

Gasto público para servicios de salud en Sinaloa

Public expenditure for health services in Sinaloa

Nicolás Guadalupe Zúñiga Espinoza¹
Narce Dalía Reyes Pérez²

Recibido: 29 de septiembre de 2019 Aceptado: 30 de noviembre de 2019
DOI: <https://doi.org/10.33110/cimexus140209>

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es evidenciar la evolución del gasto público en salud, durante el periodo 1993-2017, para la población no asegurada en el Estado de Sinaloa, México. De esta forma se explora información de la economía de la salud que no ha sido investigada en esta entidad federativa. El presente estudio se basa en información desagregada, mediante la cual se hacen comparaciones de gasto público en salud respecto al Producto interno bruto estatal (PIBE), gasto público en salud respecto a gasto total y presupuesto del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA). Estos datos pueden ser útiles para los responsables de diseñar las políticas públicas de salud en Sinaloa. La muestra fue no probabilística, seleccionada en apego a los datos estadísticos y consulta de documentos que estuvieron disponibles. El hallazgo más importante es la práctica de reglas poco claras en la asignación de recursos, por lo que se sugiere la implementación de criterios transparentes en la distribución del gasto que efectúa la administración pública estatal hacia las unidades médicas que tiene la Secretaría de Salud (SS) en el territorio de Sinaloa.

Palabras clave: Gasto público, salud, servicios.

ABSTRACT

The objective of this work is to show the evolution of public spending on health, during the period 1993-2017, for the uninsured population in the State of Sinaloa, Mexico. In this way, information on health economics that has not been investigated in this federative entity is explored. The present study is based on disaggregated information, through which comparisons are made of public expenditure on health with respect to the State Gross Domestic Product (PIBE), public expenditure on health with respect to total expenditure and budget of the Contribution Fund for Health Services (FASSA). This data can be useful for those responsible for designing public health policies

¹ Profesor e investigador adscrito a la Universidad Autónoma de Sinaloa. Correo electrónico: nicozul@uas.edu.mx

² Doctorante del Doctorado en Gestión de las Organizaciones por la Universidad Autónoma de Nayarit. Correo electrónico: narda213174@hotmail.com

in Sinaloa. The sample was not probabilistic, selected in accordance with the statistical data and consultation of documents that were available. The most important finding is the practice of unclear rules in the allocation of resources, so it is suggested the implementation of transparent criteria in the distribution of the expenditure made by the state public administration towards the medical units that have the Ministry of Health (SS) in the territory of Sinaloa.

Keywords: Public spending, Health, services.

INTRODUCCIÓN

La intervención del gobierno es primordial en la financiación de los servicios de salud pública, pues ello permite proteger a muchas personas, sobre todo a los que no cuentan con seguridad social. Así, el estado, a través del instrumento de gasto público, tiene gran influencia sobre el campo de la salud. A este respecto, Rosen (2008) dice que entre sus atribuciones se encuentran permitir que los médicos ejerzan su profesión, ser dueño de hospitales, realiza campañas de limpieza del medioambiente, financia investigaciones para prevenir enfermedades y desarrolla programas de vacunación infantil.

En esta temática del gasto público para salud, dice Stiglitz (2000, p.363) “los servicios médicos son diferentes de la ropa, de las películas, de los automóviles y casi todos los demás bienes”. Y agrega que “muchos creen que no debe negarse la asistencia sanitaria a ninguna persona, otros dicen lo contrario, que el que tenga más dinero lo gaste en dicha asistencia sanitaria”. En México, como en otros países, los servicios de salud los presta el sector público y la iniciativa privada; para el caso del presente artículo se excluyen los oferentes privados, dado que solo se explora el gasto público del estado de Sinaloa.

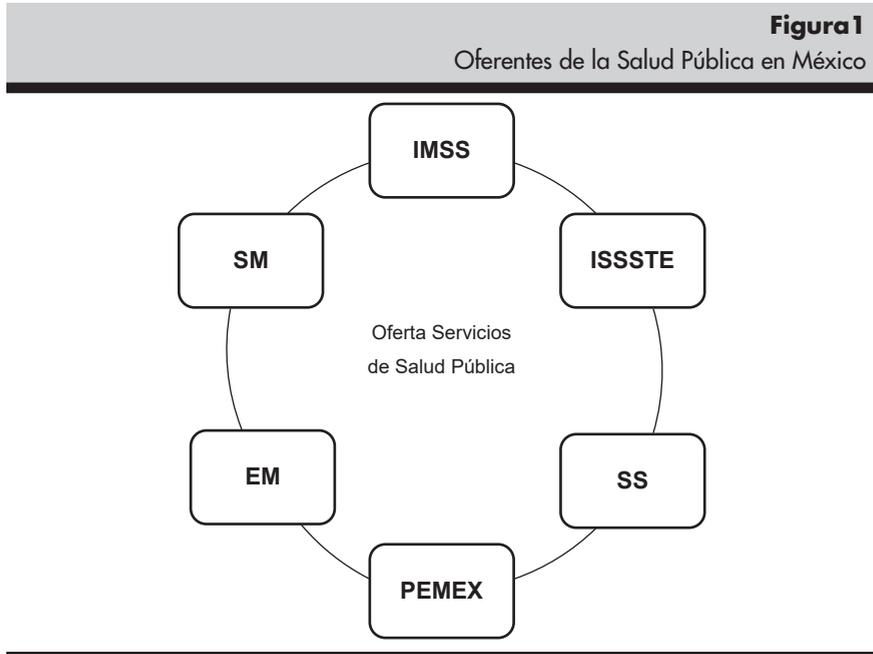
Las restricciones del gasto, para el caso de las instituciones de salud pública, como las de Sinaloa, atienden cada vez más derechohabientes que demanda servicio y atención, pero se enfrentan a limitantes de menor presupuesto, infraestructura, insumos y personal insuficiente para atender a dicha población. Ello genera que los trabajadores tengan sobrecarga de trabajo y realizan diversas tareas para coordinar los servicios de salud brindados a las personas.

En la actual administración pública federal, la limitante de recursos para este rubro continúa siendo un obstáculo. Por ello resulta interesante investigar cómo hacer más eficiente el gasto público en beneficio de la población. Las estadísticas de presupuestos consultados permitieron hacer un análisis descriptivo sobre dicha variable de la política fiscal.

OFERTA Y FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En la figura 1 se esquematizan los servicios de sanidad pública, las cuales, desde la visión microeconómica, son ofertados por el gobierno federal, a través

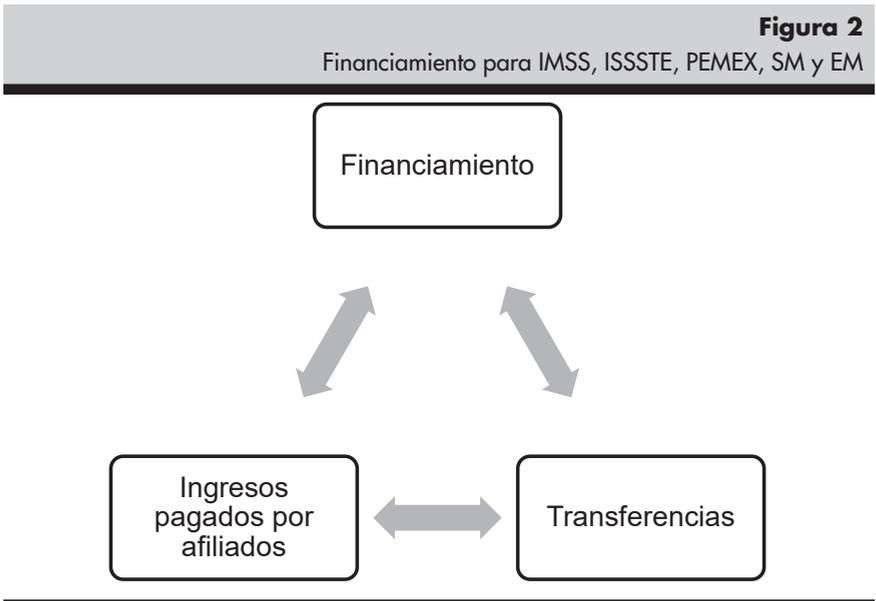
del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Secretaría de Marina (SM), Ejército Mexicano (EM), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Petróleos Mexicanos (PEMEX). Aunado a lo anterior, los dos niveles de gobierno (federación y entidades federativas), brindan este servicio mediante la Secretaría de Salud (SS).



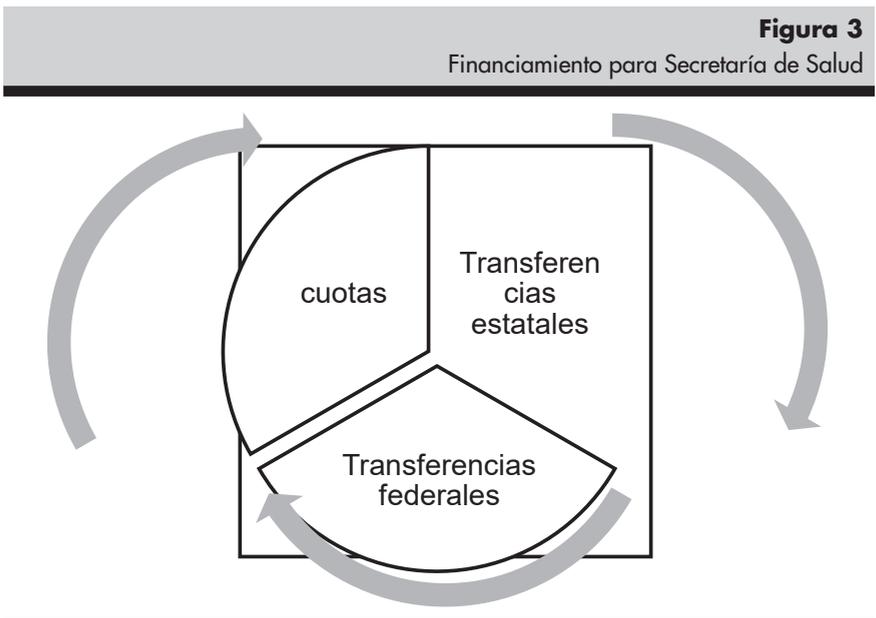
Fuente: elaboración propia en base a literatura

Respecto al origen del gasto público, para el caso de IMSS, ISSSTE, SM, EM y PEMEX, se financian solo con transferencias condicionadas del gobierno federal (no hay aportación por parte del gasto público de las entidades federativas) e ingresos pagados por los afiliados que cuentan con seguridad social (véase figura 2).

En lo referente al soporte del gasto para la SS, el servicio es financiado con transferencias condicionadas de gobiernos estatales, federal y cuotas de los beneficiarios (véase figura 3). Las personas que se atienden en la SS, su enfermedad, según Shah (2005) puede ir hasta la pérdida de ingresos por parte del individuo e incrementar los gastos relacionados con los servicios de salud.



Fuente: elaboración propia en base a literatura



Fuente: elaboración propia en base a presupuestos de salud estatal y federal.

CONTEXTO

Para dar soporte y ubicación en el espacio a este trabajo de investigación sobre gasto público en salud, debe referenciarse el marco contextual que hoy se

desenvuelve México, visto por actores institucionales, tanto desde el exterior como del interior de nuestro territorio. A este respecto, de acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2016):

Diez años después de la introducción del sistema de seguro universal de salud financiado públicamente, el Sistema de Salud de México se encuentra en una coyuntura crítica. Sin duda, algunos indicadores de salud y del desempeño del sistema de salud han mejorado: las personas que antes no estaban aseguradas ahora usan los servicios más seguido, mientras que los datos indican que el gasto empobrecedor en salud ha bajado de 3.3% a 0.8%. La mortalidad infantil cayó a 13.0 muertes por 1, 000 nacidos vivos en 2013, una reducción de 38% desde el 2000. (pp. 8-9)

Referente al gasto público en salud para nuestro país Curcio, Goldschmit y Robba (2012) concluyeron:

La distribución de beneficios depende de la institución y del tipo de atención brindada (primaria, maternal, hospitalaria). En términos generales, el financiamiento público de los servicios de salud para quienes no cuentan con seguro de salud es altamente progresivo, mientras que para quienes poseen un seguro, se presenta un sesgo regresivo en términos absolutos, coeficientes de concentración -0,243 y 0,430, respectivamente. (p.79)

En referencia a las diversas opiniones sobre el campo de la gestión pública en materia de salud, al momento de estar realizando este trabajo, el Presidente de México, Andrés Manuel López Obrador, ha hecho declaraciones sobre esta problemática. Al respecto, en la presentación del Nuevo Sistema de Salud Pública, afirma:

Es lamentable el estado en el que se encuentra el Sistema de Salud Pública en el país, se invertirán 90 mil millones de pesos para mejorarlo. En una primera etapa se incluirán ocho estados para los cuales se destinarán 25 mil millones de pesos. El Seguro Popular es evidente que no ha funcionado, ni es seguro ni es popular, y va a ser sustituido por un Sistema de Salud Pública que garantice atención médica de calidad. (Excélsior, 14/12/2018)

Es importante remarcar esto porque desde la visión de la economía de la salud, este mercado tiene imperfecciones que requieren intervención del Estado, dado que los servicios otorgados por instituciones de salud pública no buscan fines de lucro³, mientras que las firmas privadas (empresas), desde luego que atienden a los pacientes, pero bajo un costo financiero al que solo pueden tener acceso las personas que tienen ingresos suficientes para solventar

³ Por ejemplo, al concluir el año 2019, el programa IMSS-Prospera habrá ejercido 11 mil 893 millones de pesos para personas que no tiene seguridad social y viven en medio rural y zonas urbano-marginadas.

dicho servicio, es decir, las mueve los negocios, el lucro. No está por demás recordar que, en este país, más de la mitad de la población no cuenta con un empleo formal y, por ende, no tienen seguridad social. Ello es un verdadero problema de inequidad para la población.

También debe comentarse que prácticas corruptas, en materia de salud, se han dado en varias entidades federativas de México. Por ejemplo, en Tabasco, el exgobernador Granier fue informado sobre los malos manejos financieros en el rubro de salud y no corrigió esas anomalías. La Procuraduría General de Justicia de Tabasco informó que “se halló un daño en la Secretaría de Finanzas por un monto superior a los 9 mil 887 millones de pesos” (El Porvenir, 11, diciembre, 2013, p. 2).

LA POLÍTICA FISCAL EN LA SALUD

Desde el campo de la política fiscal, en México, se han realizado estudios por expertos de la medicina sobre gasto de bolsillo (GB) en salud, evidenciando que dicho gasto es menor cuando no se requiere hospitalización (Salinas-Escudero, et al, 2018). También la aplicación de impuestos para reducir la obesidad y enfermedades cardiovasculares (Barrientos-Gutiérrez, et al, 2018). En ese tenor, el presente trabajo se aborda desde una visión económica, por lo que su objetivo es hacer una revisión descriptiva sobre el gasto público en salud para la población no asegurada, en el estado de Sinaloa, correspondiente al periodo 1993-2017. En la consulta de antecedentes de trabajos empíricos, para este país, generalmente abarca estudios a nivel nacional, existiendo pocos estudios de caso de entidades federativas, por lo que está fue una de las justificantes para explorar la variable de gasto en salud en Sinaloa.

La insuficiencia de presupuesto de gasto público para la salud es uno de los principales problemas que afectan la cobertura universal. Esta fue una, de varias razones, por las que en 2014 se implementó el impuesto a bebidas azucaradas (Barrientos-Gutiérrez, 2018). Ante dicha restricción presupuestal, surge la interrogante para abordar un estudio de caso, ¿cuál ha sido la evolución del gasto público en salud para la población no asegurada en Sinaloa? Dicha pregunta es la guía para realizar dicho trabajo, por lo que no existe hipótesis al respecto.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Partiendo del campo de la política fiscal, y no de desde los expertos de la salud, la descentralización fiscal juega un papel importante en el gasto público para este rubro, la cual se define como “la transferencia de autoridad presupuestaria del gobierno central hacia los gobiernos subnacionales” (Bahl, 2009, p. 10). Un estudio reciente (Cavaliere and Ferrante, 2016), sostiene que la descentralización del gasto público en salud permite que los gobiernos locales disminuyan la tasa de mortalidad infantil.

En razón que los mercados privados de servicios de salud son caros, el estado puede ofertarlos. Entre ellos Shah (2005, p.157) dice que a menudo incluyen servicios clínicos de bajo costo con beneficios mayormente privados, para asegurar que los pobres tengan acceso a niveles mínimos de servicios de salud, los cuales pueden ser gratuitos.

El debate sobre los determinantes del gasto público que plantea mejorar las condiciones de salud de la población, hasta hoy, no se manifiesta consenso si el incremento del gasto público mejora la salud, o bien, si mejores condiciones de salud quitan presión al gasto público. Así, para Chang y Yung-Hsiang (2006) y Adeniyi y Abiodun (2011), no hay un nivel de gasto que sea suficiente para cubrir sus necesidades, pero si puede analizarse qué tan eficiente ha sido dicho gasto para mejorar la salud de las personas.

En sintonía con lo anterior, entre los primeros autores que relacionan la salud con el nivel de ingreso de las personas, se tiene a Mushkin (1962), afirmando que un bien de salud posee una doble característica. En primer término, dice que las personas sanas son más productivas y alcanzan más altas remuneraciones salariales; segundo, mejores salarios permiten pagar un mejor nivel de atención médica. Aunado a lo anterior, Fuchs (1972) establece la relación inversa, debido a que primero es necesario aspirar a mejores niveles de salud y, posteriormente, las personas son más productivas.

Dando continuidad al vínculo entre el gasto público y la salud, Grossman (1972) dice que la salud es un bien de consumo, o sea, la demanda de atención de servicios de salud, medicamentos y demás bienes y servicios que las individuos están dispuestas a comprar para recuperar su nivel de salud y, posteriormente, como un bien de inversión mediante la parte del tiempo que las familias dediquen a prevenir, atender e incrementar su salud, tales como realizar ejercicio, alimentarse sanamente y acudir al médico.

Van Zon y Muysken (2003) hacen un aporte teórico, mediante un modelo que optimiza los recursos públicos de la atención a la salud para minimizar los recursos a la curación, sobre todo para la vejez. Por ello dividen los servicios en atención curativa y preventiva. Acemoglu y Jhonson (2007), dicen que el incremento en los gastos públicos gubernamentales destinados a la salud, aunado a los avances en la ciencia y la tecnología biomédica han reducido las tasas de fertilidad y mortalidad.

Hay enfermedades que pueden presionar por un mayor gasto público para que las personas recuperen su salud o no se enfermen. Hamoudi y Sachs (1999) dicen que hay tres elementos que provocan enfermedades: efectos de largo plazo, impactos demográficos y enfermedades endémicas. Aquí solo se hace referencia a la clasificación de largo plazo, identificada como problemas ocasionados por la malnutrición que tiene efectos tanto en los niños como en los adultos. Una mala nutrición, desde la infancia, condiciona la capacidad física y el ingreso monetario en el futuro, lo que también lleva a presionar una mayor demanda por gasto público.

En una investigación realizada por Adeniyi y Abiodun (2011) para Nigeria se evidenció que el incremento del gasto público fue positivo para mejorar la salud. En tanto que para Chang y Yung-Hsiang, (2006) en un trabajo realizado para algunos países de la OCDE, arrojaron que el gasto público tuvo una mayor tasa de crecimiento respecto a la tasa del producto interno bruto (PIB) de cada una de las economías de dichas naciones.

Otros autores como Rao, Jani y Sanjivee (2009) dicen que incrementos del gasto público en salud y PIB *per cápita* son útiles para mejorar la calidad de vida. Asimismo, Elmi y Sadeghi (2012), en trabajo realizado para 20 naciones encontraron evidencia positiva entre el gasto público en salud y el crecimiento del PIB en sus economías. Por su parte Tang (2012) en una investigación realizada en Malasia, dice que el nivel de gasto público en salud es muy relevante para la calidad de vida de las personas.

En un artículo sobre gasto en salud en México, Pinzón, *et al* (2014, p. 6) llega a la conclusión que “la inversión financiera realizada por ente federal parece ser más efectiva para fortalecer las condiciones de salud de la población que la inversión realizada por el ente estatal”. En la actual administración pública federal de este país hay indicios que se quiere volver a centralizar la administración de la salud.

En este campo del gasto público en salud, expertos (Kuipers, Yesilkagit y Carroll, 2017, p. 264) sostienen que, casi en la mayoría de los países, las organizaciones del sector público “compiten brutalmente por los limitados recursos gubernamentales, sufren de cambios políticos y ambiciones ejecutivas de cada nuevo titular”

En el mismo tenor, parafraseando a un autor clásico, Stiglitz (2000), en México el gasto en salud pública se ve presionado por los excesivos costos, limitados presupuestos públicos (sobre todo de los gobiernos locales) y que un gran porcentaje de la población no posee coberturas de seguros médicos. Así, las personas que laboran en la economía informal con ingresos mal remunerados y que no poseen seguro, acuden a instituciones públicas de salud a que se les presten servicios sanitarios, generando mayor presión sobre el gasto público.

Por último, en esta sección, después de la revisión del estado del arte sobre gasto público en salud, es necesario referirse al marco normativo mediante el cual se dispersan las transferencias condicionadas para beneficio de las personas que no cuentan con seguridad social en dicha entidad del noroeste del país. El instrumento para distribuir dichos recursos es la Ley de Coordinación Fiscal (LCF, 2018).

A través de ella, se hacen llegar los recursos para ofertar los servicios de salud en las entidades federativas mexicanas y favorecer a la población que no cuenta con seguridad social. Pero ese gasto va condicionando al cumplimiento de los objetivos que establece la ley para cada uno de los fondos. De los ocho fondos, es de nuestro interés investigar el denominado Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (denominado en lo sucesivo FASSA).

Los artículos 29, 30 y 31 de la LCF (2018), establecen los criterios mediante los cuales se distribuye el FASSA para las entidades federativas mexicanas, entre ellas Sinaloa. A este respecto, el artículo 29 dice que “los recursos del FASSA, lo recibirán Estados y el Distrito Federal para dar cumplimiento a los artículos 3o., 13 y 18 de la Ley General de Salud” (LCF, 2018, pp. 30-32).

PROBLEMA

No existe antecedente de investigación académica sobre los recursos del FASSA en el país, mucho menos en las entidades federativas⁴. En ese tenor, se decide explorar este tipo de transferencias condicionadas para gasto en salud en Sinaloa, correspondiente a un periodo de 25 años. Al realizar la búsqueda de gasto asignado por hospitales públicos, dependientes de la Secretaría de Salud (SS), no se encontró que dichos recursos se presupuesten para cada clínica de salud. Ni siquiera se tiene datos de su distribución por municipio⁵. Estudios sobre el financiamiento de la salud pública en México, concluyen que la mitad del gasto los realizan las personas mediante erogaciones de bolsillo de los hogares (Knaul, 2018). Adicionar que una mayor tasa de natalidad genera una mayor demanda de servicios de salud, lo cual también presiona al gasto público.

En ese tenor, este trabajo no contiene hipótesis y se guía por la siguiente pregunta de investigación. ¿Los recursos del FASSA se asignan conforme a las necesidades y presiones que tienen para prestar dichos servicios de salud? Dicho cuestionamiento se convierte en un reto para encontrar datos sobre este tipo de gasto público.

METODOLOGÍA

Respecto a la ruta metodológica a seguir, primero se hizo una revisión de la literatura sobre el gasto público. Posteriormente, mediante el método descriptivo y análisis de documentos, se consultó la normatividad que rige la distribución de transferencias para la salud, en especial para la población sin seguridad social. Mediante un análisis sistemático de los montos de las transferencias provenientes del gobierno federal para Sinaloa, fue posible determinar la evolución de dicho gasto durante un periodo de 25 años (1993-2017).

Asimismo, se procedió a la búsqueda de estadísticas en la base de datos del Instituto Nacional de Salud (INS), transferencias fiscales de la página de la SHCP, Diario Oficial de la Federación, presupuesto a ejercer por la Secretaría de Salubridad y Asistencia en municipios de esta entidad federativa, tasa de natalidad del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INE-

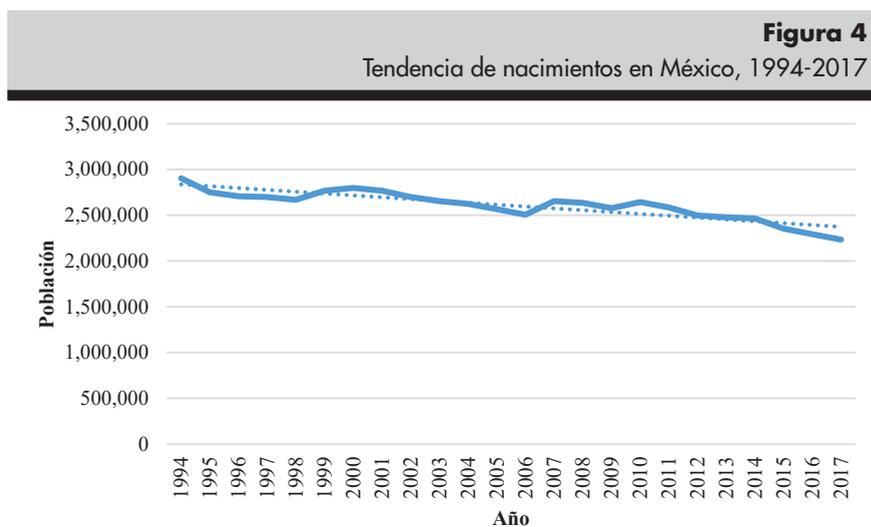
⁴ En México se han hecho investigaciones sobre gastos de bolsillo en adultos mayores por Salinas-Escudero Guillermo, et al (2019), pero no sobre la distribución del FASSA para el caso de una sola entidad federativa, lo cual es una aporte, a pesar de los pocos datos que se tuvieron disponibles.

⁵ Ante la ausencia de estos datos estadísticos, se entrevistó a personal, de manera anónima, que ejerce dicho presupuesto y afirmaron que no poseen ese dato por municipalidad ni por hospital.

GI) y fuentes de financiamiento del gasto público en salud para Sinaloa. Entre los documentos revisados se encontró la Ley de Coordinación Fiscal (LCF, 2018), la cual establece los mecanismos mediante los cuales la federación distribuye los recursos del FASSA a todas las entidades federativas de México. Este trabajo se desarrolló durante un periodo de siete meses.

RESULTADOS

El gasto en salud pública es presionado cuando crece la tasa de natalidad en cualquier país y no se tiene un esquema para incrementar los ingresos públicos. En sintonía con lo anterior, se exploraron las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019), desde 1994 al 2017, donde la tasa de crecimiento de nacimientos muestra una tendencia a la baja. Así, al comparar cifras del año 2017, respecto a 1994, a nivel nacional hay una caída del 23 por ciento (véase figura 4).



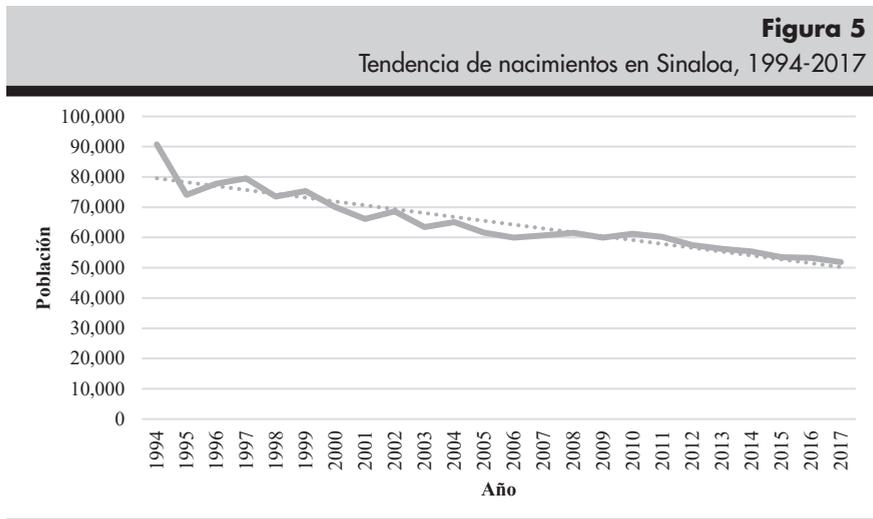
Fuente: Elaboración propia en base a datos de INEGI, 11 de junio de 2019

En el caso del estado de Sinaloa, es más pronunciada la disminución de nacimientos, dado que se registró una tasa también negativa del 43 por ciento, es decir, 20 puntos más que la registrada a nivel nacional (véase figura 5).

En referencia a la evolución de un periodo de 24 años (1994-2017), las tasas de nacimiento nacional y estatal registraron caídas del 23 y 43 por ciento, respectivamente. Sin embargo, una de las principales carencias que afectan a este tipo de población es que no tienen acceso a la seguridad social, dado que los jefes de familia⁶ están desempleados o, a lo máximo, poseen un empleo en

⁶ Jefatura económica pertenece al miembro de la familia que percibe el mayor ingreso por su trabajo según INEGI

la economía informal. A este respecto, al dar a conocer el Programa de Salud Pública, el presidente de México, Andrés Manuel López Obrador dijo “queremos es integrar a los sistemas de salud y comenzar dando atención especial a la población que no tiene seguridad social a los que no son derechohabientes; estamos hablando de más de la mitad de la población. Y coincide que es la población más pobre” (Excélsior, 14/12/2018).

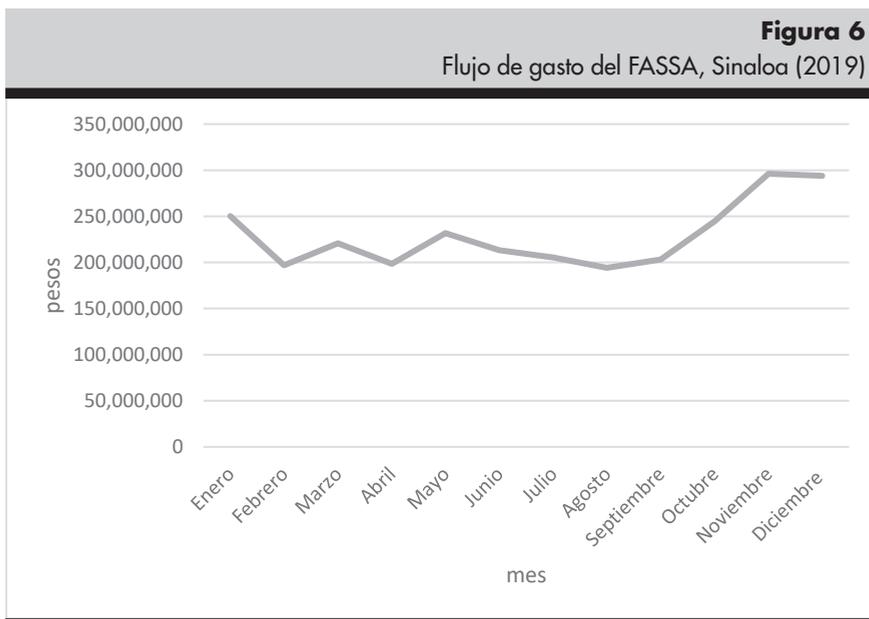


Fuente: Elaboración propia en base a datos de INEGI, 11 de junio de 2019

DEBATE POR GASTO EN SALUD.

El debate por el gasto público en los diferentes rubros de salud, educación, infraestructura y todos los demás renglones que se presupuestan en México, gira en torno a la exigencia que se le incrementen recursos cada año. Sin embargo, en este ejercicio fiscal de 2019, fue complicado en materia presupuestal. Para el próximo año (2020) se anunciaron 40 mil millones de pesos adicionales para el sector salud (El financiero, 16/08/2019). Lo anterior es una buena noticia, pero creo que, aun así, debe mejorarse la forma en cómo se gastan dichos recursos para que tenga un buen impacto en la calidad de vida de la población. En dicho escenario es relevante revisar, para este trabajo, el presupuesto del FASSA para Sinaloa, en relación al PIB, al gasto público total, fuente de financiamiento, gasto per cápita y estimación de recursos por municipalidad.

De esta forma, después del análisis descriptivo de algunas variables y, ante la inexistencia de cifras del FASSA por Hospital pertenecientes a la SS y datos de gasto por municipio, se procedió a tomar el presupuesto total de 2019 para Sinaloa y a partir de ello se hizo una estimación por municipio. Lo anterior en base a la tasa de población sin seguridad social. Esta entidad federativa, al concluir el ejercicio fiscal de 2019, recibirá 2 mil 748 millones de pesos por concepto del FASSA, cuya tendencia del flujo mensual se observa en la figura 6



Fuente: elaboración propia en base a consulta en Diario Oficial de la Federación, publicado 21 de enero de 2019

Dichos recursos se ministran mensualmente por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público a la Secretaría de Administración y Finanzas (SAF) de la citada entidad federativa del noroeste de México. Luego la Subsecretaría de Administración de la entidad lo dispersa a los hospitales y centros de atención médica de la SS para otorgar los servicios de salud demandados en los 18 municipios de este territorio, llevándose la mayor parte del presupuesto la ciudad capital de Culiacán. Y es que una gran parte de jornaleros de otras entidades federativas laboran en los campos agrícolas de este municipio, por lo que tiene que brindárseles servicios de salud pública.

Los recursos del FASSA se aplican por la SS, donde se atiende a la población sin seguridad social. De acuerdo a la estimación que se hizo para este trabajo, tomando el factor poblacional, la capital sinaloense se llevaría la mayor parte del presupuesto, un 26 por ciento, equivalente a 715 millones de pesos; Mazatlán con 13 por ciento, es decir, 360 millones; mientras que Guasave y Ahome les corresponderían 347 y 340 millones, respectivamente. El municipio de Cosalá sería quien recibiría la menor cantidad de recursos con solo 28 millones de pesos. (Obsérvese figura 7)

El presidente de México respecto a la demanda de basificar a empleados del sector salud dijo “vamos a empezar con 6 mil, primero los que tienen de 10 años hacia adelante, los que tienen más antigüedad, se van a basificar desde ahora”. López Obrador se comprometió a otorgar bases a más de 80 mil trabajadores eventuales del sector salud. Parte de los recursos para esta tarea vendrán del aumento de 40 mil millones de pesos propuesto en el Proyecto de

Tabla 1

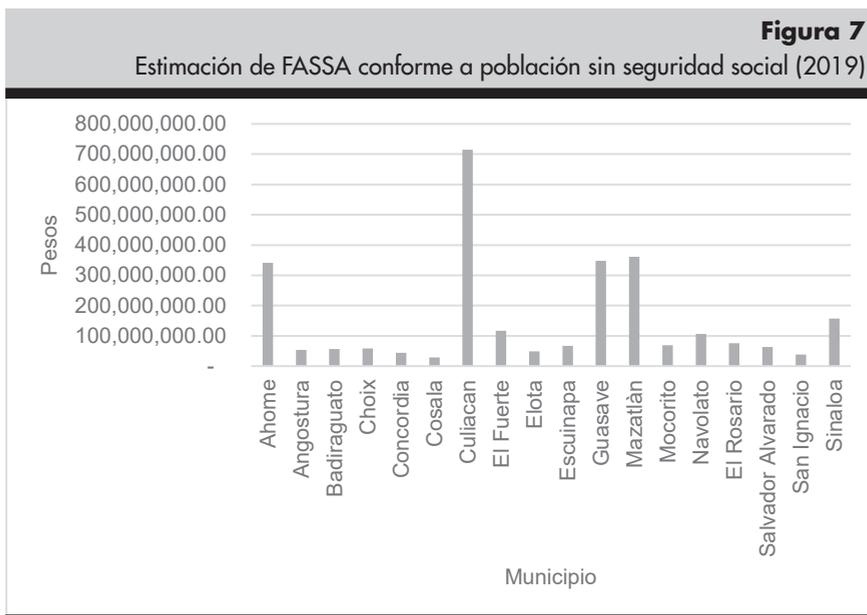
Estimación de recursos del FASSA a población sin seguridad (2019)

Municipio	Población sin seguridad social (a)	Tasa de población sin seguridad social respecto al total (b)	Estimación de gasto público (FASSA) conforme a población (axb)
Ahome	167,063	0.124	340,793,186.34
Angostura	26,315	0.0195	53,680,184.71
Badiraguato	27,771	0.0206	56,650,291.08
Choix	28,589	0.0212	58,318,936.00
Concordia	21,615	0.016	44,092,616.10
Cosalá	13,845	0.0103	28,242,529.25
Culiacán	350,634	0.2602	715,261,177.52
El Fuerte	57,513	0.0427	117,321,241.24
Elota	23,945	0.0178	48,845,602.24
Escuinapa	32,720	0.0243	66,745,796.84
Guasave	170,422	0.1265	347,645,238.04
Mazatlán	176,845	0.1312	360,747,568.51
Mocorito	34,014	0.0252	69,385,438.07
Navolato	52,339	0.0388	106,766,756.13
El Rosario	37,152	0.0276	75,786,670.05
Salvador Alvarado	31,037	0.023	63,312,631.31
San Ignacio	18,783	0.0139	38,315,596.03
Sinaloa	76,827	0.057	156,720,028.54
Total	1,347,429	1	2,748,631,488.00

Fuente: elaboración propia en base a consulta de población sin seguridad social. Este último dato se tomó de la subdirección de Recursos Financieros de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en Sinaloa, el día 9 de julio de 2019

Presupuesto de Egresos de la Federación para el sector salud (El Financiero, 21 septiembre 2019).

De acuerdo a lo anterior, a lo menos se empieza a dar atención a la carencia de médicos y enfermeras, particularmente en las zonas rurales marginadas. Ante dicha restricción presupuestaria, el gasto del FASSA deberá centrarse en mejorar la eficiencia de la atención de salud. Ello para que la intervención del estado logre mejores resultados e implemente políticas en beneficio de la población que demanda servicios de salubridad.



Fuente: elaboración propia en base a tabla 3

DESEMPLEO Y POBREZA

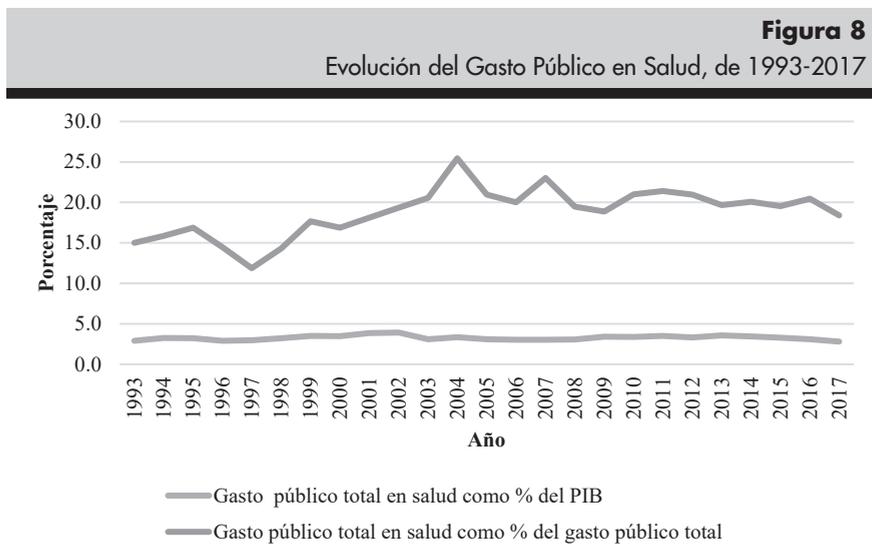
El gasto público en salud lo demanda la población que se encuentra en estado de pobreza ya que tienen nulo o escaso ingreso. Un jefe de familia con bajos ingresos tiene dificultades para financiar compra de medicamentos y costear consultas para sus descendientes. Aunado a lo anterior, no tienen una nutrición adecuada o a una educación de calidad. De acuerdo a la UNICEF (2019):

Una de las principales carencias que afectan a la población de 0 a 17 años es el acceso a seguridad social. Ello se debe en parte a la alta tasa de empleo informal en el país y a que muchas familias no tienen acceso a programas de protección social.

Aunque en Sinaloa es menor la marginación que otras entidades del sur del país, poco más de 1 millón 300 mil personas no tienen acceso a la seguridad social, según la Secretaría de Salubridad y Asistencia en Sinaloa (SSA, 2019). El desempleo o quienes laboran en la economía informal tienen carencias. El salario que perciben no les alcanza para cubrir gastos en consultas médicas, tampoco para hospitalización en caso de requerirse y compra de medicinas. Por ello muchas familias incurren en gastos catastróficos e hipotecan sus bienes inmuebles para poder saldar adeudos por servicios de salud que hayan tenido que prestárseles en hospitales privados.

LA EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

Como se observa en la figura 8, al analizar el periodo 1993-2017, el ejercicio fiscal de 2002 tuvo el mayor presupuesto para salud al representar 3.9 por ciento respecto al Producto Interno Bruto Estatal (PIBE). En el mismo tenor, durante el año 2004 se destinó el 25.5 por ciento del total de presupuesto hacia el sector salud de esta entidad federativa.



Fuente: Elaborada en base a datos del Instituto Nacional de Salud Pública, consultado el 19 de junio de 2019

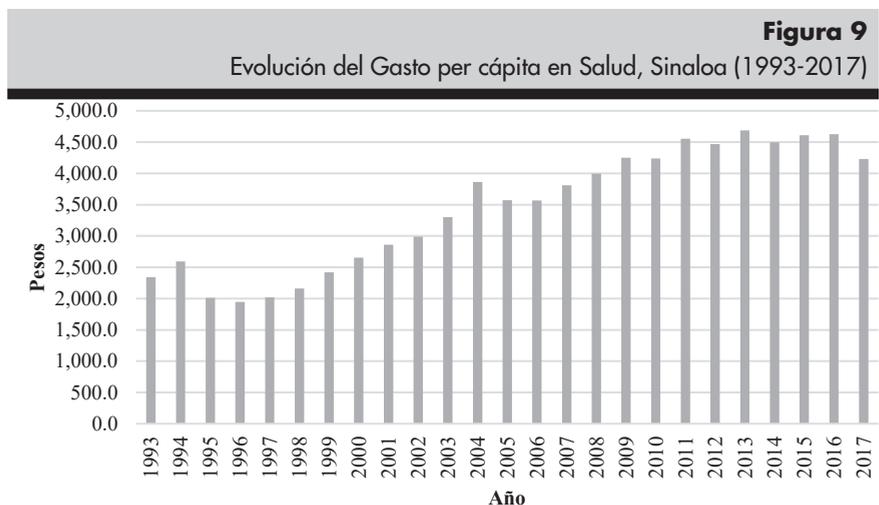
Durante el ejercicio fiscal de 2013 fue cuando se destinó el mayor gasto por cápita a salud por un monto de 4 mil 688 pesos y el menor fue el año 1996 por una cifra de mil 900 pesos por persona. Estas cifras expresan de manera global tanto a la población con y sin seguridad social para el estado de Sinaloa.

Desglosando el análisis, en 1999 el promedio de gasto para quienes contaban con seguridad social era de 2 mil 806 pesos, mientras que para los que no tenían seguridad era de un mil 573 pesos; para el año 2017 estas cifras de gasto crecieron a 4 mil 838 y 3 mil 478 pesos, respectivamente.

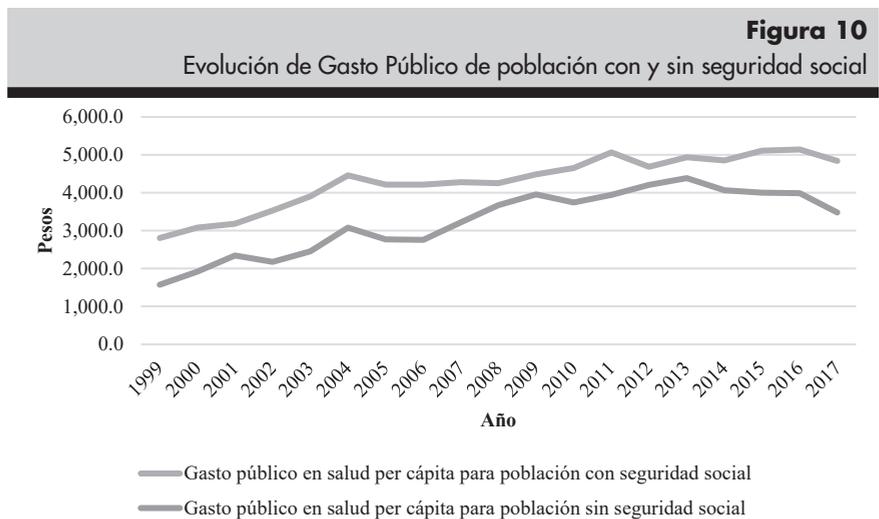
Es relevante el peso que tienen las fuentes de financiamiento que garantice la oferta de los servicios de salud públicos demandados en Sinaloa. La intervención del Estado en la prestación de este servicio busca ofrecer acceso universal de salud a las personas, sin depender del salario mensual en el momento que el individuo o familia requiera atención médica.

De acuerdo a como opera el Sistema Nacional de Coordinación Fiscal en México, la mayor parte de la recaudación de ingresos la efectúa el más alto nivel de gobierno, el Federal, pero que en la práctica es más bien centralizado. Por ello, en la financiación del gasto en salud pública para Sinaloa proviene de transferencias federales y una menor parte de ingresos propios de las entidades federativas.

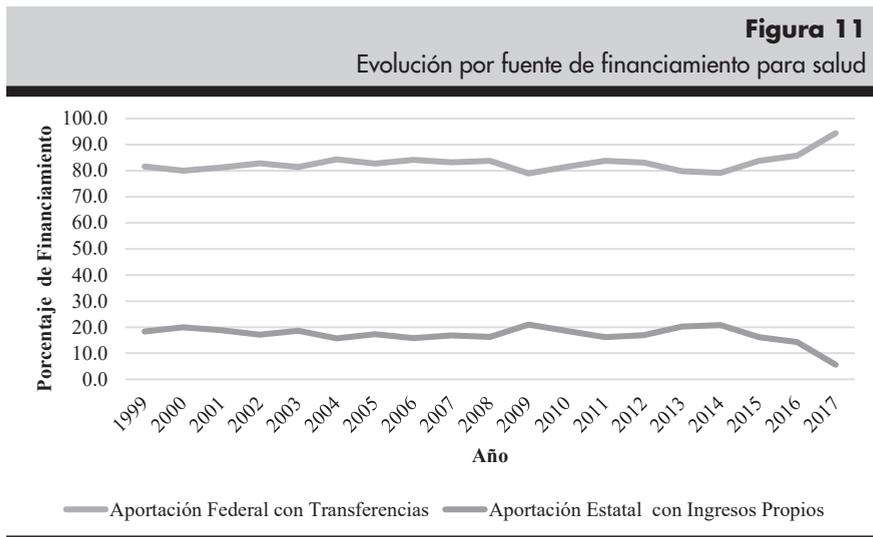
En la figura 11 se observa que en el año de 1999 las transferencias constituyeron el 82 por ciento de los recursos ejercidos en salud pública, mientras que el 18 por ciento fue con recursos de la hacienda pública de Sinaloa. El año 2009 fue cuando el estado de Sinaloa hizo su máxima aportación con 21 por ciento del gasto total, el restante 79 por ciento le correspondió a la federación. El punto extremo fue el año 2017, donde el gobierno federal hizo su máxima aportación al gasto con el 94.4 por ciento del gasto total.



Fuente: elaboración propia en base a datos del Instituto Nacional de Salud Pública, consultado el 19 de junio de 2019



Fuente: elaboración propia en base a datos del Instituto Nacional de Salud Pública, consultado el 19 de junio de 2019



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Instituto Nacional de Salud Pública, consultado el 19 de junio de 2019

DISCUSIÓN

A pesar de haber consultado a informantes clave sobre la asignación de los recursos del FASSA para conocer las cifras de gasto asignada por hospitales y centros de salud en el estado de Sinaloa, no fue posible que nos las proporcionaran. La explicación que dieron es que el gasto va asignándose de acuerdo a las necesidades de cada hospital. Por ello se procedió a tomar el presupuesto total de 2019 para Sinaloa y, a partir de ello, se estimó para cada municipio, tomando como base a la tasa de población sin seguridad social.

En ese tenor, si no pudo obtenerse el presupuesto asignado por unidad médica de la SS, mucho menos se cumplió con la aspiración de tener el gasto desagregado por servicios preventivos, curativos y bienes de salud pública. Y es que desde la visión de la eficiencia del gasto público, lo ideal sería que los recursos públicos se utilicen para maximizar resultados con el mínimo uso de insumos. Desde luego, ante los escasos de recursos, pudieran diseñarse un paquete de programas de salud preventiva.

Aunado a lo anterior, a pesar de que la tasa de nacimientos en Sinaloa muestra una tendencia descendente y que tiene menor marginación que otras entidades del sur del país, se encontró evidencia de que más de 1 millón 300 mil personas no tienen acceso a la seguridad social (SSA, 2019). Desde luego, el no tener empleo y encontrarse en la economía informal, es un indicador de que el salario que perciben no les alcanza para cubrir gastos de bolsillo en consultas, medicamentos y mucho menos poder financiarse una hospitalización en caso de requerirse. Por ello muchas familias incurren en gastos catastróficos e hipotecan sus bienes inmuebles para poder saldar adeudos por servicios de salud que hayan tenido que prestárseles en hospitales privados.

Respecto a la tendencia del gasto público en salud por el periodo 1993-2017, el año 2002 registró el mayor presupuesto para salud con 3.9 por ciento respecto al PIB. Por su parte, en el año 2004 se destinó el 25.5 por ciento del gasto público total ejercido en esta entidad federativa.

La financiación del gasto en salud pública, en México, proviene de transferencias federales y una menor parte de ingresos propios de las entidades federativas. Esto se corroboró mediante las estadísticas consultadas. Por ejemplo, en el año de 1999 las transferencias constituyeron el 82 por ciento de los recursos ejercidos en salud pública y el restante 18 por ciento fue aportado mediante ingresos propios de la hacienda pública de Sinaloa. El ejercicio fiscal donde se manifestó la mayor financiación proveniente del gobierno central fue el año 2017, pues este hizo su máxima aportación al gasto en salud con el 94.4 por ciento del gasto total.

CONCLUSIONES

No hay una asignación de recursos del FASSA por hospital y centros de salud en Sinaloa. Por ello, de acuerdo a las estimaciones realizadas en el presente trabajo, tomando como base de distribución el factor poblacional, Culiacán, capital sinaloense, le corresponderá, durante 2019, la mayor parte del presupuesto con un 26 por ciento, equivalente a 715 millones de pesos. Luego le seguirá Mazatlán con 13 por ciento, es decir, 360 millones; mientras que Guasave y Ahome les corresponderían 347 y 340 millones, respectivamente. El municipio de Cosalá sería quien recibiría la menor cantidad de recursos con solo 28 millones de pesos, en razón de ser el que tiene menor población.

Al concluir el presente trabajo, la Cámara de Diputados acaba de aprobar la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (ISABI), sustituyendo al Seguro Popular. El propósito, según el gobierno federal, es que los beneficiarios no paguen ninguna cuota de recuperación. También se afirma que destinarán, en cada ejercicio fiscal, una mayor cantidad de presupuesto respecto el año anterior, a lo menos actualizado por factor inflacionario. Aunado a ello, también compromete a que las entidades federativas, con recursos propios, deberán efectuarán aportaciones de acuerdo al número de derechohabientes, servicios prestados y medicamento entregado. En realidad, esto es un verdadero reto para el gasto público, cuyo desempeño se podrá observar y vivir en los próximos años. De hecho podrá ser una nueva línea de investigación para los estudios de la economía pública enfocada al financiamiento de la salud.

Los recursos del FASSA continuarán siendo un recurso alternativo para las familias que no cuentan con seguridad social al momento de enfermarse. Con esta fuente de recursos se busca la cobertura universal de los servicios de salud. Sin embargo, en el análisis realizado de los documentos y estadísticas de gasto para Sinaloa, se observa la práctica de reglas poco claras en la asignación de recursos. En concreto, debe transparentarse la forma y los criterios me-

dian­te los cuales se asig­na el pre­supuesto de salud hacia los 18 mu­ni­cipios y/o jurisdicciones sanitarias de Sinaloa. Este puede ser un elemento que impulse la ren­dición de cuentas hacia los electores locales.

Se dice que depen­diendo en el lugar donde viven las personas será la buena o mala calidad de los servicios públicos. Se considera que la financiación del gasto público en servicios de salud para la población es un aspecto único y relevante para el desarrollo de una sociedad sana y productiva. Su génesis, sin embargo, no se ha abordado seriamente. Es hora de migrar de programas de gasto público convencionales hacia la reorientación del gasto público hacia programas de salubridad innovadores en beneficio de los sinaloenses.

BIBLIOGRAFÍA

- Acemoglu, D., y Jhonson, S. (2007). Disease and Development: the effect of life expectancy on economic growth. *Journal of Political Economy*, 115 (6), 925–985.
- Adeniyi, O., y Abiodun, L. (2011). Health Expenditure and Nigerian Economic Growth. *European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences*, 30 (30), 125–129.
- Bahl Roy (2009) *Pilares de la Descentralización Fiscal, en Análisis de temas críticos para el desarrollo sostenible* Vol. 7 N° 1. Corporación Andina de Fomento.
- Barrientos-Gutierrez Tonatiuh, Arantxa Colchero M, Sánchez-Romero Luz María, Batis Carolina y Rivera-Dommarco Juan (2018) Posicionamiento sobre los impuestos a alimentos no básicos densamente energéticos y bebidas azucaradas, *revista Salud pública de México*, vol 60, No. 5, septiembre-octubre
- Cavali­er Marina and Livio Ferrante (2016). Does Fiscal Decentralization Improve Health Outcomes? Evidence From Infant Mortality in Italy. *Social Science & Medicine*, 164, pp. 74-88
- Chang, K., y Yung-Hsiang, Y. (2006). Economic growth, human capital investment, and health expenditure: a study of OECD countries. *Hitotsubashi Journal of Economics*, 47(1), 1–16.
- Curcio Javier, Ariela Goldschmit y Manuela Robba. (2012). Gasto público dirigido a la niñez en América Latina y el Caribe: Principales experiencias de medición y análisis distributivo. *CEPAL*.
- Elmi, Z., y Sadeghi, S. (2012). Health Care Expenditures and Economic Growth in Developing Countries : Panel Co-Integration and Causality. *Middle-East Journal of Scientific Research*, 12(1), 88–91.
- Fuchs, V. (1972). *Front matter essays in the Economics of Health and Medical Care* (NBER Working Paper).
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, *The Journal of Political Economy*, 80 (2), 223–255.

- Hamoudi, A., y Sachs, J. (1999). *Economic Consequences of Health Status: A Review of the evidence* (CID Working Paper 30).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2019). *Banco de indicadores*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/app/indicadores/?t=0200002000000000&ag=00>
- Knaul, Felicia Marie, Héctor Arreola-Ornelas, Rebeca Wong, David G Lugo-Palacios y Oscar Méndez-Carniado (2018), Efecto del Seguro Popular de Salud sobre los gastos catastróficos y empobrecedores en México, 2004-2012, *Revista de Salud Pública de México* / vol. 60, no. 2, marzo-abril
- Kuipers Sanneke & Kutsal Yesilkagit & Brendan Carroll (2017) Coming to Terms with Termination of Public Organizations, *In Public Organization Review*, 263-278
- Mushkin, S. (1962). Health as an Investment. *Journal of Political Economy*, 70 (5), 129–157.
- Pinzón Florez C., Reveiz, L., Idrovo, A., y Reyes H. (2014). Gasto en salud, la desigualdad en el ingreso y el índice de marginación en el sistema de salud de México, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35 (1), 1-7.
- Rao, R., Jani, R., y Sanjivee, P. (2009). Health, Quality of Life and GDP : An ASEAN Experience. *Asian Social Science*, 4 (4), 70–76.
- Rosen Harvey S. (2008) *Hacienda Pública*. Mc Graw Hill. Séptima Edición
- Sistema de Salud Mexicano (2011) *Una historia de casi 60 años* (http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta_010702/hoja7.html, consultado el 27 de junio de 2019).
- Salinas-Escudero, Guillermo, María Fernanda Carrillo-Vega, Mario Ulises Pérez-Zepeda y Carmen García-Peña (2019) Gasto de bolsillo en salud durante el último año de vida de adultos mayores mexicanos: análisis del Enasem. *Revista Salud Pública de México*. vol. 61, no. 4, julio-agosto
- Shah Anwar(2005), *Prestación de Servicios Públicos*, Banco Mundial, en https://lavasoft.gosearchresults.com/?q=prestacion+de+servicios+publicos+anwar+shah&tt=vmn_webcompa_1_0_go_lvs_webcompa_1_0_go_ch_WCYID10420_191101_yrff_yrff&pid=5ac784309091147a162b443, consultado el 1 de noviembre de 2019
- Stiglitz Joseph E. (2000) *La Economía del Sector Público*. Antonio Bosch Editor. 3a Edición.
- Tang, C. (2012). The health-income nexus for Malaysia: ARDL Cointegration and Rao's F-test for causality. *Asian Journal of Empirical Research*, 2 (1), 1–8.
- Van Zon, A., y Muysken, J. (2003). *Health as a Principal Determinant of Economic Growth Health* (MERIT Working Paper 024).

OTRAS FUENTES

- EL Financiero (16 de agosto de 2019), *40 mil millones de pesos adicionales al sector salud*, en <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/amlo-anuncia-40-mil-mdp-adicionales-para-el-sector-salud>
- EL Financiero (21 de septiembre de 2019), *6 mil trabajadores del sector salud recibirá su base*, en <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/6-mil-trabajadores-del-sector-salud-recibiran-su-base-en-arranque-de-programa-de-basificacion-explica-amlo>
- El Porvenir (2013), *Granier fue informado de malos manejos*, en <http://www.elporvenir.mx/>
- Excelsior. (14 de diciembre de 2018). *López Obrador presenta nuevo sistema de salud pública*. Recuperado de <https://www.excelsior.com.mx/nacional/lopez-obrador-presenta-nuevo-sistema-de-salud-publica/1284904>
- Instituto Nacional de Salud Pública (2019) *Gasto en Salud para Sinaloa*, <https://www.insp.mx/transparencia-y-rendicion-de-cuentas/comite-inf.html>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2018) *Natalidad y Fecundidad*, en <https://www.inegi.org.mx/temas/natalidad/>
- Ley de Coordinación Fiscal (2018), *Cámara de Diputados*, consultada en www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/31_300118.pdf.
- Ley de Ingresos de la Federación (2019), consultada https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5548474&fecha=21/01/2019
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2016). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016*, publicaciones de la OECD, Paris. doi.org/10.1787/9789264265523-es
- Programa IMSS-Prospera (2019). Presupuesto consultado en <https://nptp.hacienda.gob.mx/programas/jsp/programas/fichaPrograma.jsp?ciclo=2016&id=19S038>
- Secretaría de Salubridad y Asistencia en Sinaloa (2019) *Recursos del FASSA*, <http://saludsinaloa.gob.mx/index.php/gasto-en-salud/>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2019). *Política social e inversión en la infancia*. Una de las principales carencias que afectan a niñas, niños y adolescentes es el acceso a seguridad social. Los retos. Consultado en <https://www.unicef.org/mexico/pol%C3%ADtica-social-e-inversi%C3%B3n-en-la-infancia>

ANEXOS

Anexo 1		
Indicadores de Salud en el Estado de Sinaloa		
INDICADORES EN SALUD (SINALOA, 1993-2017)		
Año	Gasto público total en salud como % del PIB	Gasto público total en salud como % del gasto público total
1993	2.9	15.0
1994	3.3	15.9
1995	3.2	16.9
1996	2.9	14.5
1997	3.0	11.9
1998	3.2	14.3
1999	3.5	17.7
2000	3.5	16.9
2001	3.8	18.1
2002	3.9	19.4
2003	3.1	20.5
2004	3.3	25.5
2005	3.1	21.0
2006	3.0	20.0
2007	3.0	23.0
2008	3.1	19.5
2009	3.4	18.9
2010	3.4	21.0
2011	3.5	21.4
2012	3.3	21.0
2013	3.6	19.7
2014	3.5	20.1
2015	3.3	19.5
2016	3.1	20.5
2017	2.8	18.4

Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública, consultado el 19 de junio de 2019

Fuente: presupuesto de gasto público para Sinaloa (consultado del periodo 1993-2017, en periódico oficial del Estado de Sinaloa) y Datos del PIB Estatal (1993-2017, INEGI).

Anexo 2	
Indicadores en Salud	
(SINALOA, 1993-2017)	
Año	Gasto público en salud per cápita total
1993	2,344.4
1994	2,593.2
1995	2,012.9
1996	1,946.6
1997	2,020.0
1998	2,160.1
1999	2,417.6
2000	2,652.5
2001	2,860.6
2002	2,989.1
2003	3,299.5
2004	3,864.4
2005	3,572.2
2006	3,566.7
2007	3,808.7
2008	3,997.6
2009	4,251.4
2010	4,237.9
2011	4,555.4
2012	4,468.6
2013	4,688.0
2014	4,496.0
2015	4,611.1
2016	4,624.4
2017	4,230.8

Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública, consultado el 19 de junio de 2019

Anexo 3

Indicador de Gasto per cápita en Salud, Sinaloa (1993-2017)

INDICADORES EN SALUD (SINALOA, 1993-2017)		
Año	Gasto público en salud per cápita para población con seguridad social	Gasto público en salud per cápita para población sin seguridad social
1999	2,806.1	1,573.5
2000	3,081.8	1,918.9
2001	3,183.0	2,345.5
2002	3,531.7	2,176.7
2003	3,902.0	2,452.8
2004	4,458.1	3,079.5
2005	4,216.6	2,769.3
2006	4,214.6	2,757.9
2007	4,278.1	3,222.0
2008	4,251.9	3,674.6
2009	4,483.8	3,955.6
2010	4,652.4	3,740.4
2011	5,062.8	3,943.2
2012	4,684.3	4,207.0
2013	4,935.9	4,385.9
2014	4,849.5	4,063.5
2015	5,108.2	4,000.1
2016	5,141.3	3,986.6
2017	4,838.1	3,478.6

Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública, consultado el 19 de junio de 2019

Anexo 4

Evolución de Fuente de Financiamiento para Salud, Sinaloa (1999-2017)

Indicadores en Salud (Sinaloa, 1999-2017)		
Fuente de Financiamiento (población sin seguridad social)		
Año	Aportación Federal con Transferencias	Aportación Estatal con Ingresos Propios
1999	81.6	18.4
2000	80.0	20.0
2001	81.2	18.8
2002	82.9	17.1
2003	81.4	18.6
2004	84.3	15.7
2005	82.7	17.3
2006	84.2	15.8
2007	83.2	16.8
2008	83.7	16.3
2009	79.0	21.0
2010	81.5	18.5
2011	83.8	16.2
2012	83.2	16.9
2013	79.8	20.2
2014	79.2	20.8
2015	83.8	16.2
2016	85.7	14.3
2017	94.4	5.6

Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública, consultado el 19 de junio de 2019

Anexo 4			
Unidades médicas que otorgan servicios de salud en Sinaloa			
Hospitales Generales	Hospitales Integrales	Hospital de especialidades	Institutos y centros de especialidades
Culiacán	Angostura	De la Mujer	Instituto Sinaloense de Cancerología
Mazatlán	Badiraguato	Psiquiátrico de Sinaloa	Centro Dermatológico de Sinaloa
Eldorado	El Carrizo	Pediátrico de Sinaloa	Centro de Atención Primaria de Adicciones (CAPA) de Culiacán
Escuinapa	Choix		Centro de Atención Primaria de Adicciones (CAPA) de Sinaloa de Leyva
Guamúchil	Concordia		
Guasave	Cosalá		
La Cruz	Mocorito		
Los Mochis	Navolato		
	El Rosario		
	San Ignacio		
	Sinaloa		
	Valle de San Lorenzo		

Fuente: Sinaloa/Secretaría de Salud (SS). (2017). Sitio web: <https://saludsinaloa.gob.mx/index.php/unidades/>