporción de la población adulta que fue hospitalizada, 5.06%, en el año anterior a la realización de la encuesta fue parecido a la proporción nacional, 5.08%. En cuanto a la diferencia por géneros, las mujeres presentaron una proporción de hospitalización del 5.75%, porcentaje menor al nacional, 6.46%. Los hombres están representados con una proporción del 3.31% a nivel nacional y en el estado es de 4.05%.

Por parte del diagnóstico de algún tipo de cáncer o tumor, las mujeres adultas del estado de Guanajuato mostraron una proporción del 1.38%, arriba de la proporción nacional, 1.22%. Los hombres en el estado presentan un porcentaje de casos de cáncer o algún tipo de tumor del 0.55%, proporción mayor a la nacional en hombres 0.31%.

El porcentaje de jóvenes de entre 10 y 19 años que estuvieron hospitalizados en el país fue de 1.54%, para los hombres el porcentaje es de 1.13%, las mujeres 1.94%. Para el estado de Guanajuato el porcentaje de hospitalización para jóvenes es de 1.19%, el

porcentaje para los hombres es de 1.18%, mientras que las mujeres es de 1.20% de este grupo etario.

El 2.1% de los niños menores de 10 años estuvieron hospitalizados el año anterior en que fue realizada la encuesta en el país, mientras que en el estado de Guanajuato el 1.24% estuvieron hospitalizados. En Guanajuato los niños menores de 10 años estuvieron hospitalizados en 0.74% mientras que las mujeres en un 1.75%.

Si bien el aumento en el gasto en salud con el nivel de ingresos es totalmente comprensible si se asume que el bien “salud” es normal, la alta injerencia estatal en el sector salud de los países de altos ingresos resulta cuanto menos llamativa: dado el mayor nivel de ingresos que disfrutaban sus habitantes (que se traduce en un mayor poder adquisitivo y el acceso a mejores condiciones de vida) no resulta claro por qué el sector público interviene tan fuertemente en el financiamiento de los bienes y servicios para el cuidado de la salud.

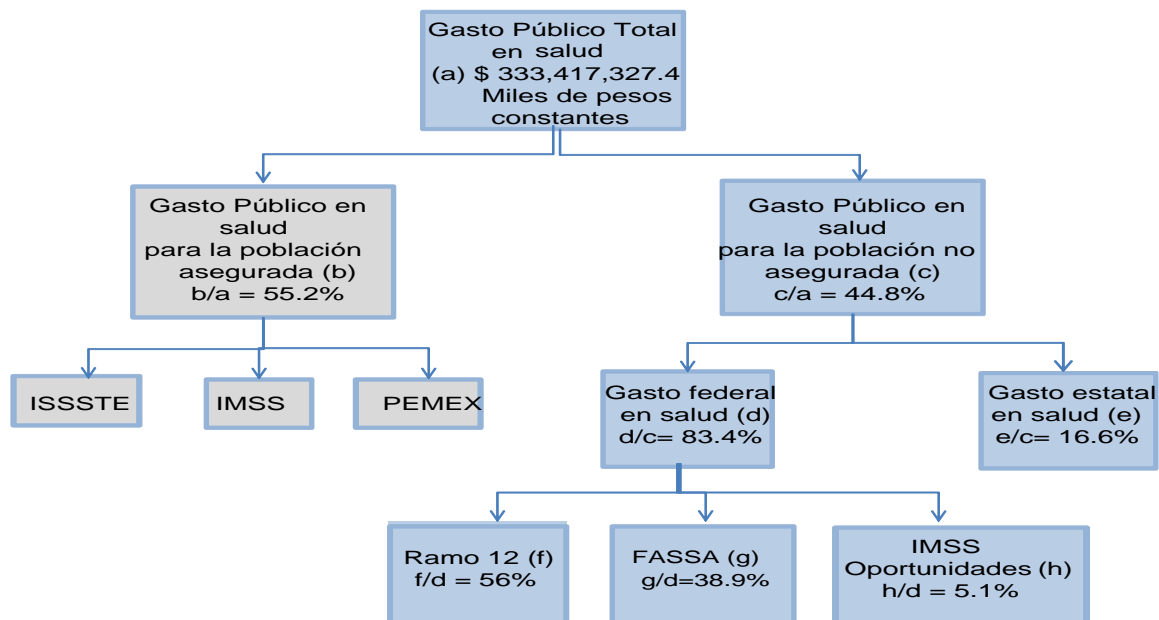
2.2 El gasto en salud de la población sin derechohabiencia en México

2.2.1 Antecedentes

La asignación de los recursos para el funcionamiento de los servicios de salud dirigidos a la población no derechohabiente proviene de dos tipos de fuentes de financiamiento: federal y estatal. Las fuentes federales se integran por el Ramo 12 denominado Salud (Secretaría de Salud, 1984) que se compone de los recursos asignados a programas especiales, entre ellos el Seguro Popular. Así como por el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) perteneciente al Ramo 33 denominado Aportaciones Federales. Por otro lado, las fuentes estatales se refieren al presupuesto que el estado asigna al gasto en salud.

La participación de cada fuente en el financiamiento en salud ha sufrido cambios derivados del proceso de reforma al sector salud llevado a cabo de 1995 al 2000. Durante este período se instrumentó la llamada descentralización de los servicios de salud para darle mayor libertad a los estados en cuanto al manejo de los recursos, ver Figura 2.

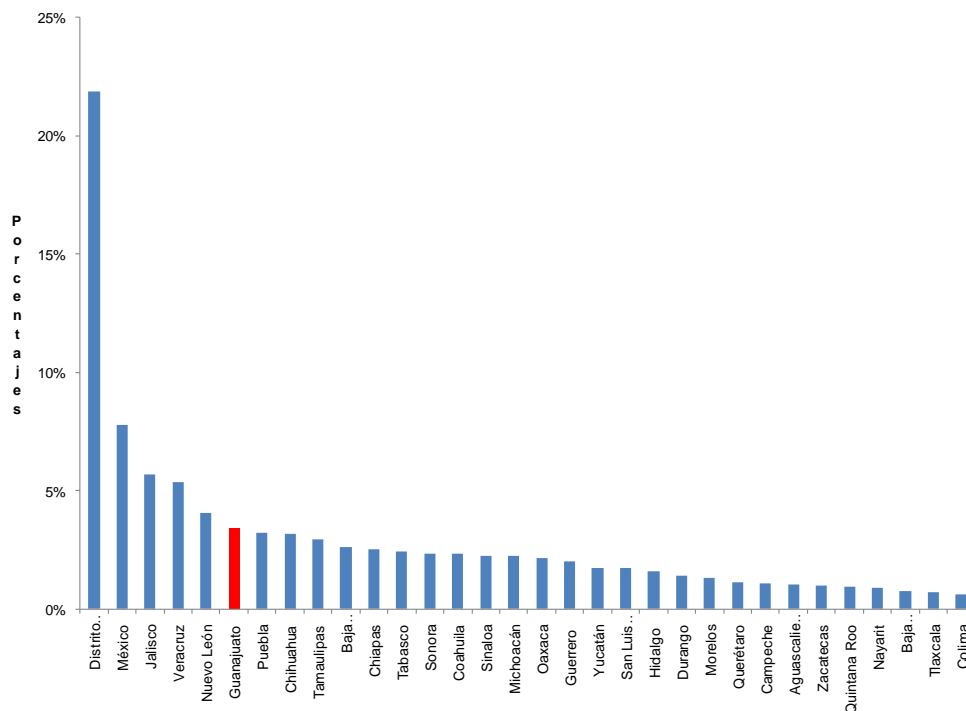
Figura 2. Estructura del gasto público en Salud en 2008



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a nivel federal y estatal (SICUENTAS), México, 2009.

El porcentaje del gasto público total con respecto al PIB nacional en el año 2007 fue 3.07%, mientras que el porcentaje del gasto público en salud para la población no derechohabiente respecto al PIB fue de sólo el 1.3%. La participación del gasto público en salud por entidad federativa respecto al total tuvo mayor proporción en el Distrito Federal, Estado de México y Jalisco en 22, 8 y 6 por ciento respectivamente. Mientras que Baja California Sur, Tlaxcala y Colima tienen asignado menos del 1% del total del gasto federal. A Guanajuato nuestro estado de interés le corresponde 3.4%, ver Gráfica 2.

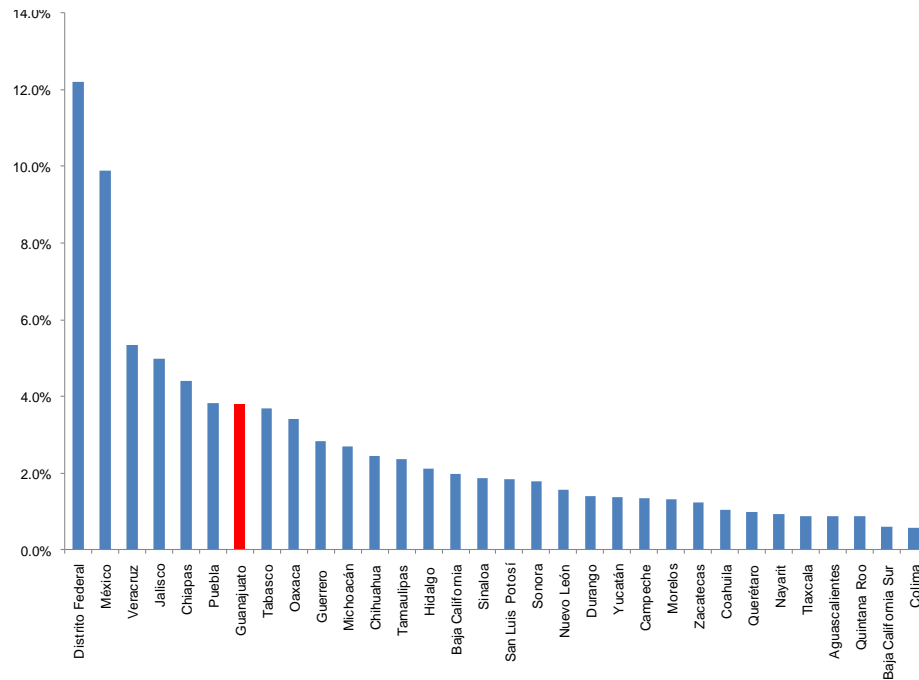
Gráfica 2. Proporción del gasto público en salud de los estados respecto al total del gasto público nacional en 2007



Nota: El gasto público federal en Salud para la población no asegurada = gasto del ramo 12 + gasto del FASSA + IMSS-Oportunidades.
 Fuente: Boletín de Información Estadística 2007 de SICUENTAS. SSA

La participación del gasto público en salud para la población no derechohabiente por entidad federativa respecto al total nacional tuvo mayor concentración en el Distrito Federal, Estado de México y Veracruz en 12.3, 9.9 y 5.3 por ciento respectivamente. Mientras que Quintana Roo, Baja California Sur y Colima tienen asignado menos del 1% del total del gasto federal. En cuanto a Guanajuato le corresponde el 3.8%, ver Gráfica 3.

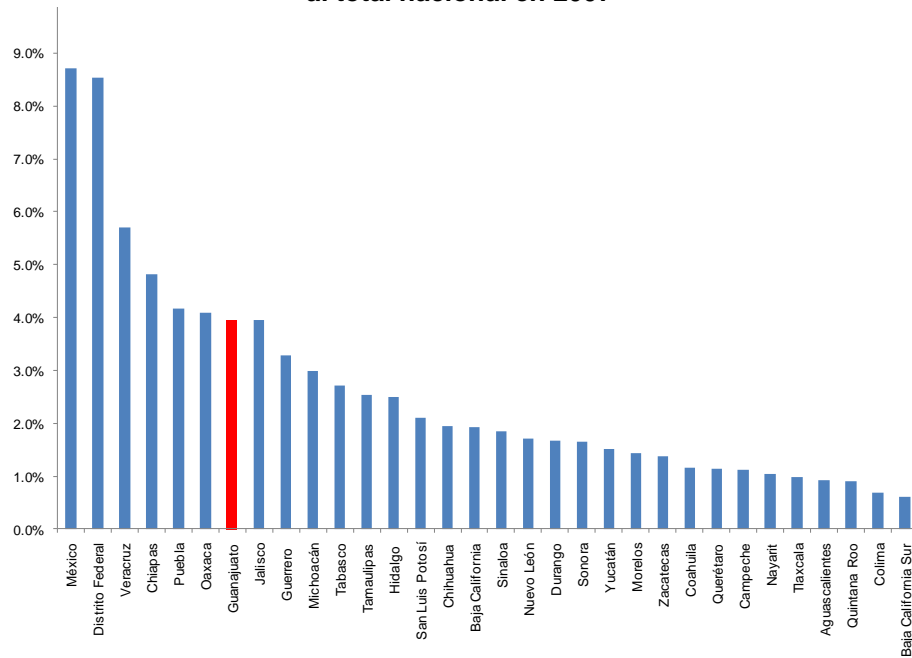
Gráfica 3. Proporción del gasto público en salud para la población sin derechohabiencia de los estados respecto al total nacional en 2007



Fuente: Boletín de Información Estadística 2007 de SICUENTAS Vol. IV. No. 27 de 2007. SSA

Las aportaciones federales se concretan en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) y en el Ramo 12. Su objetivo es apoyar el fortalecimiento y consolidación de los servicios de salud en los estados; así como pagar los servicios del personal médico, el mantenimiento, rehabilitación y construcción de infraestructura médica. Tal como se muestra en la Gráfica 4, los estados con mayor participación respecto al total del gasto federal son: Estado de México (8.7%), Distrito Federal (8.5%) y Chiapas (5.7%). En tanto que los estados de Quintana Roo, Colima y Baja California Sur tienen menos del 1%. Cabe mencionar que para Guanajuato, la proporción del gasto federal en salud respecto al total en el 2007 fue del 4%.

Gráfica 4. Proporción del gasto federal en salud de los estados respecto al total nacional en 2007



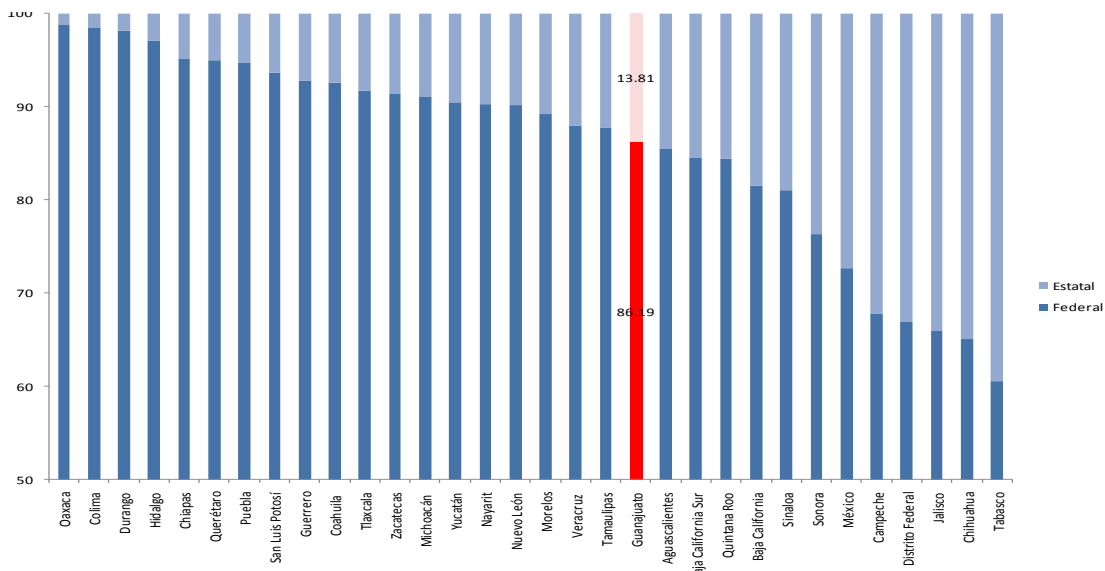
Nota: El gasto público federal en Salud para la población no asegurada = gasto del ramo 12 + gasto del FASSA + IMSS-Oportunidades.
 Fuente: Boletín de Información Estadística 2007 de SICUENTAS Vol. IV. No. 27 de 2007 de la SSA.

La cobertura del FASSA incluye a todas las entidades federativas y su monto se determina cada año en el PEF tomando en cuenta el inventario de infraestructura médica y las plantillas de personal, lo que se utiliza para los cálculos de los recursos presupuestarios transferidos a las entidades federativas, con motivo de la suscripción de los Acuerdos de Coordinación para la Descentralización (Barceinas, 2008). La fórmula para la distribución de los recursos a las entidades federativas se establece en el artículo 31 de la Ley de Coordinación Fiscal (Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, 2006). En ese sentido, estos recursos tienden a tener un componente de presupuestos históricos, favoreciendo a las entidades con mayor capacidad instalada.

Esta asignación del gasto de acuerdo con la capacidad instalada constituye un criterio cuyos incentivos pueden ser contrarios a la eficiencia, además de que limita la capacidad gubernamental de reasignar sus recursos a las áreas más estratégicas del sector, por ejemplo a programas de política sanitaria con una adecuada relación costo-efectividad (Moreno J., 2002).

El gasto federal per cápita por entidad federativa para la población sin seguridad social es relativamente heterogéneo; los estados de Baja California, Colima y Campeche reciben el mayor gasto federal per cápita con 3,419, 2,832 y 2,712 pesos respectivamente; a diferencia de lo que sucede en México, Michoacán y Puebla, con 1,139, 1,084 y 1,010 pesos respectivamente. Por parte del Estado de Guanajuato el gasto per cápita en salud para la población no asegurada fue de 1,369 pesos (Sistema Nacional de Información en Salud, 2009), ver Gráfica 5.

Gráfica 5. Proporción del gasto per cápita por origen de los recursos en 2007



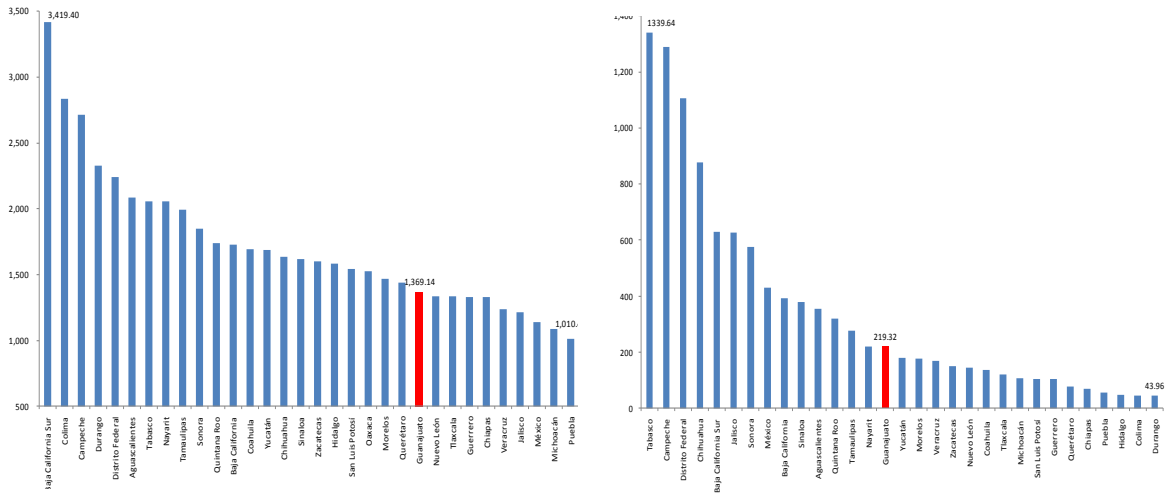
Fuente: Secretaria de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a nivel federal y estatal (SICUENTAS), Boletín de información estadística. Recursos Financieros 2007.

Con respecto al Ramo 12, también conocido como “Ramo Salud”, es una partida que originalmente fue concebida dentro del PEF para dotar de recursos al rubro de gasto en salud del gobierno federal. A partir de 1997, los recursos del ramo 12 fueron descentralizados, y se sumaron a otra gran aportación federal, que constituye el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA).

Esta mayor participación de los recursos federales se reflejó en la composición del gasto público en salud del 2007 y 2008. Con respecto a 2008 se observó que el 83.4% de los recursos fueron de origen federal, y tan sólo el 16.6% fueron estatales, siendo el Ramo 12 el mayor aporte, 56% del total de los recursos federales. En este sentido es importante

señalar que la mayor participación de los recursos federales también puede ser observado en el gasto per cápita, ver Gráfica 6.

Gráfica 6. Gasto per cápita federal y estatal para la población no derechohabiente a nivel nacional en 2007 (pesos constantes de 2007)



Fuente: Elaboración propia con información de la Secretaria de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a nivel federal y estatal (SICUENTAS), Boletín de información estadística. Recursos Financieros 2007.

El gasto per cápita en salud promedio de la población sin seguridad social en 2007 era de 2,094.6 pesos, siendo el 84.12% de origen federal y el 15.88% estatal. Un análisis a nivel estatal reflejó heterogeneidad en la composición de los recursos a nivel per cápita, por ejemplo, en Guanajuato, la participación federal fue de 86.19% y 13.81% estatal, y en Tabasco 39.44% fueron recursos estatales. Estas diferencias llevan a inferir que no existe una fórmula normativa para la participación de cada fuente en el financiamiento público de salud según los datos analizados, lo que se evidencia.

Los recursos del Ramo 12, también conocido como “Ramo Salud”, provienen de una partida que originalmente fue concebida dentro del PEF para dotar de recursos al rubro de gasto en salud del gobierno federal. A partir de 1997, los recursos del ramo 12 fueron descentralizados, y se sumaron a otra gran aportación federal, que constituye el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA).

La evolución del gasto en salud a nivel nacional con relación al Ramo 12 y al FASSA (Secretaría de Salud 2008) durante los últimos ocho años presentó la variación más alta en 2005, del 34.8% y la variación anual más baja en 2003 del 0.4%. En cuanto al Ramo

33, específicamente el FASSA se observó la variación más alta en 2001, del 13.3% y la variación anual más baja en 2007, del -4.3% respecto del año anterior, ver Cuadro 1.

Cuadro 1. Evolución del gasto en salud asociado a los Ramos 12 y 33 a nivel nacional de 2000-2008 (millones de pesos constantes de 2008)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2006/a	2007/a	2008/p
Ramo 12	25,457.10	26,782.30	27,824.20	27,932.70	28,099.90	37,888.50	44,713.90	45,583.20	57,518.20	64,686.30
FASSA	33,063.10	37,462.40	38,138.10	41,944.80	40,953.30	40,756.70	42,763.80	41,951.00	43,020.10	43,995.40

	Variación real anual							
	2001-2000	2002-2001	2003-2002	2004-2003	2005-2004	2006-2005	2007-2006	2008-2007
Ramo 12	5.2%	3.9%	0.4%	0.6%	34.8%	18.0%	26.2%	12.5%
FASSA	13.3%	1.8%	10.0%	-2.4%	-0.5%	4.9%	2.5%	2.3%

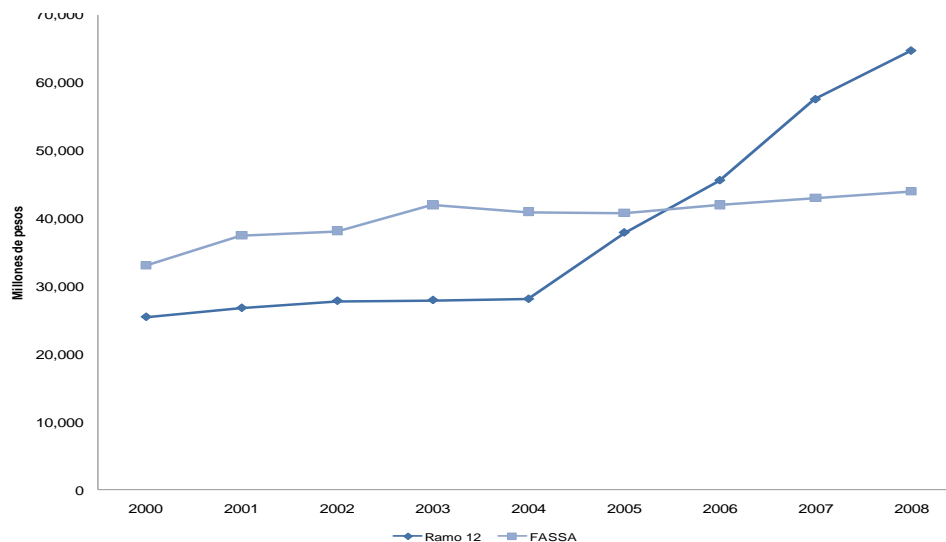
Fuente: Elaboración propia con información de la Cuenta de Hacienda Pública Federal 2000-2006 y PEF 2007 y 2008, SHCP.

Nota: a/ Presupuesto aprobado 2007

p/ Presupuesto proyectado en el PEF 2008.

La tendencia creciente que se registró del gasto ejercido en salud se explica por las variaciones positivas que se registraron en el FASSA como resultado del proceso de descentralización (Centro de Estudios de las Finanzas Públicas 2009) (Tépach 2008), ver Gráfica 7.

Gráfica 7. Comportamiento del Ramo 12 y FASSA a nivel nacional de 2000-2008



Fuente: Elaboración propia con información del artículo Evolución del Gasto en Salud, CEFP/103/2007, Diciembre 2007 México

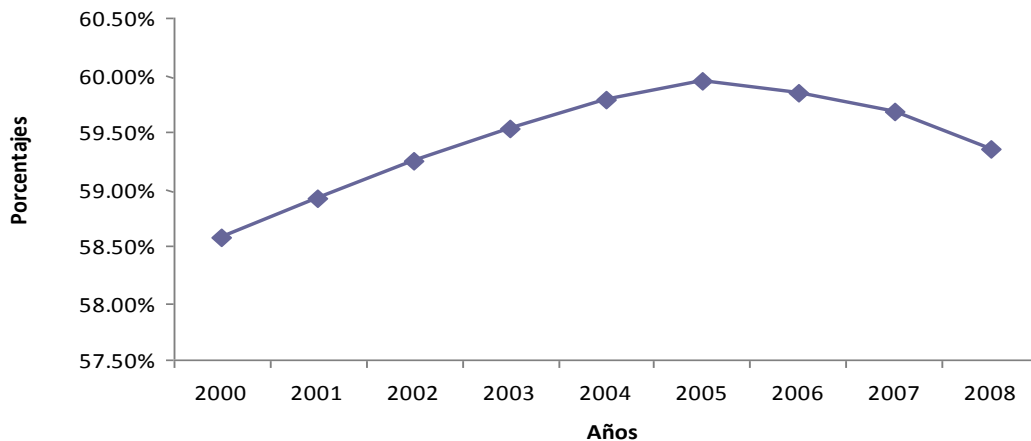
2.3 El gasto en salud de la población sin derechohabiencia en el estado de Guanajuato

2.3.1 Características de la población sin derechohabiencia

La población sin derechohabiencia está conformada por las personas que no están afiliadas a las instituciones de seguridad social como el IMSS, el ISSSTE, y otros y que tienen la posibilidad de ser beneficiarios de servicios de salud por medio del Programa IMSS-Oportunidades, el Seguro Popular, y los de asistencia social como los brindados por el DIF estatal de Guanajuato.

En cuanto al número de personas sin derechohabiencia, es de notar que entre 2000 y 2005 se observó una tasa de crecimiento, y una tendencia decreciente hasta el 2008 con respecto al total de la población del estado. Es importante mencionar que la disminución de la población sin derechohabiencia puede tener como principal factor la entrada en vigor del Seguro Popular, ver Gráfica 8.

Gráfica 8. Población sin derechohabiencia con respecto al total de la población de Guanajuato de 2000-2008



Fuente: Elaboración propia con datos de Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, Estimaciones con base en las Proyecciones de la Población de México 2005-2030, CONAPO, 2006.

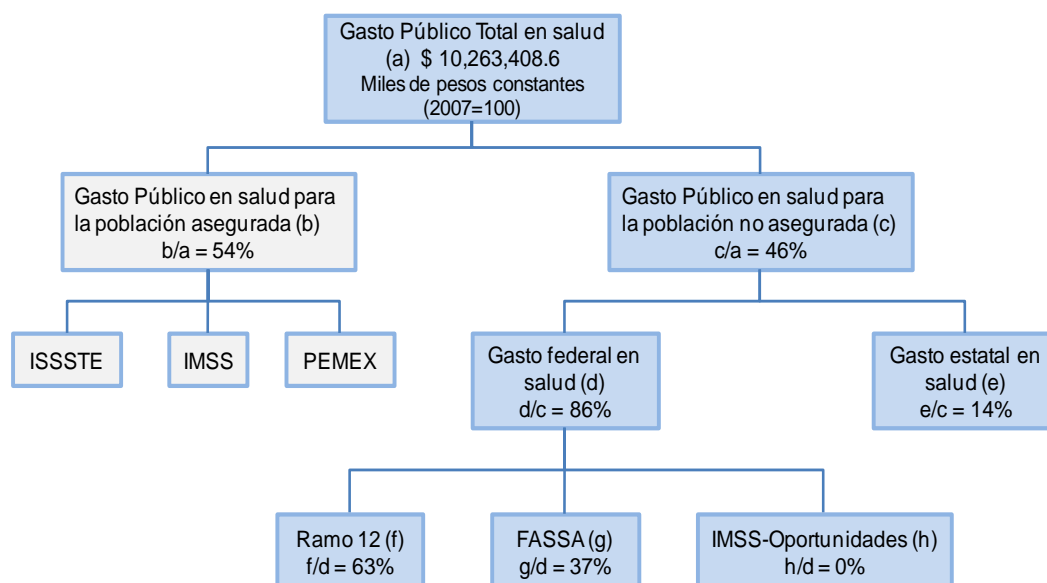
2.3.2 Fuentes de financiamiento del gasto en salud

El gasto total en salud respecto al PIB de Guanajuato es del 3.4%, respecto al PIB nacional es del 0.01%. El gasto en salud de Guanajuato respecto al gasto total nacional

en salud es del 3.4%, mientras que el gasto público para la población no asegurada con respecto al total es del 46% en este estado.

La distribución de los recursos destinados a los servicios de salud en el estado de Guanajuato se divide como lo muestra la Figura 3.

Figura 3. Estructura Gasto Público en Salud para el estado de Guanajuato

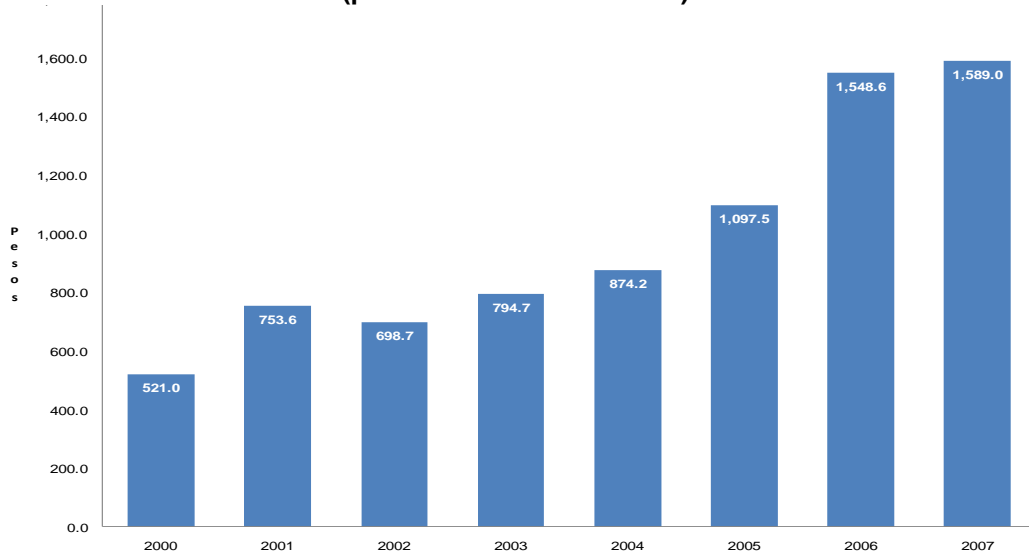


Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a nivel federal y estatal (SICUENTAS), México, 2008.
Nota: Las proporciones señaladas corresponden al año 2007.

Es importante destacar que el Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud (SICUENTAS) registró en 2007 un gasto nulo al Programa de Desarrollo Humano IMSS-Oportunidades. No obstante, en 2008 están registradas 24,501 personas afiliadas al Programa que reciben atención principalmente en los municipios de San Miguel Allende, Dolores Hidalgo, Santa Cruz de Juventino Rosas, Comonfort, Acámbaro, Salvatierra y San Felipe a través de 11 módulos urbanos (Instituto Mexicano del Seguro Social 2008).

En cuanto al gasto público en salud para la población no derechohabiente el monto per cápita de Guanajuato en 2005 fue de 1,097 pesos por persona, éste monto se incremento a 1,589 pesos en 2007 (Secretaría de Salud 2007), ver Gráfica 9.

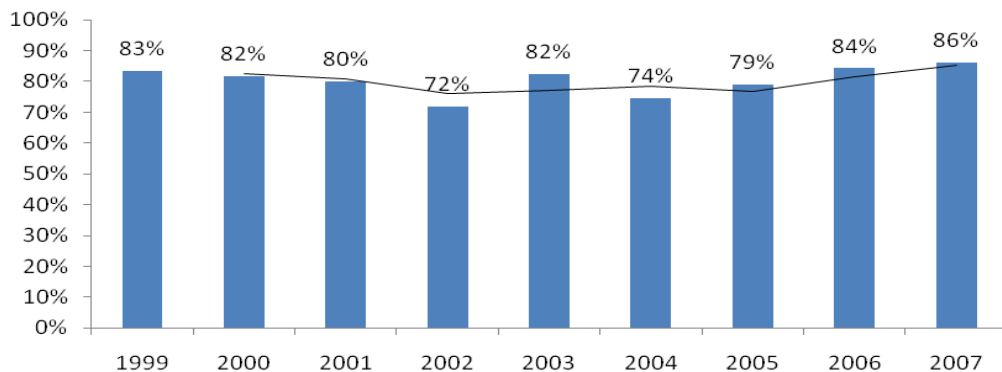
Gráfica 9. Gasto público per cápita en salud para la población no derechohabiente de Guanajuato de 2000-2007 (pesos constantes de 2007)



Fuente: Elaboración propia con información del Boletín de Información Estadística Vol. IV No. 27, 2007 de la SSA, México.

Nótese que el porcentaje de gasto federal en salud con respecto al gasto total en salud para la población sin derechohabencia se ha mantenido casi constante, lo cual se observa en la línea de tendencia del Gráfico 10 en donde se puede apreciar que más del 80% del gasto en salud para este grupo de la población se financió a través del gasto federal.

Gráfica 10. Proporción del gasto federal con respecto al gasto total en salud para la población sin derechohabencia de Guanajuato de 1999-2007



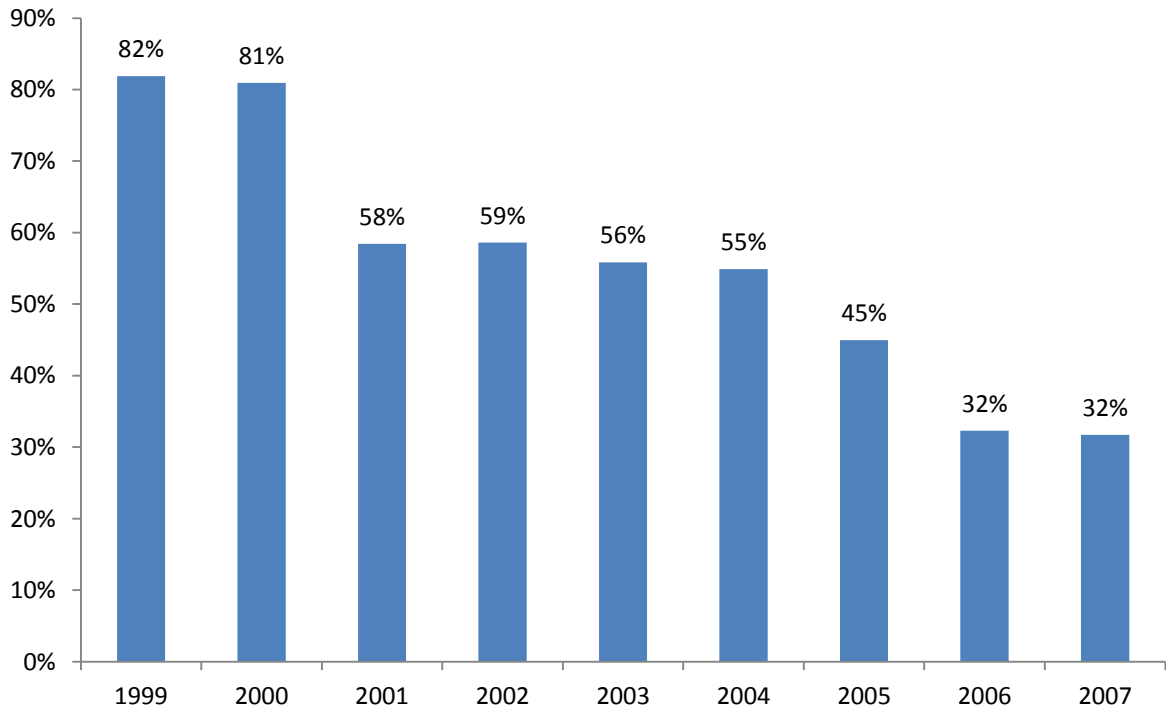
Nota: El gasto público federal en Salud para la población no asegurada = gasto del ramo 12 + gasto del FASSA + IMSS-Oportunidades.

Fuente: Boletín de Información Estadística 2007 de SICUENTAS Vol. IV. No. 27 de 2007 de la SSA.

2.3.3 Fuentes de financiamiento de origen federal

La proporción del gasto federal que se ha financiado a través del FASSA ha mostrado una tendencia decreciente tal que en 2000 representaba el 82% del gasto en salud para las personas sin derechohabiencia y en 2007 tan sólo el 32% respectivamente, ver Gráfica 11.

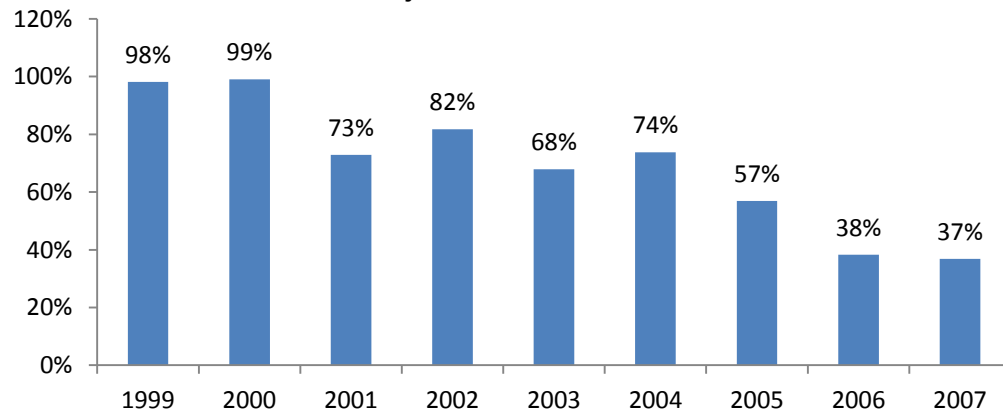
Gráfica 11. Proporción del FASSA con respecto al gasto público total en salud para la población sin derechohabiencia de Guanajuato de 1999-2007



Fuente: Elaboración propia con información del Boletín de Información Estadística de la SSA, en SICUENTAS, Vol. IV No. 27, 2007. México

La proporción del gasto del ramo 33 (FASSA) respecto del gasto federal en Salud de Guanajuato de 1999 - 2007 ha mostrado una tendencia decreciente a partir de 2005, ver Gráfica 12.

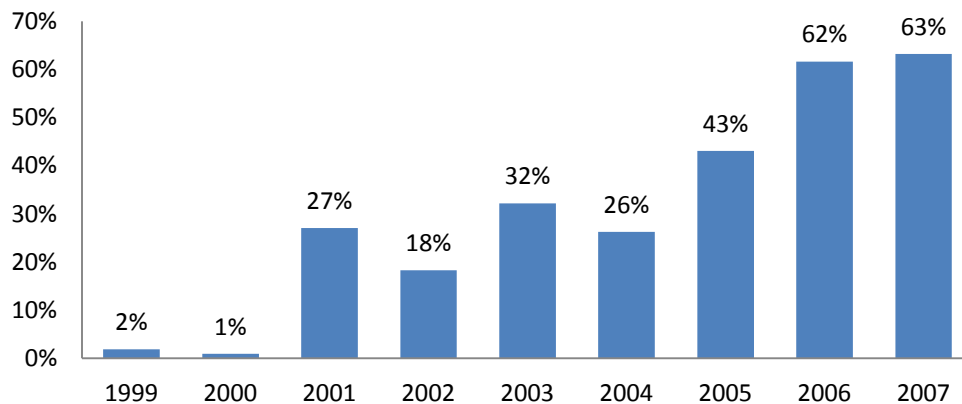
Gráfica 12. Proporción del gasto del FASSA con respecto al gasto federal en salud en Guanajuato de 1999-2007



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2008

La proporción del gasto del ramo 12 respecto al gasto federal en salud de Guanajuato durante el periodo de 1999 -2007 reportó un aumento considerable, ver Gráfica 13.

Gráfica 13. Proporción del Ramo 12 respecto al gasto federal de Guanajuato de 1999-2007

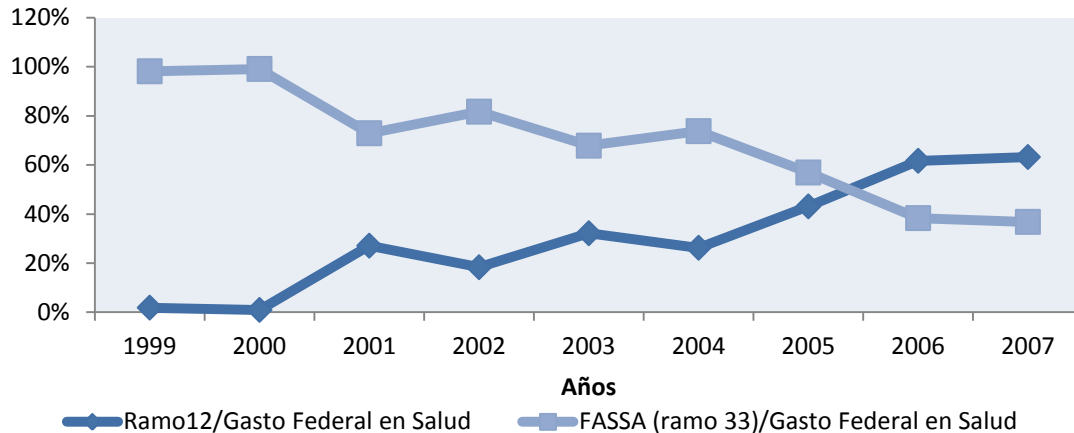


Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2008.

Los factores que explican la creciente proporción del gasto del ramo 12 respecto del gasto federal y la del gasto del ramo 33 respecto del gasto en Salud son los procesos de descentralización y asignación directa a los estados para que puedan ejercer

autónomamente sus recursos en materia de Salud. Cabe resaltar que la tendencia que se observa en Guanajuato es la misma a nivel nacional, ver Gráfica 14.

Gráfica 14. Ramos 12 y 33 respecto al Gasto Federal en Salud Guanajuato 1999-2007

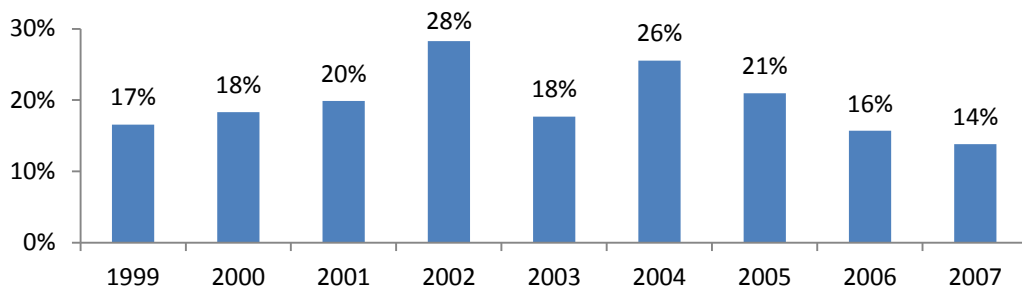


Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2008.

2.3.4 Fuentes de financiamiento de origen estatal

Las fuentes estatales se refieren al presupuesto que el estado asigna al gasto en salud. Según la información publicada por SICUENTAS en 2007 en el estado de Guanajuato, la proporción del gasto estatal con respecto al gasto público en salud de la población sin derechohabiencia en 1999 fue de 16.6%, mientras que en 2007 fue de 13.84% (Sistema Nacional de Información en Salud 2009). Como se observa en la Gráfica 15 no se distingue una tendencia.

Gráfica 15. Proporción del gasto estatal con respecto al gasto público total para la población sin derechohabiencia de Guanajuato de 1999-2007



Fuente: Boletín de Información Estadística 2007 de SICUENTAS Vol. IV. No. 27 de 2007 de la SSA.

En resumen, lo que se observa es que en 2007 el gasto en salud en la población sin derechohabiente se integró por dos fuentes: 14% de gasto estatal y 86% gasto federal. En tanto que el gasto federal se integró de 36.8% vía FASSA y el 63.2% por Ramo 12.

2.4 El Programa Seguro Popular: una alternativa para brindar atención en salud a la población sin derechohabiencia

2.4.1 Características principales

El Programa Seguro Popular tiene como objetivo principal atender a la población no cubierta por las instituciones de seguridad social (Secretaría de Salud 2008).⁹ Su aportación a la economía familiar radica en reducir el gasto de bolsillo cuando se enfrentan enfermedades catastróficas (Gakidou 2007).¹⁰

La población no derechohabiente que se beneficia del Seguro Popular está compuesta por núcleos familiares según la Ley General de Salud (Secretaría de Salud 1984).¹¹ El promedio de integrantes por familia afiliada a este Programa para Guanajuato fue de 3 personas en el 2007, lo que concuerda con el promedio a nivel nacional en ese año. Por su parte, del total de personas afiliadas el 11.9% pertenecía a regiones de alta y muy alta marginación. De las cuales 62.54% pertenecía al decil I, 35.35% al decil II, 1.99% al decil III y 0.10% del decil IV al X. Mientras que el 43.8% vivía en localidades rurales y 56.2% en urbanas (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2008).

⁹ En Guanajuato la meta de afiliación al 2010 es de 625,562 familias. Existen dos elementos básicos para determinar el número de familias que se incorporarán al SPSS: el primero; asociado a una meta de familias por entidad federativa denominado Procedimiento para la Planeación y Georreferenciación de Metas de Afiliación Estatal. El segundo, permite identificar a la población objetivo, para ello, se aplica el instrumento denominado Cédula CECASOEH con el fin de identificar a los integrantes de la familia, el nivel socioeconómico y su derechohabiencia a seguridad social.

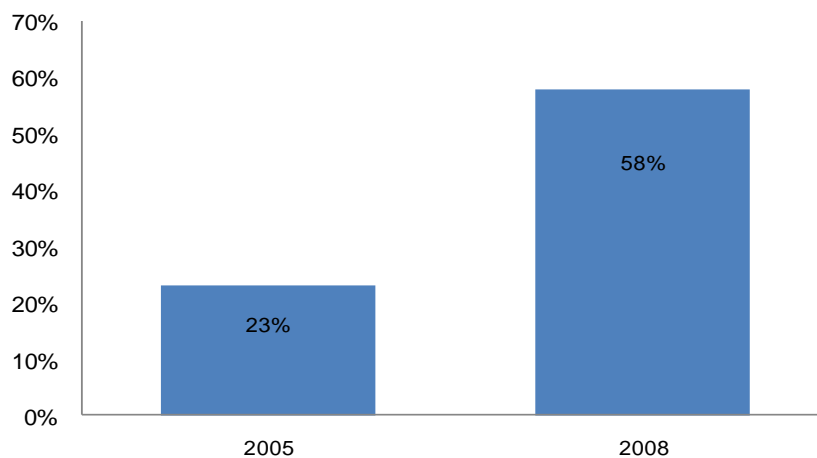
¹⁰ La protección de la población contra los gastos en salud catastróficos fue uno de los motivos clave para llevar a cabo el proceso de reforma del sistema de salud mexicano que finalmente diera lugar desde 2001 al diseño, legislación e implementación del Seguro Popular.

¹¹ Según el Art. 77 bis 4. de la Ley General de Salud la unidad de protección será el núcleo familiar, la cual para efectos de esta Ley se puede integrar de cualquiera de las siguientes maneras: I. Por los cónyuges; II. Por la concubina y el concubinario; III. Por el padre y/o la madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinatos, y IV. Por otros supuestos de titulares y sus beneficiarios que el Consejo de Salubridad General determine con base en el grado de dependencia y convivencia que justifiquen su asimilación transitoria o permanente a un núcleo familiar. Se considerarán integrantes del núcleo familiar a los hijos y adoptados menores de dieciocho años; a los menores de dicha edad que formen parte del hogar y tengan parentesco de consanguinidad con las en las fracciones I a III que anteceden; y a los ascendientes directos en línea recta de éstos, mayores de sesenta y cuatro años, que habiten en la misma vivienda y dependan económicamente de ellos, además de los hijos que tengan hasta veinticinco años, solteros, que prueben ser estudiantes, o bien, discapacitados dependientes. A las personas de dieciocho años o más se les aplicarán los mismos criterios y políticas que al núcleo familiar.

El Seguro Popular ofrece tres tipos de servicios: primer nivel, se refiere a un nivel básico; segundo nivel, ofrece intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas, tales como: medicina interna, pediatría, ginecología y cirugía general; y tercer nivel, ofrece servicios ambulatorios y de internamiento en todas las demás subespecialidades, como son: gastroenterología, endocrinología, alergología, urología, vascular periférico, hematología, nefrología, infectología, neurología y fisiatría; además de intervenciones más complejas en las especialidades y subespecialidades. Cabe mencionar que estos servicios no son privativos del Seguro Popular.

Como resultado de la introducción de estos servicios de salud en 2005 (Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública 2005) el porcentaje de población sin derechohabiencia, en el estado de Guanajuato, que se afilio al Programa se incrementó en 35% al 2008, ver Gráfica 16.

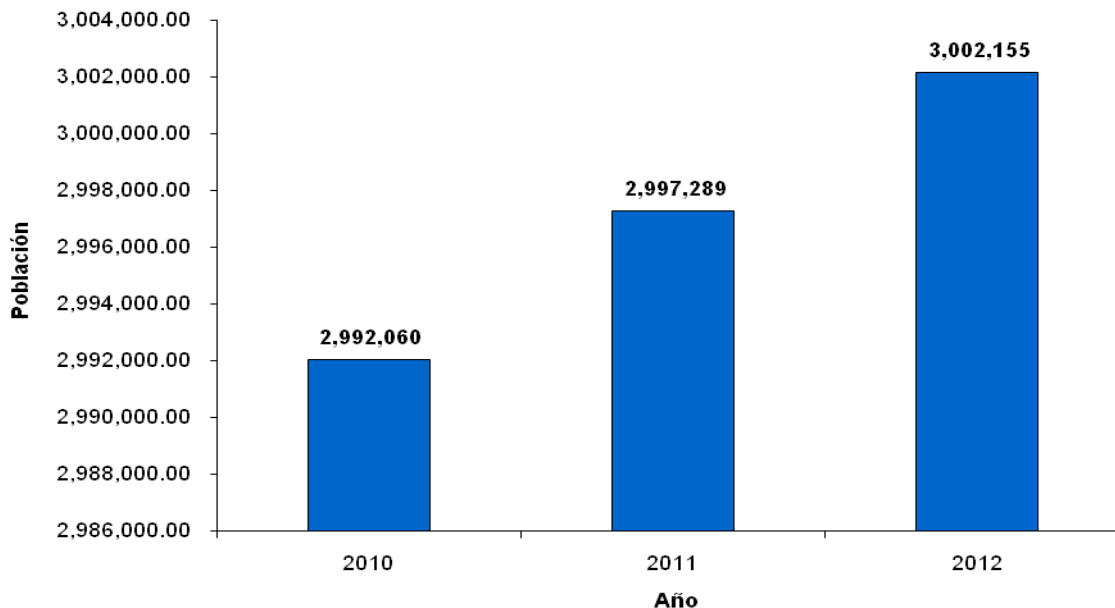
Gráfica 16. Población afiliada al Seguro Popular respecto a la población sin derechohabiencia: Guanajuato 2008



Fuente: Elaboración Propia con base en datos proporcionados por IPLANEG (datos 2005), ISAPEG (datos 2008) y Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, Estimaciones con base en las Proyecciones de la Población de México 2005 - 2030, CONAPO, 2006.

Asimismo, el establecimiento de una meta de afiliación al 2010 ha permitido que el servicio muestre un aumento gradual de la cobertura, misma que sigue una tendencia a convertirse en universal. En el caso de Guanajuato esta meta adquiere una importancia más que relevante si se considera que el estado ocupa el segundo lugar en número de afiliados y estaba a un punto porcentual en 2008 de lograr la meta de afiliación al 2010. En fecha reciente se publicó el informe de resultados que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud elabora para llevar a cabo el seguimiento de la meta de afiliación al Programa Seguro Popular y en el mismo destaca el hecho de que Guanajuato en el año 2009 ya cumplió con esta meta de afiliación al 2010 la cual era de 625,562 familias dado que el número de familias asciende a 640,182 familias, es decir, hay un avance en la meta del 102.34%. No obstante, el crecimiento de la población sin derechohabiencia de 2010 al 2012 se traducirá en una modificación a la meta de afiliación ya que aunque como proporción de la población la tendencia es decreciente, en valores absolutos en el estado de Guanajuato ésta se incrementará en 10,095 personas como se puede observar en la Gráfica 17.

Gráfica 17. Proyecciones de Población sin seguridad social de Guanajuato de 2010-2012

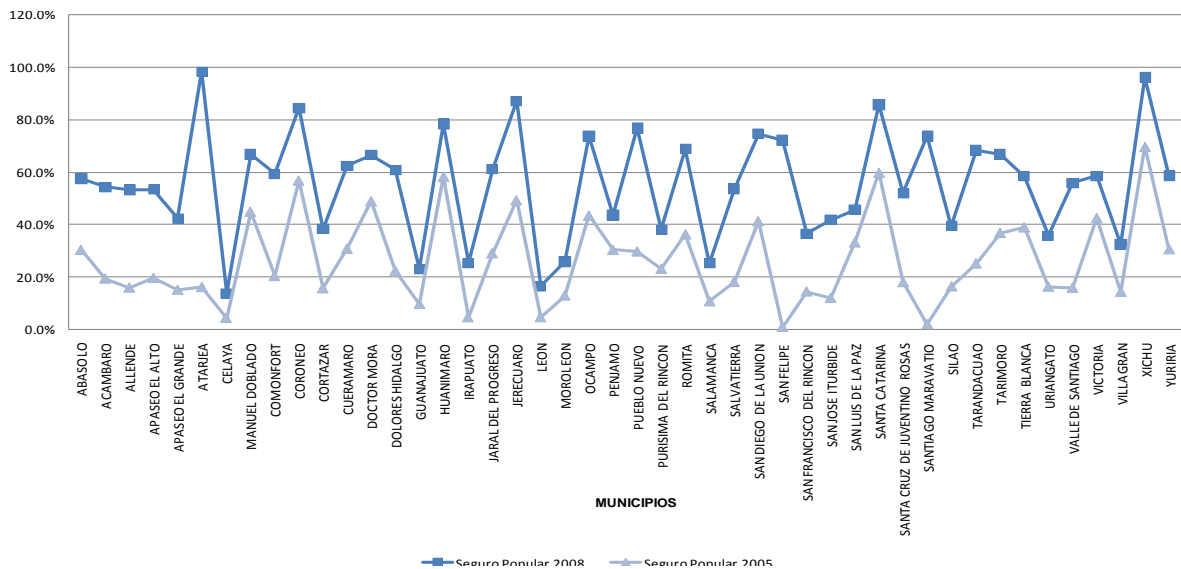


Fuente: Elaboración Propia con base en datos del Sistema Nacional de Información en Salud, SINAIS disponible en <http://www.sinais.salud.gob.mx/demograficos/poblacion.html>. Estimaciones con base en las Proyecciones de la Población de México 2005 – 2030 realizadas por CONAPO en 2006.

Con relación al establecimiento de los límites de afiliación anuales el Artículo VIII Transitorio de la LGS establece que “se podrán incorporar al Sistema de Protección Social en Salud hasta el equivalente de 14.3% de las familias susceptibles de nueva incorporación”, y que “la cobertura de los servicios de protección social en salud iniciará dando preferencia a la población de los dos primeros deciles de ingreso en las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas” (Secretaría de Salud 1984).

En cuanto a la afiliación de la población no derechohabiente al Seguro Popular a nivel municipal cabe mencionar que las mayores tasas de crecimiento de afiliación del 2005 al 2008 se presentaron en los municipios de Atarjea, San Felipe y Santiago Maravatío, 82, 71.2 y 73.8 por ciento respectivamente, mientras que las menores tasas de crecimiento de afiliación se presentaron en Celaya, León y Guanajuato, 9.4, 11.9 y 11.3 por ciento respectivamente tal como se muestra en la Gráfica 18.

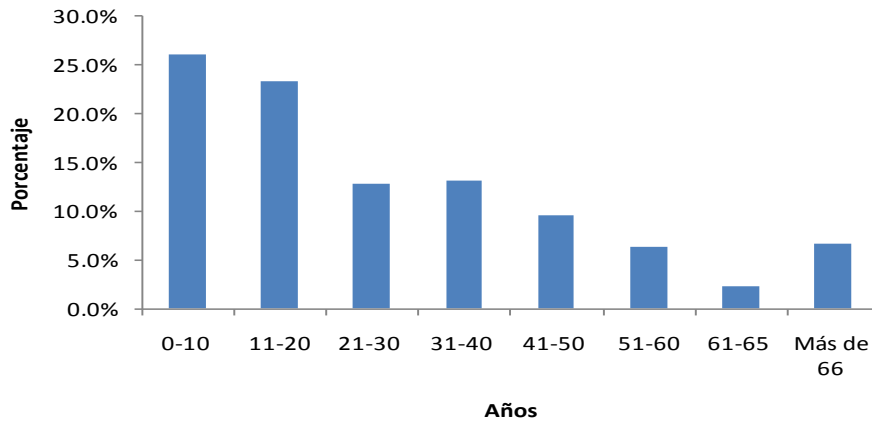
Gráfica 18. Proporción de la población con Seguro Popular por municipios en Guanajuato 2005 y 2008



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de SSA e Informes de Gobierno de Guanajuato 2006- 2012.

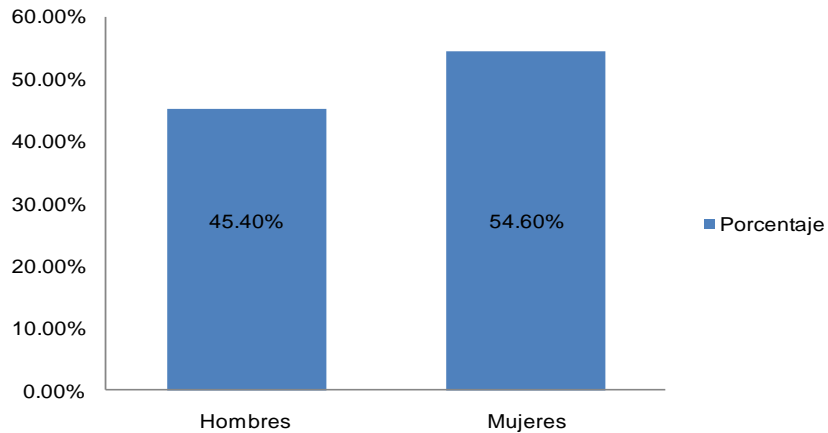
Del total de afiliados al Programa, 1,739,142 personas, el 49.4% pertenece al intervalo etario de 0-20 años, el 25.9% de 21 a 40 años, el 15.8% de 41 a 60 años y el 8.9% de más de 66 años (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2008). En cuanto al género, más del 50% son mujeres, ver Gráficas 19 y 20.

Gráfica 19. Población afiliada al Seguro Popular por edad: Guanajuato 2008



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de afiliación al Seguro Popular a junio de 2008 proporcionados por el ISAPEG, 2009.

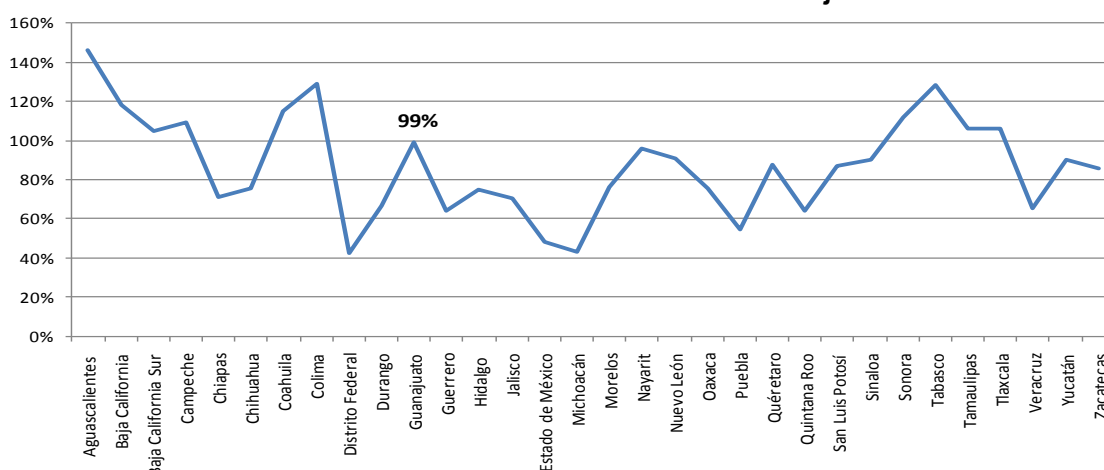
Gráfica 20. Población afiliada al Seguro Popular por sexo: Guanajuato 2008



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de afiliación al Seguro Popular a junio de 2008 proporcionados por el ISAPEG, 2009.

Al considerar el panorama nacional el 25.47% de la población está afiliada al Seguro Popular. De este porcentaje el 7% de los beneficiarios pertenece al estado de Guanajuato cifra que está sólo por debajo del Estado de México, 10%, y de Veracruz, 7.6%, respectivamente, además la población del estado representa el 4.71% de la población del país. Sin embargo, a pesar de que estos estados tienen más afiliados su avance en cobertura ha sido significativamente menor. Esto se evidencia aún más con el cumplimiento de las metas de incorporación, ya que en 2008 Guanajuato había cumplido con el 99% de su meta de afiliación definida para el año 2010, cifra muy por encima del promedio de los demás estados, ver Gráfica 21.

Gráfica 21. Avance en la Meta de afiliación de Guanajuato 2008



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de Meta de Afiliación al 2010 que se encuentran publicados en la SSA para el Seguro Popular.

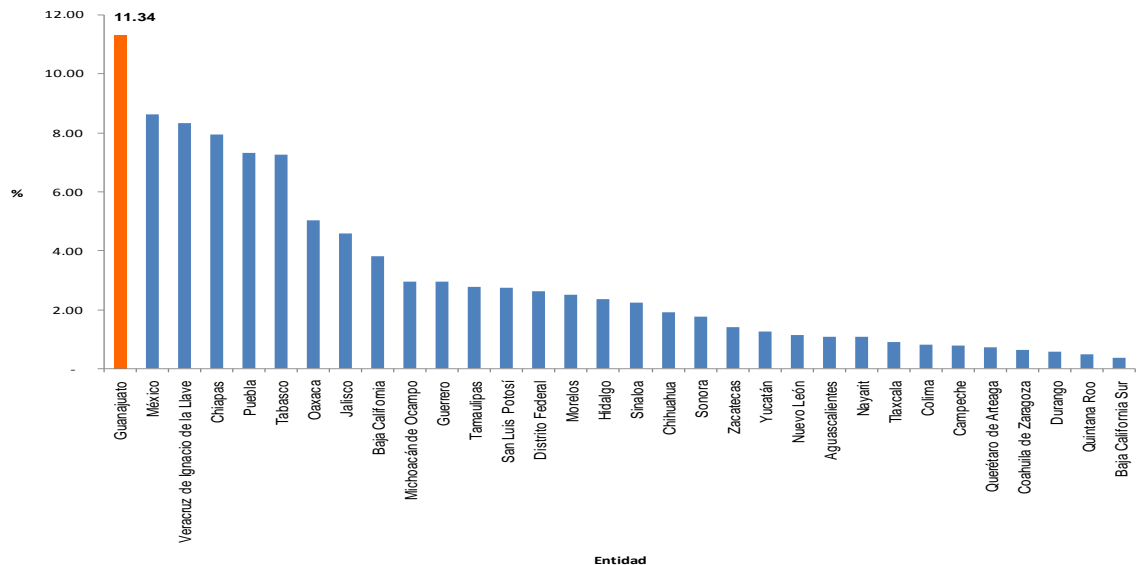
2.4.2 Fuentes de financiamiento de origen federal

A nivel nacional el 84.1% del gasto en salud para la población sin derechohabiencia fue de origen federal. De estos recursos el 51.9% fueron por Ramo 12, el 42.5% por FASSA y el 5.7% por IMSS-Oportunidades. De los recursos del Ramo 12 el 16.4% fue ejercido en unidades administrativas centrales como Secretarías, Subsecretarías, Direcciones y Coordinaciones, el 20.5% en organismos descentralizados como Institutos Nacionales de Salud, Centros de Integración Juvenil, Hospitales Generales, Laboratorios de Biológicos y Reactivos y en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el 63.1% en organismos desconcentrados como el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, el Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH/Sida, el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, la Comisión Nacional de Protección

Social en Salud y Hospitales Regionales de Alta Especialidad en el Bajío, Oaxaca, Chiapas y Yucatán, entre otros. Cabe destacar que el 88.5% del gasto del Ramo 12 asignado a los organismos desconcentrados fue ejercido por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y que el 51.2% del gasto del Ramo 12 se destino al gasto en Programas Especiales en los que se incluye el gasto en Seguro Popular.

En Guanajuato, el gasto público en salud en población sin derechohabencia en 2007 se integró de 86.19% de recursos federales. De los cuales 63.2% fueron del Ramo 12 y 36.8% del FASSA. De los recursos asignados al Ramo 12 en Guanajuato el 95.5% se asignó a Programas Especiales. El gasto en Seguro Popular asignado al estado de Guanajuato fue el 11.4% del gasto del Programa a nivel nacional, ver Gráfico 22.

Gráfica 22. Gasto en Seguro Popular a nivel Nacional 2007



Fuente: Elaboración propia con información del Boletín de información Estadística de la SSA en SICUENTAS, Vol. 27 México 2007.

Asimismo, Guanajuato fue el estado que asignó la mayor proporción del gasto del Ramo 12 en Programas Especiales al Seguro Popular, 86.8%, seguido de Chiapas y Baja California Norte con 81.6 y 80.8 por ciento respectivamente. En contraste con Baja California Sur, estado que asignó la menor proporción del gasto, 32.2% respectivamente, ver Cuadro 1.

Cuadro 1. Gasto en salud del Ramo12 en Seguro Popular a nivel nacional en 2007

Entidad	Porcentaje del gasto en:	
	Seguro Popular	Otros Programas
Guanajuato	86.8	13.2
Chiapas	81.6	18.4
Baja California	80.8	19.2
Veracruz	78.2	21.8
Tabasco	78.0	22.0
Puebla	77.5	22.5
Morelos	74.9	25.1
México	73.8	26.2
Michoacán	72.9	27.1
Oaxaca	72.4	27.6
Sonora	71.3	28.7
Colima	71.0	29.0
Jalisco	69.9	30.1
Nayarit	69.2	30.8
Hidalgo	67.9	32.1
Chihuahua	67.4	32.6
San Luis Potosí	66.8	33.2
Aguascalientes	65.9	34.1
Zacatecas	64.7	35.3
Sinaloa	64.5	35.5
Guerrero	62.3	37.7
Tamaulipas	58.0	42.0
Yucatán	57.0	43.0
Tlaxcala	51.7	48.3
Nuevo León	50.3	49.7
Coahuila de Zaragoza	50.3	49.7
Querétaro de Arteaga	49.7	50.3
Campeche	40.8	59.2
Quintana Roo	36.6	63.4
Durango	34.0	66.0
Distrito Federal	33.4	66.6
Baja California Sur	32.2	67.8

Fuente: Elaboración propia con información del Boletín de Información Estadística de la SSA, en SICUENTAS, Vol. 27, 2007. México.

Cabe destacar que de los recursos asignados a Programas Especiales en el estado de Guanajuato, el 86.8% fue para Seguro Popular y el resto se distribuyó en otros, ver Cuadro 2.

Cuadro 2. Distribución del gasto en salud del Ramo 12 en Programas Especiales en Guanajuato 2007

Programa	Porcentaje
Seguro Popular de Salud	86.78
Desarrollo Humano Oportunidades	5.66
Desarrollo de la Infraestructura Física	5.45
Atención de la Infancia y Adolescencia	0.47
Prevención de VIH/SIDA	0.33
Adicciones	0.33
Atención a Población en Desamparo (DIF)	0.29
Vigilancia Epidemiológica	0.14
Cáncer Cérvico-Uterino (CaCu)	0.14
Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud	0.1
Mujer y Salud	0.06
Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)	0.06
Arranque Parejo en la Vida	0.05
Comunidades Saludables	0.03
Salud Reproductiva	0.02

Fuente: Elaboración propia con información del Boletín de información Estadística de la SSA en SICUENTAS, Vol. 27 México 2007. Nota: La suma puede no coincidir con el 100% pero se debe a redondeo.

La segunda fuente de recursos federales es el FASSA, los recursos por esta vía representaron el 36.8% del gasto federal. El FASSA que se asigna a cada estado se indexa a la inflación cada año y esto determina la variación en cada estado. El gasto de esta fuente de financiamiento por funciones de salud se concentra en tres funciones: servicios de salud a la comunidad, servicios de salud a la persona y generación de recursos, ver Cuadro 3.

Cuadro 3. Gasto en salud del FASSA por funciones de salud en Guanajuato 2007

Gasto en salud por funciones de atención del FASSA en Guanajuato 2007	
Servicios de salud a la comunidad	833,759,700
Servicios de salud a la persona	588,149,400
Generación de Recursos	79,741,300
Total	1,501,650,400

Servicios de salud a la comunidad		%
I. Servicios de prevención y de salud pública		13.10
Salud materno-infantil, planificación y asesoría familiar		50.79
Los demás servicios de salud pública		27.78
Prevención de las enfermedades transmitibles		10.81
Control de riesgos sanitarios, biológicos, químicos y físicos		10.27
Prevención de las enfermedades no transmitibles		0.34
Servicios de medicina escolar		
Medicina del trabajo		
II. Rectoría y administración de seguros médicos		86.90
Rectoría y administración de la salud por las administraciones públicas		100.00
Administración de los seguros médicos privados		

Servicios de salud a la persona		%
I. Servicios de atención curativa		96.18
Atención curativa hospitalaria		100.00
Atención curativa en hospital de día		
Atención curativa ambulatoria		
Servicios de atención curativa domiciliaria		
II. Servicios de rehabilitación		
Rehabilitación hospitalaria		
Rehabilitación en hospital de día		
Rehabilitación ambulatoria		
Rehabilitación domiciliaria		
III. Servicios de atención de larga duración		2.60
Atención de larga duración hospitalaria		66.41
Atención de larga duración domiciliaria		19.73
Atención de larga duración en hospitalización de día		13.86
IV. Servicios auxiliares de atención médica		0.47
Laboratorio clínico		
Imagenología		
Transporte de pacientes y atención de emergencia		100.00
Los demás servicios auxiliares		
V. Bienes médicos proporcionados a pacientes ambulatorios		0.74
Bienes farmacéuticos y otros bienes médicos percederos		100.00
Dispositivos terapéuticos y otros bienes médicos no percederos		

Generación de Recursos		%
I. Infraestructura y equipamiento		100.00
II. Formación de capital humano		
III. Investigación y desarrollo tecnológico		
IV. Producción de otros bienes para la salud		

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud. México, 2007.

Como se puede observar, el 86.9% del gasto en salud del FASSA en servicios de salud a la comunidad se asignó a la rectoría y administración de los servicios de seguros médicos, mientras que el 96.18% de los servicios de salud a la persona se centraron en servicios de atención curativa, el 100% de este gasto en atención curativa hospitalaria. Por último, en cuanto a la generación de recursos, ésta se centro particularmente en formación de capital humano. Según SICUENTAS en 2007 por concepto de gasto el FASSA se distribuyó: 83.35% en el Capítulo 1000 Servicios Personales, que incluye remuneraciones al personal; 7.24% en el Capítulo 2000 Materiales y Suministros, que incluye medicamentos; 9.39% en el Capítulo 3000 Servicios Generales, que incluye servicios de mantenimiento, conservación e instalación; y 0.02% en el Capítulo 4000 de Subsidios y transferencias.

En cuanto a la integración del presupuesto para el Seguro Popular, las fuentes de financiamiento federales para la integración de la Aportación Solidaria Federal en 2008 fueron las siguientes:

Cuadro 4. Integración de la ASF para el Seguro Popular de Guanajuato en 2008

1. Recursos a la persona (a)	Monto	%
Fondo de Aportaciones para los servicios de salud a la persona (FASSA-P)	996,448,791	74.21
Infraestructura	193,000,000	14.37
Otros Programas ¹	153,219,475	11.41
ASF 2008	1,342,668,266	
Población asegurable		
Familias sin seguridad social, (b)	653,568	
Familias IMSS-Oportunidades, (c)		
2. Familias asegurables, (b)-(c)=(d)	653,568	
3. Recursos a la persona por familia (pesos), (a)/(d)	2,054	
4. Recursos Oportunidades a la persona (pesos)		
Oportunidades-P, (e)	149,309,658	
Familias Oportunidades/SSA, (f)	227,341	
5. Recursos Oportunidades por Familia (pesos), (e)/(f)	656.77	

Fuente: Elaboración propia con datos de la ASF por familia anual publicada en el Anexo III del Acuerdo de Coordinación entre la SSA y el estado de Guanajuato y familias afiliadas al Seguro Popular a junio de 2008 proporcionados por la Secretaría de Finanzas, ISAPEG, Guanajuato 2009.

Nota: Esta integración es con base en los presupuestos autorizados 2008 y puede sufrir ajustes en función de modificaciones en los presupuestos anuales, así como por la integración de otros recursos federales, como lo establecen los mecanismos para la contabilización de los recursos a integrar la ASF en el DOF de diciembre de 2006.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), previo análisis de las condiciones financieras, demográficas, de necesidades en materia de salud, de oferta de servicios con base en los catálogos de servicios esenciales de salud y estado de infraestructura física que guarda cada entidad federativa participante del SPSS, determinará los recursos presupuestarios que podrá contabilizar en la integración de la ASF, dichos recursos son aquellos que la Federación a través de sus distintas dependencias y entidades, aporten para la prestación de servicios de salud a la persona y que benefician a la población afiliada.

Asimismo, la Aportación Solidaria Federal (ASF) también se integra de un monto no específico del FASSA para cada estado. En el caso de Guanajuato, este monto representó el 74.21% del financiamiento para la integración de la Aportación, el 14.37% vía Infraestructura y el 11.41% de Otros programas.

La Aportación Solidaria Federal se define como un monto equivalente a 1.5 veces la Cuota Social en promedio nacional. La distribución en las entidades federativas de esta Aportación Federal por familia al año, se realiza de conformidad con la fórmula establecida en el artículo 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de protección Social en Salud. En cuanto a la fórmula de integración de la ASF (Diario Oficial de la Federación 2006)¹² anual por familia está se calcula al multiplicar la cuota social por el factor que se publica anualmente para cada entidad federativa (Secretaría de Salud 2005).¹³ Su integración toma en cuenta montos asignados a la salud en forma obligatoria. Es decir, los que provienen del FASSA, y otros que se aportan para la prestación de los servicios a la salud para la persona como los recursos destinados al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, los recursos destinados a proyectos de Infraestructura cuyas funciones se encuentran contenidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), otros recursos que se destinan a Programas Preventivos siempre que sus funciones se encuentren contenidas en el CAUSES y finalmente otros recursos federales

¹² En el Diario Oficial de la Federación del 12 de diciembre de 2006 se establece que "la ASF que el gobierno federal transferirá a las entidades federativas está definida conforme a los artículos 77 Bis 13 de la Ley General de Salud (LGS) y 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud (RLGS), y equivale a 1.5 veces la Cuota Social en promedio nacional."

¹³ La aportación solidaria federal total en el año fiscal a presupuestar será igual al Fondo de aportaciones para los Servicios de Salud a la persona, el cual se puede descomponer en cuatro criterios compensatorios de asignación: 1) por familia beneficiaria; 2) por necesidades de Salud; 3) por esfuerzo estatal; y 4) por desempeño.

que se destinen a la salud de la personas afiliadas al Seguro Popular (Diario Oficial de la Federación 2006).¹⁴

La cuota social es la aportación que hace la Federación al estado y se determina a través del componente salario mínimo vigente del gobierno del Distrito Federal indexado a la inflación. El monto es del 15%, aproximadamente en 2008 el monto de la cuota social transferible fue de \$1,947.40 por familia afiliada.

2.4.3 Fuentes de financiamiento de origen estatal

El gasto de esta fuente de financiamiento por funciones de salud se concentra en tres funciones: servicios de salud a la comunidad, servicios de salud a la persona y generación de recursos, ver Cuadro 5

¹⁴ Con relación a los ponderadores estos se publicaron en el DOF el 2 de julio de 2009 el monto por familia para Guanajuato en este año fue de 4,706.47 pesos, el factor fue de 1.52, mientras que en 2008 de 1.50. Los ponderadores utilizados fueron: 80% por componente fijo por familia, 18.50% por necesidades, 0.25% por esfuerzo estatal y 1.25% por desempeño.

Cuadro 5. Gasto en salud estatal por funciones de salud en Guanajuato en 2007

Gasto en salud estatal por funciones de atención en Guanajuato 2007	
Servicios de salud a la comunidad	323,301,700
Servicios de salud a la persona	233,383,500
Generación de Recursos	97,138,900
Total	653,824,100

Servicios de salud a la comunidad	%
I. Servicios de prevención y de salud pública	6.16
Salud materno-infantil, planificación y asesoría familiar	1.89
Los demás servicios de salud pública	0.00
Prevencción de las enfermedades transmitibles	48.72
Control de riesgos sanitarios, biológicos, químicos y físicos	0.00
Prevencción de las enfermedades no transmitibles	0.00
Servicios de medicina escolar	6.39
Medicina del trabajo	43.00
II. Rectoría y administración de seguros médicos	93.84
Rectoría y administración de la salud por las administraciones públicas	100.00
Administración de los seguros médicos privados	

Servicios de salud a la persona	%
I. Servicios de atención curativa	79.01
Atención curativa hospitalaria	100.00
Atención curativa en hospital de día	
Atención curativa ambulatoria	
Servicios de atención curativa domiciliaria	
II. Servicios de rehabilitación	
Rehabilitación hospitalaria	
Rehabilitación en hospital de día	
Rehabilitación ambulatoria	
Rehabilitación domiciliaria	
III. Servicios de atención de larga duración	12.71
Atención de larga duración hospitalaria	91.47
Atención de larga duración domiciliaria	8.27
Atención de larga duración en hospitalización de día	0.26
IV. Servicios auxiliares de atención médica	3.30
Laboratorio clínico	62.47
Imagenología	
Transporte de pacientes y atención de emergencia	37.53
Los demás servicios auxiliares	
V. Bienes médicos proporcionados a pacientes ambulatorios	4.98
Bienes farmacéuticos y otros bienes médicos perecederos	100.00
Dispositivos terapéuticos y otros bienes médicos no perecederos	

Generación de Recursos	%
I. Infraestructura y equipamiento	77.3
II. Formación de capital humano	22.7
III. Investigación y desarrollo tecnológico	
IV. Producción de otros bienes para la salud	

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud. 2007

Como se puede observar en el cuadro anterior el 49.45% del gasto estatal se centra en servicios de salud a la comunidad, 35.70% en servicios de salud a la persona y 14.86 en generación de recursos.

Del presupuesto en servicios de salud a la comunidad, el 93.84% fue para la rectoría y administración de seguros médicos. Del presupuesto en servicios de salud a la persona, el 79.01% fue por servicios de atención curativa, en particular hospitalaria y el 12.71% en servicios de larga duración principalmente hospitalaria. Mientras que del presupuesto en Generación de recursos, el 77.3% se destinó a Infraestructura u equipamiento y el 22.7% en formación de capital humano.

El gasto en salud estatal para la población sin derechohabiencia por concepto de gasto se distribuyó según SICUENTAS en: 81.07% en gasto corriente y 18.93 en gasto de inversión. El gasto corriente se ejerció en 60.35% en el Capítulo 1000 Servicios Personales, 25.35% en el Capítulo 2000 Materiales y suministros, 13.88% en el Capítulo 3000 Servicios Generales y el 0.42% en Subsidios y Transferencias. El gasto de inversión se ejerció 39.33% en el Capítulo 4000 Subsidios y Transferencias, 31.52% en el Capítulo 5000 Bienes Muebles e Inmuebles y el 29.15% en Obras Públicas.

De igual forma, el estado de Guanajuato tiene la obligación de aportar al gasto en salud de la población sin derechohabiencia con Seguro Popular la asignación de la Aportación Solidaria Estatal (ASE) que será proporcional a las familias beneficiarias en la entidad ajustada por necesidades de salud en particular de la población infantil y la población adulta. Esta aportación será equivalente a la mitad de la cuota social.

Los recursos que integran la ASE provienen de la aportación líquida que debe de hacer el estado a la prestación de los servicios de salud, si estos recursos no suman la mitad de la cuota social entonces la brecha se podrá cubrir según los Lineamientos para la medición de la Aportación Solidaria Estatal del Sistema de Protección Social en Salud¹⁵ con recursos adicionales que pueden venir de una aportación líquida derivada del cociente de la suma de los presupuestos estatal anual en salud más el presupuesto estatal extraordinario más otros presupuestos estatales más el gasto de inversión y otras aportaciones entre el número de familias susceptibles de incorporación o bien se podrán considerar las inversiones en infraestructura y equipo médico de alta especialidad realizadas hasta en los 5 años previos a la incorporación de las entidades federativas al Sistema (Diario Oficial de la Federación 2006).

¹⁵ *Ibid*

A continuación se estima cual es según los Lineamientos para la Integración de la Aportación Solidaria Estatal el monto total acreditado de la misma en 2008 dado que en ese año el monto de ASE asignado por familia asegurable fue de 1,453.28 pesos, ver Cuadro 6.

Cuadro 6. Gasto estatal del Seguro Popular por familia asegurable en 2008

Aportación Solidaria Estatal por familia 2008	1453.28
Familias afiliadas al Seguro Popular	620,299
Total Acreditado	901,468,130.72

Fuente: Elaborado en base a los Lineamientos para la Integración de la Aportación Solidaria Estatal, DOF 22 de Abril de 2005 y Familias afiliadas al Seguro Popular 2008 publicados por la SSA.

Los municipios de Celaya e Irapuato son las que concentran el mayor porcentaje del ASE con respecto al total acreditado. Sin embargo, es importante destacar que León, concentra el 12% del ASE dado que es el municipio que tiene el mayor número de afiliados al Seguro Popular.

La Aportación Solidaria Estatal en 2008 se integro 67.8% de los presupuestos estatales destinados a prestar servicios de salud a la persona y 32.2% de recursos destinados a Gasto en Infraestructura y equipamiento, ver Cuadro 7.

Cuadro 7. Integración de la Aportación solidaria estatal del Seguro Popular por fuente de financiamiento: Guanajuato 2008

A) Presupuestos Estatales Destinados a prestar servicios de salud a la persona

Descripción	%
Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato	85.1
Ampliación Presupuestal por parte de la SF y A	10.8
Sistema Desarrollo Integral de la Familia Estatal	3.6
Secretaría de Seguridad Publica	0.3
Instituto de la Mujer Guanajuatense	0.2
Secretaría de Finanzas y Administración (Apoyos a AC)	0

B) Gasto en Infraestructura y Equipamiento

Año	Descripción	%
2008	Inversión en Infraestructura y Equipamiento ISAPEG	59.2
2008	Inversión Municipal para Obra	7.8
2007	Recursos por acreditar 2007	33.0

Fuente: Elaborado en base a la información proporcionada por la Secretaría de Finanzas del ISAPEG en 2009.

2.5 La normatividad del financiamiento y del gasto federal y estatal del programa Seguro Popular

2.5.1 Situación de la Normatividad

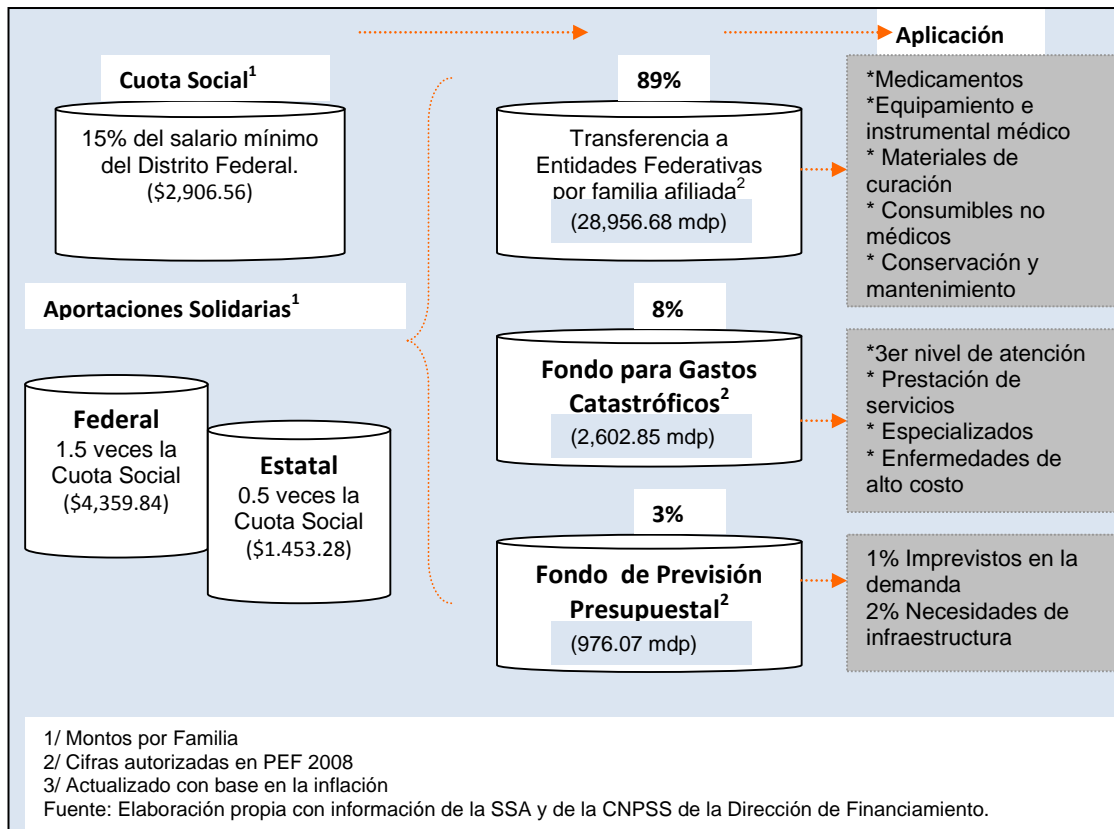
El gasto en salud es equivalente al presupuesto ejercido y no al presupuesto autorizado ni modificado. El gasto refleja los costos que se derivan de las intervenciones, mientras que el presupuesto se determina a partir de las necesidades. El gasto en salud se define entonces como los recursos económicos que se destinan a los bienes y servicios de salud, es decir, el gasto en todas aquellas acciones destinadas al restablecimiento, mejoramiento, mantenimiento y protección de la salud. Es por ello que es tan importante que el Presupuesto se realice de acuerdo a las necesidades de salud no sólo del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG) sino también de las unidades de salud que forman parte del estado de Guanajuato.

2.5.2 Normatividad del gasto federal

En general, la metodología para calcular el presupuesto del SPSS consiste en calcular una cuota social que se estima con el 15% del salario mínimo general vigente diario en el 2004 para el Distrito Federal, actualizado por la inflación. Para estimar los recursos por concepto de cuota social anual que el gobierno federal debe transferir a las entidades federativas, se multiplica el monto de la cuota social por el número de familias beneficiarias en la entidad. Luego se calculan las aportaciones solidarias federal y estatal que se suman a las cuotas familiares que son las aportaciones solidarias de los

beneficiarios del Seguro Popular. Finalmente, con el agregado de los recursos se destina 89% para transferencia a entidades federativas por familia afiliada, y 11% para dos Fondos el Previsión Presupuestal y el de Protección para Gastos Catastróficos, ver Figura 4.

Figura 4. Fuentes de financiamiento del Seguro Popular 2008

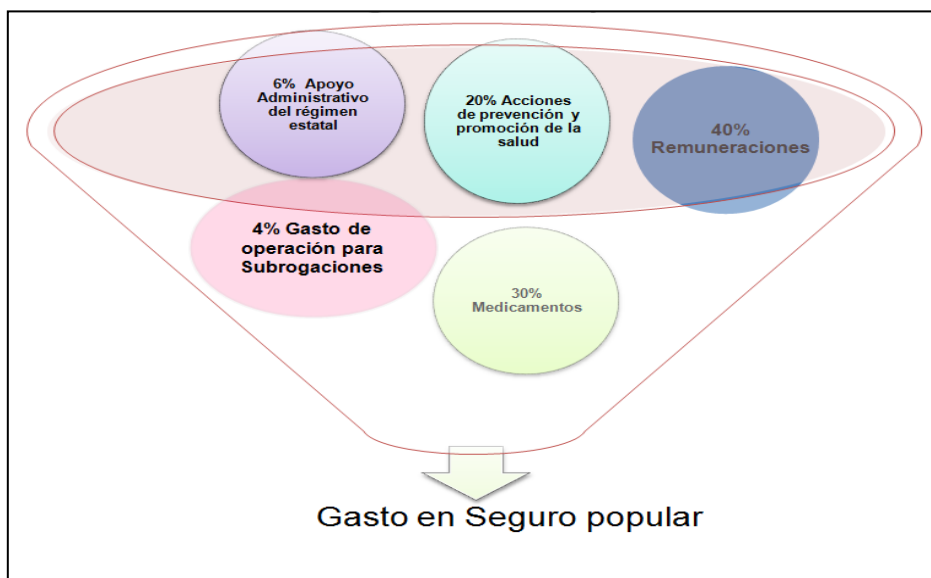


La normatividad¹⁶ del Gasto Federal actual referente al Seguro Popular se establece en el Acuerdo de Coordinación entre la SSA y el estado de Guanajuato firmado en 2005, particularmente en el Anexo 4 del documento, denominado “Conceptos de Gastos”.

Los montos asignados se basan en los lineamientos del PEF 2009. Al respecto, es importante resaltar las restricciones por Concepto de Gasto establecidas en dicho apartado, ver Figura 5.

¹⁶ Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato 2005

Figura 5. Restricciones al gasto en Seguro Popular según el Anexo IV del Acuerdo de Coordinación entre la SSA y el estado de Guanajuato en 2009.



Fuente: Elaboración propia con información del Anexo 4 en 2009

El gasto en estos conceptos sólo puede ser financiado por la Aportación Solidaria Federal y por la Cuota Social desde el 2008. Todavía en 2007 el concepto de gasto de Remuneraciones podía ser cubierto con ASE además de ASF y cuota social. Además, la obra nueva que sea construida por la Federación tendrá que ser mantenida en cuanto a gastos de operación por el Estado. La normatividad del 2009 impide la libre movilidad de recursos entre Capítulos de gasto.

Entre las limitaciones que se mencionan en el Acuerdo, destaca la que se refiere a la restricción para afiliar a las personas al Seguro Popular. Esto es, en caso de requerirse la afiliación de un número superior de familias a las estimadas para cada año, es necesario un acuerdo expreso y por escrito tanto de la SSA como de la entidad federativa, siempre y cuando lo permita la sustentabilidad financiera del SPSS.

También en el aspecto del ejercicio de los recursos federales transferidos al estado se observan limitaciones. Es importante señalar que el anexo IV “Conceptos de Gasto” (Instituto de Salud Pública del estado de Guanajuato 2008), documento complemento del Acuerdo ha mostrado cambios en los últimos años.

Existen importantes diferencias entre los montos de gasto establecido para el 2007, vigente hasta el 2008, y el referente al 2009 con base en los lineamientos del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) del mismo año (Secretaría de Salud 2008). El destino de estos no puede ser diferente a los fines mencionados en el Anexo IV del 2009. Tan sólo el 40% de los recursos federales deberán ser utilizados para las remuneraciones de personal directamente involucrados en la prestación de servicios de Salud inscritos en el CAUSES (Secretaría de Salud 2008). En caso de que los requerimientos de contratación excedan el monto establecido, el estado será el responsable de buscar fuentes alternativas de financiamiento (Instituto de Salud Pública del estado de Guanajuato 2008). De igual forma, el monto asignado a conservación y mantenimiento era de 5% de los recursos federales en 2007, desapareciendo esta especificación para el 2009. La decisión queda a cargo de la Secretaría de Administración y Finanzas (SAF), a través de la Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física (DGDIF). Un punto importante que no se aborda en el Anexo de 2007 es que las acciones de conservación y mantenimiento, deben de estar encaminadas en lograr la acreditación de las unidades médicas participantes en la prestación de servicios del Seguro Popular.

Mientras que para el monto asignado para acciones de promoción y prevención de la Salud en 2009 será de no menos del 20% de los recursos de la cuota social y ASF, siempre y cuando estas intervenciones estén contenidas en el CAUSES 2009. Lo cual significa un monto menor en comparación con el 30% establecido en el 2007. También hace mención a la contratación de servicios externos como lo son las parteras tradicionales certificadas para promover y prevenir los riesgos en mujeres embarazadas, esto en función de la afiliación de los grupos indígenas y la accesibilidad que tengan estos grupos a los servicios de Salud. Para la adquisición de medicamentos, material de curación, y otros insumos necesarios para la prestación de los servicios de salud incluidos en el CAUSES, el Anexo de 2007¹⁷ establecía el 30% de los recursos de la cuota social y aportación social federal. En 2009 se hizo una modificación de hasta el 30%, es decir, se ajustó a un nivel menor el monto asignado a este concepto de gasto. En este sentido es importante mencionar que la compra de medicamentos debe estar sujeta a los precios vigentes que determine la SSA, y debe tener como fin la minimización de los costes de adquisición.

¹⁷ Ibid

Por otro lado, en 2009 se incluye un concepto de gasto que no estaba incluido en el Anexo IV de 2007, y que se refiere a compra de servicios o pagos a terceros por servicios de salud. Destaca el hecho de que no hay una especificación del monto del gasto destinado a este concepto. Sin embargo, sí se menciona que se podrá destinar recursos de la cuota social y de la aportación solidaria federal siempre que así se requiera.

Por otra parte, la compra de servicios a terceros está claramente regulada ya que se deberá establecer el prestador, el padecimiento del CAUSES que es atendido y el costo unitario por cada intervención contratada.

El rubro de Acreditación no sufrió modificaciones a las ya establecidas de 2007. Pero si el de Programa de Caravanas de Salud que en 2009 hace la distinción entre cuatro tipos de caravanas de Salud, cuyo monto de recursos por familia afiliada dependerá del tipo y capacidad de la oferta de la caravana (intervenciones del CAUSES).

En el aspecto de compra de sistemas de información automatizados de seguimiento a beneficiarios, se establece que se destinará un monto de gasto proveniente de los recursos de la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal, principalmente para el apoyo administrativo y gasto de operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud no establecido en el anexo IV de 2009.

Con relación al gasto en inversión en infraestructura médica nueva resalta que después de que sea aprobado el proyecto, los gastos de operación de sus instalaciones serán solventados por Guanajuato con cargo a su presupuesto. Esta limitación restringe el financiamiento de la nueva capacidad instalada, y pone en riesgo la construcción de nuevas obras que pretendan atender los excesos de demanda por servicios de Salud. Esto implica que si el gobierno del estado se fija metas de afiliación mayores se requerirá de más infraestructura y fuentes de financiamiento estatales adicionales a las ya existentes en el Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS). Asimismo, el estado de Guanajuato asignará recursos de la cuota social y de la aportación solidaria federal para cubrir el apoyo administrativo y gasto de operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud con monto establecido por el PEF de hasta el 6%. A diferencia del Anexo IV de 2007, el de 2009 menciona un concepto de gasto destinado a cubrir el gasto de operación de las unidades médicas participantes en la prestación de servicios de Salud el CAUSES. No obstante, el monto no está especificado.

Cabe resaltar que en cuanto a la posibilidad de modificar estos porcentajes de gasto en el PEF 2009, fracción V se establece que: “Las disposiciones del Anexo IV podrán ajustarse siempre y cuando la entidad federativa demuestre ante la Comisión Nacional de Protección Social en Salud que las características Estatales o perfil de Salud de la población afiliada lo ameritan”. Sin embargo, no está especificado cómo hacerlo.

En cuanto a la aportación solidaria federal, ésta será transferida al estado de Guanajuato conforme al monto que resulte del cálculo de la fórmula de asignación de acuerdo con las metas de incorporación establecidas, y una vez deducidos los recursos del FASSA, así como aquellos recursos de programas federales dirigidos a la población no derechohabiente de seguridad social.

El financiamiento del SPSS depende del presupuesto federal asignado al Ramo 33 y al Ramo 12, de la cuota social y la ASF. La asignación estatal está en función de criterios compensatorios que determinan sus aportaciones solidarias estatales transferibles.

2.5.3 Normatividad del gasto estatal

La Normatividad en cuanto a los Lineamientos Generales de Racionalidad, Austeridad y Disciplina Presupuestal de la Administración Pública Estatal para el Ejercicio Fiscal de 2009 establece:

- Regular la optimización de los recursos de gasto corriente en base a lo establecido por el Art. 55 de la Ley para el Ejercicio y Control de los Recursos Públicos para el Estado y los municipios de Guanajuato.
- El ejercicio del gasto público en salud se debe sujetar a los Capítulos, conceptos y Partidas del Clasificador por Objeto del Gasto 2009.
- Toda erogación de recursos públicos estatales asignados a las Dependencias y Entidades deberá sujetarse a la Ley del Presupuesto de Egresos del Estado de Guanajuato para el Ejercicio Fiscal de 2009, a la Ley para el Ejercicio y Control de Lineamientos Generales de Racionalidad, Austeridad y Disciplina Presupuestal de la Administración Pública Estatal (APE) para el Ejercicio Fiscal de 2009.
- Existen períodos para llevar a cabo el registro de las adecuaciones presupuestales (Modificaciones que se realizan durante el ejercicio presupuestal a Capítulos, Partidas y calendarios del Presupuesto de Egresos autorizado).

CAPÍTULO 3

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones generales

México es un mosaico de enormes contrastes y desigualdades. En el tema de la salud, se ha observado que la transición demográfica, epidemiológica, económica e incluso la social, no han impedido la reproducción de las grandes brechas entre los diferentes grupos de población que componen a la sociedad mexicana (rural/urbano, pobres y no pobres, género, grupos de edad, etc.). En algunos aspectos, incluso, estas transiciones han contribuido al incremento en las inequidades en nuestra sociedad y nuestro sistema de salud.

En economía la demanda por servicios de salud se caracteriza, según diversos autores, por ser irregular e impredecible, toda vez que para muchos consumidores depende de la percepción de una necesidad de atención de salud durante un cierto periodo de tiempo. Asimismo, se identificaron factores que intervienen en la determinación de la misma, siendo algunos de ellos: la asimetría de información, la tendencia a priorizar la salud sobre otros bienes, factores sistemáticos (edad, género, genética, etc), las creencias, el ingreso, el costo de oportunidad del individuo, principalmente. De los determinantes antes referidos, la investigación se centro en el ingreso.

Se identificó al bien salud como un bien normal, es decir, aquel cuya cantidad siempre cambiará en el mismo sentido en que el ingreso lo haga. Si el cuidado de la salud es un bien “normal”, entonces a mayor ingreso mayor demanda por cuidado.

Respecto a la demanda de servicios de salud en el estado de Guanajuato, se encontró que se ha incrementado debido principalmente al crecimiento poblacional, el cual se acompaña de un proceso de envejecimiento acelerado de la población; así como de la transición demográfica y el incremento acelerado en la afiliación de la población a los diferentes subsistemas de salud, y específicamente el Seguro Popular de Salud, lo cual conlleva a un conjunto de presiones hacia el Sistema de Salud que requieren de atención inmediata y oportuna; para lo cual se identificó como insumo clave para este sector contar con evidencia en materia del financiamiento del sistema de salud.

En este sentido, se revisó la asignación de los recursos para el funcionamiento de los servicios de salud dirigidos a la población no derechohabiente del país y particularmente

del estado de Guanajuato. En este análisis se encontró que la asignación de recursos proviene de dos fuentes de financiamiento: federal y estatal. La primera se integra por el

Ramo 12 denominado Salud que a su vez se compone de los recursos asignados a programas especiales, entre ellos el Seguro Popular, así como por el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) perteneciente al Ramo 33 denominado Aportaciones Federales. En tanto que las fuentes estatales se refieren al presupuesto que el estado asigna al gasto en salud. Ahora bien, la participación de cada fuente en el financiamiento en salud ha sufrido cambios como consecuencia del proceso de reforma al sector salud que se ha llevado a cabo desde 1995 al 2000. Fue justo en este período cuando se da mayor libertad a los estados en cuanto al manejo de los recursos.

Al respecto, el porcentaje del gasto público total con respecto al PIB nacional en el año 2007 fue de 3.07%, mientras que el porcentaje del gasto público en salud para la población no derechohabiente respecto al PIB fue de sólo el 1.3%. La participación del gasto público en salud por entidad federativa respecto al total tuvo mayor proporción en el Distrito Federal, Estado de México y Jalisco en 22, 8 y 6 por ciento respectivamente. Mientras que Baja California Sur, Tlaxcala y Colima tuvieron asignado menos del 1% del total del gasto federal. A Guanajuato le correspondió 3.4 por ciento.

La participación del gasto público en salud para la población no derechohabiente por entidad federativa respecto al total nacional tuvo mayor concentración en el Distrito Federal, Estado de México y Veracruz en 12.3, 9.9 y 5.3 por ciento respectivamente. Mientras que a Guanajuato le correspondió el 3.8 por ciento.

Respecto a la cobertura del FASSA, esta incluye a todas las entidades federativas y su monto se determina cada año en el Presupuesto de Egresos de la Federación tomando en cuenta el inventario de infraestructura médica y las plantillas de personal, lo que se utiliza para los cálculos de los recursos presupuestarios transferidos a las entidades federativas, con motivo de la suscripción de los Acuerdos de Coordinación para la Descentralización. En ese sentido, estos recursos tienden a tener un componente de presupuestos históricos, favoreciendo a las entidades con mayor capacidad instalada.

En este marco, surge la siguiente reflexión: la asignación del gasto de acuerdo con la capacidad instalada puede crear incentivos contrarios a la eficiencia, además de que limita la capacidad gubernamental de reasignar sus recursos a las áreas más estratégicas del sector, por ejemplo a programas de política sanitaria con una adecuada relación costo-efectividad.

Ahora bien, se observó que el gasto federal per cápita por entidad federativa para la población sin seguridad social es relativamente heterogéneo; esto derivado de que los estados de Baja California, Colima y Campeche reciben el mayor gasto federal per cápita con 3,419, 2,832 y 2,712 pesos respectivamente; a diferencia de lo que sucede en México, Michoacán y Puebla, con 1,139, 1,084 y 1,010 pesos respectivamente. Por parte del Estado de Guanajuato el gasto per cápita en salud para la población no asegurada fue de 1,369 pesos. Estas diferencias llevan a inferir que no existe una fórmula normativa para la participación de cada fuente en el financiamiento público de salud.

Para el caso de Estudio, el número de personas sin derechohabiencia, entre 2000 y 2005 mostró una tasa de crecimiento, mientras que hasta 2008 se observó una tendencia decreciente con respecto al total de la población del estado; esta situación pudo tener como principal factor la entrada en vigor del Seguro Popular.

Algunos antecedentes señalaron que el gasto total en salud respecto al PIB de Guanajuato fue de 3.4%, respecto al PIB nacional 0.01%. En tanto que el gasto en salud de Guanajuato respecto al gasto total nacional en salud fue de 3.4%, mientras que el gasto público para la población no asegurada con respecto al total fue de 46% en este estado. En cuanto al gasto público en salud para la población no derechohabiente el monto per cápita de Guanajuato en 2005 fue de 1,097 pesos por persona, éste monto se incremento a 1,589 pesos en 2007.

El porcentaje de gasto federal en salud con respecto al gasto total en salud para la población sin derechohabiencia se mantuvo casi constante (80%); mientras que la proporción del gasto federal que se financió a través del FASSA mostró una tendencia decreciente tal que en 2000 representaba el 82% del gasto en salud para las personas sin derechohabiencia y en 2007 tan sólo el 32% respectivamente. Por otro lado, la proporción del gasto del ramo 33 (FASSA) respecto del gasto federal en Salud de Guanajuato de 1999 - 2007 mostro una tendencia decreciente a partir de 2005. Mientras que la

proporción del gasto del ramo 12 respecto al gasto federal en salud de Guanajuato durante el periodo de 1999 -2007 reportó un aumento considerable.

Los factores que explican la creciente proporción del gasto del ramo 12 respecto del gasto federal y la del gasto del ramo 33 respecto del gasto en Salud son los procesos de descentralización y asignación directa a los estados para que puedan ejercer autónomamente sus recursos en materia de Salud.

En este contexto, se analizaron las fuentes de financiamiento dirigidos al sector salud, encontrándose que es necesario aumentar los recursos para la atención de la salud, reasignándolos hacia aquellas zonas con menores recursos y a proporcionar una cobertura más extensa del aseguramiento en salud, derivado de que las fuentes de financiamiento varían entre los estados y de que la integración del Fondo de Previsión Presupuestal y el Fondo para Gastos Catastróficos permiten subsanar y financiar los excesos de gasto cuando las necesidades de salud así lo requieren aunque no con la facilidad para mover los recursos como se necesita dado que ya existen lineamientos que estipulan el uso de estos recursos que representan el 11% de los recursos del Seguro Popular; dicho de otra manera, según la normatividad existen reglas establecidas para la integración del presupuesto que atenderá a la población sin derechohabencia, sin embargo, en el caso del programa Seguro Popular éstas limitan el ejercicio de los recursos sobretudo en el ámbito federal, mientras en los recursos estatales existe poca claridad en cuanto a la integración y en cuanto al ejercicio de los mismos.

Finalmente, es necesario identificar una serie de temas que pudieran ser retomados para futuras investigaciones, las cuales pudieran servir de complemento o retroalimentación al presente documento. Algunos aspectos a considerar podrían ser:

- La separación de la prestación y el financiamiento de los servicios de salud; con la participación de los diferentes actores e instituciones del sector salud, instituciones académicas y de la sociedad civil.
- La incorporación del sector privado en la oferta de servicios de salud y en la inversión en infraestructura.
- El desarrollo de la agenda legislativa para impulsar las modificaciones necesarias a la Ley General de Salud y a las Leyes de la Seguridad Social, y

- Fórmulas para garantizar un progreso gradual, pero a la vez incremental, integral y operativo; con una visión de calidad, equidad y progresividad; y con la legitimidad basada en investigación técnica y científica.
- El fortalecimiento de las líneas de acción de promoción y prevención de la salud que actualmente existen, principalmente entre la población más vulnerable.
- Una reforma financiera que no sólo busque alcanzar el acceso universal a la protección de la salud, sino también que garantice que éste sea de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

Ayala Espino, J. (1997) *Economía Pública: una guía para entender al Estado*; Facultad de Economía, UNAM México, p.144, 146 y 277.

Arredondo, A. and L. Recaman. (2003). "El financiamiento de la salud en México: algunas evidencias para las políticas del sector." *Salud Pública*, from http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/hitos/ediciones/23/original_arredondo.pdf.

Banco de México (2009). *Estadísticas de Remesas familiares por entidad federativa (flujo en dólares)*.

Barceinas, C. M. (2008). "Origen y funcionamiento del Ramo 33." Proyecto de Fortalecimiento de la Haciendas Públicas Locales, from http://www.e-local.gob.mx/work/resources/SPC/analisis_sintetico_ramo33.pdf.

Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (2009). *Presupuesto de Egresos de la Federación 2009 Función Salud*. H. C. d. Diputados. México, notacefp/015/2009: 4 p.

Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. (2006). "Ramo 33 Aportaciones federales para entidades federativas y municipios." *Serie de Cuadernos de Finanzas Públicas 2006*, from <http://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/cefp0362006.pdf>.

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (2005). *Programa Seguro Popular*. México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión: 113 p.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2008). *Investigación en Salud y Demografía, Evaluación de Consistencia y Resultados 2007*. México, CONEVAL: 247 p.

Consejo Nacional de Población. (2005). "Índice de marginación estatal y municipal." from www.conapo.gob.mx.

Consejo Nacional de Población. (2009). "Indicadores demográficos para los adultos mayores por entidad federativa, 2000-2030." *Anual, 2009*, from <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje03.pdf>.

Consejo Nacional de Población. (2009). "*Proyecciones de la Población de México, 2005-2050*." *Anual*, from http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=36&Itemid=234.

Diario Oficial de la Federación (2006). *Mecanismos para la contabilización de los recursos a integrar en la Aportación Solidaria Federal*, México: 3 p.

Frenk, J., E. González-Pier, et al. (2007). "Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México." *Salud pública Méx v.49 supl.1 Cuernavaca 2007*, from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000700007&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2008). Población Estatal Afiliada al programa IMSS-Oportunidades 2008. Anual. México, IMSS: 1 p.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (1999). "Superficie de la República Mexicana por Estados." 2009, from http://mapserver.inegi.gob.mx/geografia/espanol/datosgeogra/basicos/estados/gto_geo.cfm,.

Instituto Nacional de Salud Pública (2007). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud.

México-SSA. (2005). "Ley general de salud " DOF 24-02-2005.

México. (2009). "Lineamientos Generales de Aplicación de Recursos en Materia de Obra Pública y Operación de Programas de Inversión para el Ejercicio Fiscal de 2009.

Molina Salazar, E. and C. Carbajal. (2010). "Financiamiento del sistema de salud en México." from <http://www.imagendelgolfo.com.mx/resumen.php?id=150959>.

Moreno J., C. (2002). "La descentralización del gasto en salud en México: una revisión de sus criterios de asignación." Programa de Presupuesto y Gasto Público del CIDE, from <http://www.presupuestoygastopublico.org/documentos/salud/DT%2095.pdf>.

Nicholson, W. (1997) *Teoría Microeconómica: principios básicos y aplicaciones*; Mc Graw Hill, 6ª ed., México, pp. 290, 330, 365-366, 417-436.

Nigenda, G. (2005). "El seguro popular de salud en México: desarrollo y retos para el futuro." División de Programas de Desarrollo Social, from <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=1485608>.

Partida, B. V. (2005). Transición demográfica, bono demográfico y envejecimiento. . México, CONAPO.

Secretaría de Salud (1984). Ley General de Salud. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Última reforma en DOF 24-02-2005,: 172 p.

Secretaría de Salud (2005). Lineamientos para la medición de la Aportación Solidaria Estatal (ASE) del Sistema de Protección Social en Salud última modificación DOF 22/04/05: 3 p.

Secretaría de Salud (2007). Boletín de información estadística de salud. Vol. 27. México, SICUENTAS.

Secretaría de Salud (2008). *Acuerdo Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del SPSS*, DOF: 6 p.

Secretaría de Salud (2008). *Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)*. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. México, Secretaría de Salud: 204 p.

Secretaría de Salud (2008). Presupuesto 2008 en Salud,. Dirección General de Programación Organización y Presupuesto: 24 p.

Sistema Nacional de Información en Salud. (2009). "*Recursos Financieros.*" Gasto público, 2 de agosto de 2009, from <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/index.html>.

Tépach, R. (2008). *La asignación presupuestaria del gasto federalizado en México, por entidad federativa y ramos, 2000-2008*. Centro de documentación información y análisis. México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión: 133 p.

Varian, H. (1998) R. *Microeconomía intermedia: un enfoque actual*; Antoni Bosch, 4ª ed., España, pp. 488.