

POLÍTICAS DE REFORMA TRIBUTARIA PARA LA MUNICIPALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO

DIPUTADO MARCO ANTONIO ADAME CASTILLO*

RESUMEN

La conformación del Congreso Mexicano y los avances en materia de democracia, han dejado al descubierto grandes y graves problemas derivados de un centralismo excesivo, y para estos momentos de la historia, inoperante, al poseer un criterio discrecional en el ejercicio de la administración pública y principalmente en el otorgamiento de los recursos financieros a los estados y municipios, producto de la recaudación fiscal. Afrontar este problema es complicado por la inercia del sistema.

Resulta al mismo tiempo un reto para los legisladores, que al tener en sus manos la posibilidad de aplicar una bien entendida federalización, delimitando los alcances de la desconcentración y descentralización, que son los pilares del desarrollo en los tres niveles de gobierno.

Los servicios de salud no escapan a este centralismo, por lo que aun con la inyección de recursos a los munici-

pios por medio del Ramo 33 no es suficiente por el rezago de décadas. El trabajo es mucho y debe ser un compromiso compartido con quien, de manera directa, siente los efectos de un olvido en la prestación de servicios.

EL CENTRALISMO

Como es de todos sabido, México durante muchos años se ha caracterizado por un alto grado de centralización en términos fiscales y tributarios. Esto ha operado en agravio de los gobiernos estatales y, principalmente, los municipales.

En múltiples ocasiones se ha presentado en el Congreso de la Unión iniciativas para corregir esta situación y poderle otorgar al municipio los recursos necesarios para su desempeño y, de esta forma, promover en la realidad su autonomía. La finalidad de las iniciativas antes mencionadas ha sido el compensar el sacrificio de los municipios en su potestad tributaria y pro-

* Diputado Federal del grupo parlamentario del PAN en la LVII Legislatura. Presidente de la Comisión Investigadora del IMSS. Secretario de la Comisión de Salud.

mover la descentralización de la vida pública. En este sentido, se ha buscado el perfeccionamiento del sistema nacional de coordinación fiscal para promover un auténtico federalismo a través del fortalecimiento de las haciendas públicas estatales y municipales sin desequilibrar las finanzas de la Federación.

LA PROPUESTA

Fue hasta noviembre de 1997, a través del Presupuesto de Egresos de la Federación para 1998, que se alcanza asignar mayores recursos directos a los ayuntamientos a través del Ramo 33. Esto ha resultado en límites a la forma discrecional en que el Gobierno Federal imponía el monto de las participaciones y su distribución.

La iniciativa enviada por el Ejecutivo al Congreso de la Unión pretendía que los fondos de educación y de salud fueran ejercidos exclusivamente por las autoridades estatales, y solamente el Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social Municipal sería asignado directamente a los municipios. En el Congreso de la Unión pugnamos para que se agregaran los fondos de Aportaciones Múltiples y de Aportaciones para el Fortalecimiento de los Municipios y del D.F., y para que se dividiera el renglón correspondiente a infraestructura social en un fondo estatal y otro municipal.

De esta manera, la Ley de Coordinación Fiscal modificada consignó que una parte considerable de los recursos que anteriormente se canaliza-

ban vía el Ramo 26 (combate a la pobreza), fuera ejercida directamente por los municipios y, en su caso, por los estados a través del Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social.

Dentro del Ramo 33 (Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios) la distribución de los recursos fue la siguiente: 76% fondos de aportaciones para la educación básica y normal; 12% fondos de aportaciones para los servicios de salud (paquete básico); y, 12% fondos de aportaciones para la infraestructura social.

Con el establecimiento del Ramo 33 se brinda seguridad jurídica a entidades y municipios en recursos, transparencia en su asignación, conocimiento anticipado del monto de los recursos que obtendrá, apertura programática acotada a infraestructura básica, participación de la comunidad en el destino, así como la aplicación y la vigilancia de obras y servicios. Queda todavía mucho por hacer en materia presupuestal y los diputados de la actual legislatura estamos estudiando nuevas fórmulas para una distribución más equitativa de los recursos.

Antes de este hecho, el Poder Ejecutivo ponía en práctica estrategias de descentralización sectoriales sin el debido acompañamiento de los recursos financieros requeridos ni de las atribuciones para la participación en la toma de decisiones para la asignación de los mismos. La consecuencia lógica de estas estrategias de descentralización fue el acotar más la restringida situación financiera municipal. Es por este motivo que se debe pugnar por una

federalización fiscal ya que esto lleva a formas de gobierno más democráticas, así como el adelgazamiento del aparato burocrático como es el caso de las delegaciones federales en los estados que generan duplicidad de funciones o niveles paralelos de autoridad.

Es de esta manera que se hacen necesarias más reformas para apoyar a las administraciones municipales debido a que, en materia de servicios, se observa la insuficiencia de cobertura y calidad de los mismos, en ocasiones una deficiente administración de los mismos, falta de recursos económicos y humanos, así como una fuerte dependencia de las participaciones federales.

ACERCAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Otro problema vigente para la hacienda de los municipios es que los Convenios de Desarrollo Social etiquetan gran parte de las aportaciones federales e inclusive los recursos locales, en proyectos que en muchas ocasiones no coinciden con las necesidades o prioridades del municipio. Por lo tanto, el margen de acción de los ayuntamientos se ve más limitado aún.

En lo que respecta a los servicios de salud, éstos se centralizaron a partir de 1937 bajo la coordinación de la Secretaría de Asistencia. Es hasta la década de los setenta que se inician los esfuerzos de desconcentración y descentralización. Para 1984 se definía en la Ley General de Salud la facultad

normativa de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y se reservaba a los estados la facultad operativa de los servicios de salud.

De esta manera, el modelo de descentralización transfería a los estados la dirección, coordinación y conducción operativa de la atención médica, la salud pública y el control sanitario, así como la infraestructura federal de los servicios. Con ello se creó una estructura coordinadora a nivel estatal. En lo que respecta a los recursos monetarios, se descentralizó la administración de las aportaciones federales mediante subsidio y promoción de aportaciones estatales. En la normatividad que derivaba de este modelo se llegaba a que la autonomía de los estados dependiera de la proporción del gasto solventado por sus propios recursos.

El problema principal de este modelo es que se preveía un incremento en las aportaciones estatales para los servicios de salud sin aplicarse reformas a la legislación fiscal para que los estados y los ayuntamientos pudieran contar con mayores recursos.

De acuerdo a un estudio de Myriam Cardozo del Centro de Investigaciones y Docencia Económica (CIDE), una de las principales dificultades para el éxito de la descentralización de los servicios de salud a población abierta fue que los recursos disponibles fueron insuficientes para hacer frente a los rezagos del sector, así como una serie de exigencias administrativas muy complejas que obstaculizan el ejercicio del presupuesto.

TABLA 1

PRESUPUESTO EJERCIDO POR TIPO DE POBLACIÓN ATENDIDA
Y ENTIDAD FEDERATIVA, 1995

Entidad	Población atendida total			Población abierta			Población derechohabiente		
	Presupuesto total (miles de pesos 1997)	Personas	Pesos por persona	Presupuesto total (miles de pesos 1997)	Personas	Pesos por persona	Presupuesto total (miles de pesos 1997)	Personas	Pesos por persona
NACIONAL	73,738,642.1b	62,991,640	1,171	15,591,931.8	30,916,448	504	56,165,643.8	32,075,192	1,751
Aguascalientes	681,733.9	536,724	1,270	100,452.5	168,077	598	581,281.5	368,647	1,577
Baja California	1,875,187.1	1,210,583	1,549	183,984.4	272,112	676	1,691,202.7	936,471	1,802
Baja, California Sur	546,402.5	304,954	1,792	99,838.1	101,463	984	446,564.3	203,491	2,195
Compeche	573,714.8	500,272	1,147	132,746.3	268,596	494	440,968.4	231,676	1,903
Chiapas	1,495,399.3	2,760,245	542	802,076.9	2,249,605	357	693,322.4	510,640	1,358
Chihuahua	2,270,463.8	1,829,005	1,241	265,821.1	539,762	492	2,004,642.7	1,289,243	1,555
Coahuila	2,176,897.3	1,935,875	1,125	181,738.2	656,103	277	1,995,159.0	1,279,772	1,559
Colima	443,567.0	347,564	1,276	99,354.6	133,090	747	344,212.4	214,474	1,605
Distrito Federal	17,537,089.4	9,187,719	1,909	1,548,638.5	4,408,597	351	15,988,451.0	4,779,122	3,345
Durango	1,089,820.2	1,095,951	994	252,338.1	574,405	439	837,482.1	521,546	1,606
Guanajuato	1,915,631.1	2,210,756	867	233,574.6	918,787	254	1,682,056.5	1,291,969	1,302
Guerrero	1,194,284.9	1,601,784	746	402,113.2	1,001,352	402	792,171.8	600,432	1,319
Hidalgo	1,036,244.2	1,682,476	616	351,519.3	1,209,981	291	684,725.0	472,495	1,449
Jalisco	4,087,136.3	3,124,408	1,308	350,464.2	875,620	400	3,736,672.1	2,248,788	1,662
México	4,537,473.2	6,901,631	657	884,812.4	2,613,123	339	3,652,660.7	4,288,508	852
Michoacán	1,506,097.1	2,439,988	617	425,454.7	1,632,896	261	1,080,642.4	807,092	1,339
Morelos	811,064.9	936,376	666	132,568.4	468,969	283	678,496.5	467,407	1,452
Nayarit	655,086.4	664,650	986	158,388.1	366,519	432	496,698.3	298,131	1,666
Nuevo León	3,813,882.6	2,764,099	1,380	252,995.1	838,797	302	3,560,887.5	1,925,302	1,850
Oaxaca	1,325,463.1	2,520,649	526	641,040.6	2,018,125	318	684,422.5	502,524	1,362
Puebla	1,979,159.1	3,231,177	613	399,400.1	2,271,730	176	1,579,758.9	959,447	1,647
Querétaro	770,337.6	709,406	1,086	134,939.5	227,347	594	635,398.0	482,059	1,318
Quintana Roo	563,720.0	400,024	1,409	117,600.3	131,469	695	446,119.7	268,555	1,661
San Luis Potosí	1,141,361.7	1,689,490	676	269,207.0	1,025,322	263	872,154.7	664,168	1,313
Sinaloa	1,816,577.4	1,738,162	1,045	257,766.3	675,371	382	1,558,811.1	1,062,791	1,467
Sonora	1,915,763.2	1,223,297	1,566	248,626.6	366,983	677	1,667,136.6	856,314	1,947
Tabasco	917,245.7	1,136,869	807	189,670.1	678,058	280	727,575.6	458,811	1,586
Tamaulipas	2,056,681.4	1,833,489	1,122	281,427.0	638,736	441	1,775,254.3	1,194,753	1,486
Tlaxcala	383,719.1	508,079	755	90,614.6	271,312	334	293,104.5	236,767	1,238
Veracruz	3,634,974.4	3,951,418	920	557,918.2	2,178,485	256	3,077,056.3	1,772,933	1,736
Yucatán	1,320,275.7	989,798	1,334	283,654.7	420,154	675	1,036,620.9	569,644	1,820

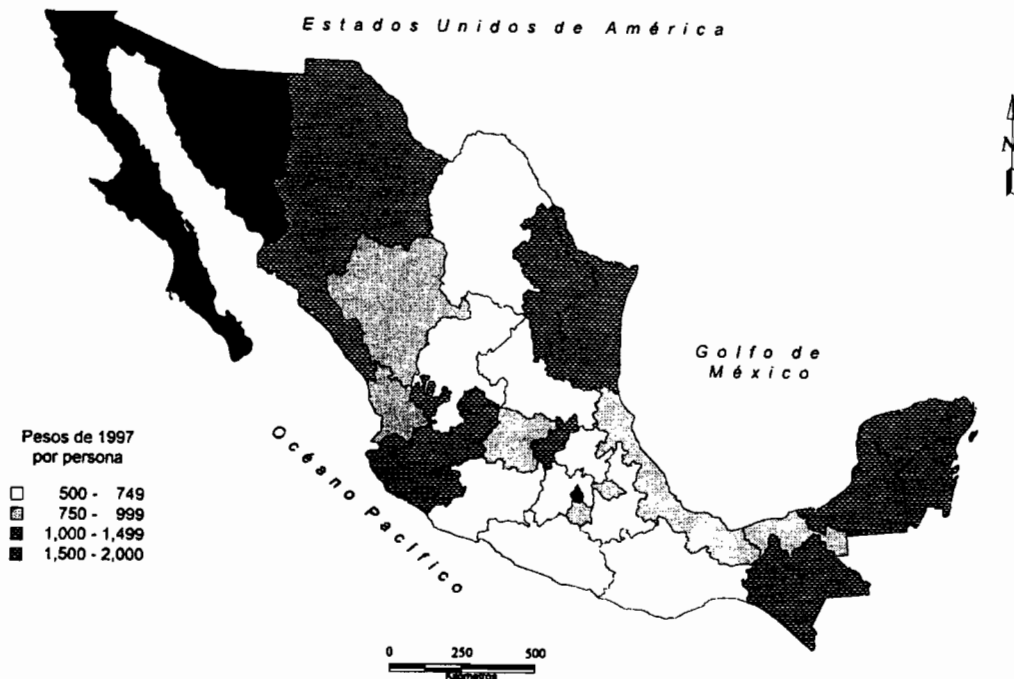
Deflectado con el Índice Nacional de Precios al Consumidor (promedio anual) 1994 = 100 transformado a 1997 = 100.

En el total se incluye el presupuesto del DIF por \$1,981 millones (a precios de 1997) y el concepto señalado en la nota c.

En el total se incluye \$5,037 millones (a pesos de 1997) que corresponden a Unidades Centrales y Organismos Descentralizados y Desconcentrados no desagregados por entidad federativa.

FUENTE: Elaborado por la División de Estudios Económicos y Sociales, Banamex, con datos de: Sistema Nacional de Salud, Boletín de Información Estadística núm. 15, 1995, México, 1996.

PRESUPUESTO EJERCIDO POR USUARIO
DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 1995.



Actualmente, las políticas dirigidas a la consolidación de la descentralización del sector salud están enfocadas en dos vertientes de acuerdo al Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo 1995-2000: a) se propone fortalecer realmente el gasto para los servicios de salud en el marco de su descentralización aprovechando las reformas a la seguridad social (para incluir el sector informal urbano); y b) mediante un paquete básico de salud para la población abierta, particularmente en las zonas rurales.

HACIA UN FORTALECIMIENTO

En el Programa de Reforma al Sector Salud 1995-2000 se reconocen cuatro problemas principales que derivan del centralismo en las instituciones de salud: baja eficiencia en las decisiones para la distribución de los recursos; definición poco precisa de responsabilidades; burocratismo que entorpece las acciones y los procesos; y la inercia en las decisiones de asignación del gasto entre los estados.

Las líneas de acción que propone este programa para reformar al sector salud son: descentralizar los recursos federales destinados a la atención de la población abierta a través de la Secretaría de Salud y del IMSS-Solidaridad; definir un mínimo de acciones esenciales de salud, dentro del marco de autonomía de los municipios y de los estados; desconcentrar responsabilidades y funciones del IMSS en siete regiones; promover la afiliación voluntaria; y, poner en práctica el Programa de Municipio Saludable. A pesar de que estas estrategias pueden funcionar en el mediano plazo para la ampliación de cobertura, el esfuerzo no es suficiente. La meta debe ser el ofrecer a la población servicios integrales de salud, con un énfasis muy fuerte en la calidad de los mismos.

Los compromisos no son sólo para el sector salud. Por una parte, es indispensable promover el empleo y el desarrollo regional para que, de esta manera, se incremente la población derechohabiente y puedan gozar de derechos de seguridad social. Por otra parte, las instituciones de salud de los tres niveles de gobierno deben coordinarse adecuadamente para cubrir los rezagos existentes en materia de cobertura.

LA CONSOLIDACIÓN

Frente al panorama antes descrito, existen todavía una serie de acciones que emprender para mejorar la situación financiera de los ayuntamientos y que, por ende, de los elementos para que estos últimos puedan ofrecer mejores

servicios de salud. En tal sentido, se proponen los siguientes puntos:

1. Promover reformas legales para la mejor distribución de las responsabilidades, atribuciones y oportunidades, dirigidos a fortalecer los ayuntamientos.
2. Reformar la Ley de Coordinación Fiscal para fortalecer los ingresos de los ayuntamientos por la vía fiscal.
3. Asignar estímulos a los estados que incrementen la recaudación participable federal en su respectivo territorio.
4. Continuar los esfuerzos para incrementar las participaciones directas a los municipios dentro del Presupuesto de Egresos de la Federación.
5. Consolidar el proceso de descentralización, evaluando y reestructurando las instituciones de salud para evitar burocratismos.
6. Promover la participación de los municipios en la planeación del destino de los recursos.
7. Revisar los procedimientos administrativos para que los municipios puedan planear y ejercer eficientemente los recursos que se les destinan.
8. Garantizar la capacitación de funcionarios municipales en aspectos técnicos y administrativos que les permita incrementar los ingresos, mejorar su capacidad financiera, administrativa y de gestión de los municipios.

Hay todavía mucho camino por andar para poder llegar a un municipio

fuerte y autosuficiente. En esta tarea nos vemos involucrados todos los funcionarios públicos. Avancemos cada uno desde su frente para poder promover el auténtico federalismo.

El federalismo auténtico es el que favorece el libre ejercicio de competencias, el cumplimiento eficaz de responsabilidades, la autonomía financiera estatal, la efectiva división de poderes y el respeto a la libertad municipal.

BIBLIOGRAFÍA

División de Estudios Económicos y Sociales
Grupo Financiero Banamex-Accival
*México Social 1996-1998 Estadísticas
Seleccionadas.*
México. 1998, 209-292 p.

Cardoso M., Massén C., Sandoval E.
Políticas Públicas y Desarrollo Municipal
México. Colegio Mexiquence, UAEM, 1994.



Gerardo Cantú
1995