

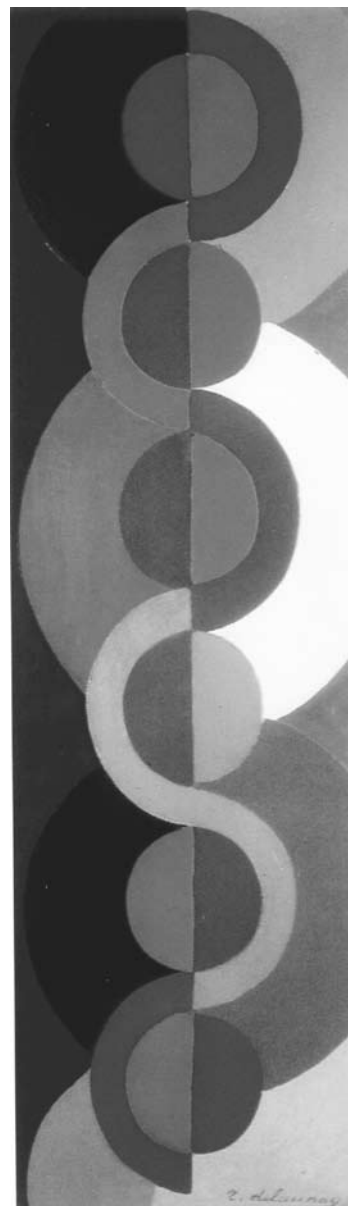
---

# ESPACIO ABIERTO

---

## **25 años de descentralización del sistema de salud mexicano: una experiencia para analizar**

*Núria Homedes Beguer,  
Antonio Ugalde*



## **25 años de descentralización del sistema de salud mexicano: una experiencia para analizar**

---

## **25 years of Decentralization of the Mexican Health System: An Experiment to Analyze**

---

## **25 anos de descentralização do sistema de saúde mexicano: uma experiência para analisar**

Fecha de recepción: 13-12-07 Fecha de aceptación 1-10-08

Núria Homedes Beguer \*

Antonio Ugalde \*\*

---

---

\* MD, Dr. Ph.D. Profesora asociada de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas. Coordinadora del Programa de Salud Global. Pueden dirigir su correspondencia a la siguiente dirección 1100 North Stanton, Suite #110, El Paso, Texas 79902. Correo electrónico: Nuria.Homedes@uth.tmc.edu

\*\* Ph.D. Profesor emérito de la Universidad de Texas - Austin.



## Resumen

Este artículo analiza el proceso de descentralización de los servicios de salud. Basándose en una revisión de la literatura, los autores reflexionan sobre los intentos de descentralizar el sector salud mexicano, sus motivos, costos e impacto. El gobierno mexicano invirtió una gran cantidad de recursos en este proceso, el cual, además, tuvo que superar muchas dificultades que no se habían anticipado. La primera fase de la descentralización, que se inició en 1983, se interrumpió a consecuencia del deterioro de los programas; la segunda fase también sufrió un retroceso, al aprobarse la reforma de 2003. Después de 25 años, la descentralización no ha conseguido mejorar la eficiencia, la transparencia en la gestión de los recursos, ni la participación comunitaria, y ha aumentado la inequidad del sistema.

**Palabras clave autor:** descentralización, neoliberalismo, equidad, México.

**Palabras clave descriptor:** planificación de la salud, descentralización de la salud, políticas públicas de la salud.

## Abstract

This article analyzes the decentralization process of the Mexican health system that started in 1983. Based on a review of the literature, the authors reflect on the different decentralization attempts, motives, costs and impact. The Mexican government invested a significant amount of resources in this process and it had to overcome many unanticipated difficulties. The first decentralization phase was interrupted as a result of a deterioration of the health programs, and the second phase also suffered a setback in 2003 when the health reform was approved. After 25 years, the decentralization of the health system has not resulted in greater efficiency, improved managerial transparency or increased community participation, and has increased the inequity of the system.

**Key words author:** decentralization, neoliberalism, equity, Mexico.

**Key words plus:** health planning, decentralization in government, health public policy.

## La formación del sistema de salud mexicano: 1910-1980

Hasta mediados del siglo XIX, la prestación de los servicios de salud en México, como en la mayoría de países latinoamericanos, corría a cargo de órdenes religiosas, proveedores privados de medicina alopática y tradicional, y de los servicios municipales de salud. En 1861, el gobierno decidió acabar con la fragmentación del sistema y transfirió la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud a los estados; posteriormente, durante la dictadura del general Porfirio Díaz (1876-1910), el sistema de salud se centralizó en la ciudad de México.

Siete años después de la revolución que derrocó al porfirato se aprobó la Constitución mexicana (1917), en la cual se define que México adoptará un sistema federal con tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal<sup>3</sup>; y según el artículo 73, cada nivel de gobierno tendría la obligación de implementar la legislación de salud aprobada por el Congreso y las regulaciones establecidas por el Consejo Superior de Salubridad. Ese mismo año se creó el Departamento de Salubridad Pública, cuya misión era coordinar las

<sup>3</sup> La nueva Constitución no afectó el estatus legal ni los sistemas de salud del Distrito Federal, Baja California Sur y Quintana Roo, los cuales se incorporaron a la federación en 1974.

actividades de salud pública, administrar los recursos para el control de epidemias y solucionar los problemas urbanos de salubridad [1: 40].

Los autores de la Constitución esperaban que poco a poco los estados y municipios fueran absorbiendo más responsabilidades, pero esto no sucedió [2] y la toma de decisiones siguió centralizada en México, en parte como estrategia para neutralizar el poder de los caciques que habían sobrevivido la revolución y en algunas partes del país seguían teniendo mucho poder. Para los políticos revolucionarios de ese tiempo, los caciques eran los que habían generado las condiciones sociales que desembocaron en la revolución de 1910 [3] y eran un impedimento para la construcción de un Estado moderno.

El proceso de centralización política en la ciudad de México siguió avanzando, a través de la creación en 1929 del Partido Nacional Revolucionario (PNR), el cual posteriormente se transformó en el Partido Revolucionario Institucional (PRI) y gobernó México hasta el 2000. Durante este largo periodo de hegemonía priista ha habido momentos de descontento que han obligado al gobierno federal a escuchar y compartir la toma de decisiones con los representantes políticos de 30 estados y 2.412 municipalidades mexicanas.

El primero de esos eventos ocurrió después de la gran depresión económica de los 30, con la creación de los Servicios Coordinados de Salud en cada uno de los estados y la promulgación de la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad. Los Servicios Coordinados eran representantes del gobierno federal en los estados, su director era nombrado por el secretario federal de Salubridad, y actuaban como intermediarios entre el gobierno estatal y el ejecutivo federal; eran los encargados,

además, de implementar los programas de salud pública que dictaba el nivel federal y que se suscribían en los acuerdos de cooperación entre los estados y el Departamento de Salubridad Pública.

La economía mexicana experimentó un periodo de industrialización y bonanza durante la Segunda Guerra Mundial; con ello, surgió la necesidad de reorganizar el sector salud. En 1943, la Dirección de Servicios Sociales, que había estado a cargo de los servicios hospitalarios desde 1877, se fusionó con el Departamento de Salubridad Pública. Se creó, entonces, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), y las oficinas estatales de los Servicios Coordinados de Salud se convirtieron en los representantes estatales del secretario de Salubridad y Asistencia.

El origen del sistema de seguridad social de México se remonta al artículo 123 de la Constitución de 1917, en donde se definen los derechos del trabajador [4: 79]. Entre 1918 y 1929, los estados de Yucatán, Puebla, Campeche, Tamaulipas, Veracruz, Aguascalientes e Hidalgo establecieron programas voluntarios de seguridad social. La primera propuesta de ley federal de seguridad social se escribió en 1929, pero la ley no se aprobó hasta 1942. En 1943 se creó el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS); posteriormente, el Instituto de Seguridad Social y Salud para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Compañía Federal de Electricidad (CFE) y la red nacional de ferrocarriles crearon sus propios programas de seguridad social.

En 1979 las Fuerzas Armadas establecieron su propio servicio de salud; la Secretaría del Tesoro y el sector financiero, a su vez, desarrollaron otros sistemas de seguridad social que incluían entre sus beneficios los servicios de salud [4:81]. Todos los sistemas



de seguridad social cubren al trabajador y a su familia, aunque los servicios que ofrecen son diferentes. Un resultado de la fragmentación es que con frecuencia los miembros de una misma familia pueden recibir servicios de dos o más sistemas. Por ejemplo, si un miembro de la familia es trabajador del Estado, toda su familia tiene derecho a los servicios del ISSSTE; si otro miembro de la familia trabaja en el sector privado y cotiza al IMSS, toda la familia también tiene derecho a los servicios del IMSS.

Durante los años 50, la SSA tuvo que responder a varios retos de salud pública e implementó una serie de programas verticales (planificación familiar, malaria, salud materno-infantil y del medio ambiente) sin contar con la participación de los Servicios Coordinados de Salud. Un resultado de los programas verticales fue el aumento de poder de la SSA, mientras que los Servicios Coordinados se vieron relegados a prestar algunos servicios de salud a la población no asegurada. A la vez, algunos gobiernos estatales y municipales organizaron redes de servicios para los empleados estatales y municipales, y ocasionalmente abrieron sus puertas a los no asegurados.

En los años 60 y 70 hubo un periodo de gran expansión económica e industrial, un significativo aumento de la fuerza laboral formal y del número de afiliados a la seguridad social, especialmente en las áreas urbanas. A medida que la seguridad social aumentaba su cobertura y recursos, los servicios de la SSA y, sobre todo los de las áreas rurales, se fueron deteriorando. La SSA perdió su orientación, dejó de supervisar a las oficinas estatales y se convirtió en proveedora de servicios para los mexicanos que no tenían ninguna otra opción [5: 13].

Estas décadas fueron testigo de reivindicaciones y protestas, no sólo en México

sino en el resto del mundo; estudiantes y trabajadores se unieron para expresar su desacuerdo con la guerra de Vietnam y la creciente inequidad social, y para exigir mayor democracia. Incluso los líderes del PRI se manifestaron a favor de democratizar la toma de decisiones [6: 47]. En el sector salud el gobierno federal intentó mejorar el acceso de los pobres a los servicios de salud, afiliándolos a la seguridad social a través del programa IMSS-CONASUPO, pero los institutos de seguridad social se opusieron. Sólo en 1974, la Oficina del Presidente, a través del programa de Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) logró ampliar la cobertura de servicios de salud para los residentes del área rural y los pobres, creando el programa IMSS-COPLAMAR.

El IMSS-COPLAMAR (luego se llamó IMSS-Solidaridad y más tarde IMSS-Oportunidades) era un programa financiado por el gobierno federal, pero administrado por el IMSS, quién además contribuyó con infraestructura y recursos humanos. Cuando se instauró el programa, el IMSS tenía grandes reservas y había recibido mucha presión para compartir parte de su riqueza. En 1981, el programa prestaba servicios a 10 millones de mexicanos (de un total de 14 que se había propuesto cubrir [7]), operaba 3.000 clínicas rurales y 10 hospitales, se había evaluado como muy exitoso y sirvió para mejorar la imagen del IMSS [5: 13].

Infelizmente, la crisis económica de fines de los 70 y principios de los 80 tuvo un impacto negativo en la calidad de los servicios públicos y en la imagen del gobierno. Para que el PRI pudiera seguir ostentando el poder, tenía que mejorar su eficacia, transparentar sus acciones y democratizar el proceso de toma de decisiones.

## La primera descentralización, de 1982 a 1988: una descentralización centralizada<sup>4</sup>

En 1981, el presidente López Portillo (1976-1982) solicitó a Miguel de la Madrid, entonces secretario de Planificación y Presupuesto, que formase un equipo para estudiar cómo establecer un sistema nacional de salud de cobertura universal. Este grupo se llamó Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República; este propuso establecer un nuevo marco legal y descentralizar la implementación de los programas y las políticas de salud a los estados [8]. Cuando Miguel de la Madrid (1982-1988) asumió el poder, en medio de una de las peores crisis económicas de México<sup>5</sup>, adoptó las políticas que había contribuido a diseñar durante el gobierno de López Portillo.

De la Madrid promovió la descentralización a nivel municipal, argumentando que era un modelo coherente con la Constitución de 1917, y que contribuiría a promover la democracia y la justicia, eliminaría la corrupción y permitiría que las comunidades decidieran su propio futuro [10]. Sin embargo, las municipalidades fueron renuentes a aceptar nuevas responsabilidades porque no recibieron recursos adicionales para ejecutar sus programas; hay críticos que sugieren que el verdadero objetivo de la descentralización era reducir el gasto federal para poder pagar la deuda externa. A favor de esta crítica está el hecho de que otros países de la región, que también se encontraban sumidos en una gran crisis económica, optaron por descentralizar

y que el Fondo Monetario Internacional (FMI) estuviera promoviendo programas de ajuste estructural e imponiendo límites al gasto social [7,11,12].

La Ley de salud de 1983 modificó la Constitución de 1917 para incluir el derecho a la protección de la salud (artículo 4, 1983), creó sistemas estatales de salud y transfirió la responsabilidad de planificar, organizar y desarrollar el sistema estatal de salud a los gobiernos estatales. Los sistemas de seguridad social y sus sindicatos se opusieron al cambio, por lo que el gobierno se vio obligado a dejarlos fuera de la reforma.

El 8 de marzo de 1984, y sin que hubiera consenso entre los líderes del sector, de la Madrid decretó que el primer y segundo nivel de atención de la SSA se uniera con la red de IMSS-COPLAMAR para formar un sistema integrado de salud para la población no asegurada. Según el decreto presidencial, se esperaba que todos los estados hubieran formado sus sistemas estatales de salud para la población no asegurada antes de diciembre de 1986; a finales de 1987 sólo 14 estados se habían descentralizado<sup>6</sup> [14]. Los estados que se descentralizaron se comprometieron a cubrir entre el 20 y el 40% del gasto en salud [1: 47-48], y la coordinación entre los estados se hacía a través del Consejo Nacional de Salud, que se creó en 1986.

Varios autores han estudiado las posibles razones por las que unos estados se descentralizaron y otros no. Cardozo Brum [15] y González Block et al.[16] encontraron que los estados descentralizados tendían a ser más ricos, con mayor capacidad para proveer servicios a toda la población no asegurada, y tenían relativamente poca infraestructura del

4 No hay consenso entre los estudiosos sobre el significado del término descentralización. Una discusión exhaustiva sobre el mismo se puede encontrar en Ugalde y Homedes [9].

5 Según Cornelius y Craig [13: 411] México estaba al borde de la bancarrota. El banco central había agotado sus reservas, tenía una deuda de 82.000 millones de dólares, tasas de inflación del 100% y la moneda se había devaluado en un 80%, y más de la mitad de la población estaba desempleada.

6 Tlaxcala, Nuevo León, Guerrero, Jalisco, Baja California Sur, Morelos, Tabasco, Querétaro, Sonora, Colima, Guanajuato, el Estado de México, Aguascalientes y Quintana Roo.



IMSS-COPLAMAR;<sup>7</sup> pero también señalaron que uno de los factores más importantes había sido el apoyo del gobernador del estado a la descentralización. Aunque se esperaba que las legislaturas y secretarías de salud de los estados descentralizados definieran el sistema de prestación más adecuado para su población, en la práctica los estados siguieron las directrices que dictaba la SSA.

Los estados que se descentralizaron desarrollaron planes estatales de infraestructura integrando las redes de la SSA y del IMSS-COPLAMAR. Para ello, tuvieron que comprar las unidades necesarias al IMSS; la SSA, por su parte, le prestó su infraestructura, en un arreglo que se conoce con el nombre de *comodato*. La integración del recurso humano bajo una sola administración fue la parte más complicada y más cara de la descentralización; representó aumentar los salarios de todos los empleados estatales y de la SSA a los niveles de los empleados del IMSS-COPLAMAR y tuvo un costo de unos 140.000 millones de pesos (aproximadamente 458 millones de dólares) [17]. A pesar de eso, no se consiguió homologar totalmente las condiciones de trabajo de todos los trabajadores de salud porque el IMSS respondió mejorando los beneficios de sus empleados.

Por otra parte, la resistencia del sindicato de los trabajadores de la SSA (SNTSSA) a que se fragmentara su poder impidió la transferencia de los trabajadores a los estados, por lo que todos los trabajadores de los sistemas estatales de salud siguieron siendo empleados federales y afiliados de SNTSSA. Aproximadamente un 7% de los empleados

del IMSS-COPLAMAR no quisieron pasar a depender de la SSA y fueron reubicados dentro del IMSS. Los estados, tal como habían hecho anteriormente, siguieron con la práctica de seguir contratando personal utilizando fondos estatales.

En términos de control financiero, los tres beneficios para los estados descentralizados fueron: (1) poder reubicar fondos —previo consentimiento del nivel federal— entre las diferentes categorías de desembolso, exceptuando la categoría de personal; (2) la promesa de la SSA de aumentar la categoría de gastos discrecionales (capítulo 4.000) del presupuesto, y (3) el control del 90% de los fondos recabados a través de las cuotas de recuperación (el otro 10% lo tenían que remitir a la Beneficencia Federal). A cambio de esto, los estados, siguiendo las directrices de los ajustes estructurales impuestos por el FMI de disminuir el gasto federal en programas sociales, tenían que aumentar sus contribuciones al sector salud.

Varios años después, la SSA reconoció que los estados descentralizados no habían conseguido aumentar de forma significativa el control del presupuesto [18]. En 1988, los estados descentralizados controlaban 3% más del presupuesto que los que no se habían descentralizado. Esta diferencia se reflejaba en el aumento de la asignación del presupuesto federal a través del capítulo 4000, que corresponde al de fondos discrecionales. Cardozo Brum [1], utilizando tres evaluaciones oficiales de la descentralización 1985-1987, concluyó que los estados descentralizados dependían más del presupuesto federal en 1987 (80,7% de sus fondos eran federales) que antes de la descentralización cuando el 60,7% de los fondos eran federales. Estos datos concuerdan con una evaluación de Gonzalez-Block et al. [16], quienes documentaron que las contribuciones estatales al presupuesto —como porcentaje del presupuesto

7 El IMSS no quería perder el control del IMSS-COPLAMAR porque era un programa exitoso, que había contribuido a mejorar su imagen. Al final del proceso, el IMSS-COPLAMAR seguía teniendo 50 hospitales y 2.404 establecimientos de salud, y había transferido 23 hospitales y 911 establecimientos [7].

total— aumentaron proporcionalmente más en los estados centralizados, donde se doblaron, que en los descentralizados, donde sólo aumentaron un 66%.

Birn [7], utilizando una metodología diferente e incluyendo los fondos de IMSS-COPLAMAR, concluyó que la contribución estatal al presupuesto total disminuyó un 37,5% en los estados descentralizados y en un porcentaje todavía mayor en los centralizados. Quizás lo más importante para los estados descentralizados fue el poder controlar los fondos recabados a través de las cuotas de recuperación, que en 1996 representaban entre el 2,3 y el 16,1% del presupuesto total, lo que permitía a los estados contratar personal, comprar medicamentos e insumos y establecer un sistema de incentivos para estimular la productividad [7].

Los estados descentralizados tuvieron que seguir implementando los programas de acuerdo con las directrices y protocolos de la SSA, y no podían sobrepasar los criterios de calidad aunque tuvieran los recursos para hacerlo. Por ejemplo, el tratamiento de los pacientes tuberculosos tenía que hacerse tal como mandaba la federación, y aunque el estado tuviera los recursos, estos no se podían utilizar para ofrecer tratamientos de segunda línea a pacientes afectados de tuberculosis multidrogo resistente.

Estados Unidos tenía datos de la existencia de tuberculosis multidrogo resistente, pero la SSA no aceptaba esa realidad; por eso no dejó que los estados fronterizos ofrecieran con sus propios recursos tratamientos de segunda línea; es decir, no se cumplía lo que habían defendido los promotores de la descentralización: los estados no podían adaptar sus programas a las necesidades de sus comunidades<sup>8</sup>.

Por otra parte, las evaluaciones demostraron que los programas de control de vectores y de malaria se deterioraron después de la descentralización en los estados de Jalisco, Tabasco, Guerrero [7] y Nuevo León.

La descentralización tampoco afectó a las actividades de regulación sanitaria. Algunos estados empezaron a tomar responsabilidad por algunas actividades, pero siempre actuaron como intermediarios. Los programas eran diseñados por el nivel federal, y las sanciones y multas las seguía imponiendo y recabando la SSA.

La SSA y los investigadores independientes concluyeron que esta primera descentralización había sido muy limitada; los estados descentralizados no lograron aumentar el control de personal, no pudieron modificar los programas de salud, y sólo consiguieron aumentar el control de una pequeña parte del presupuesto: las cuotas de recuperación. No es de extrañar que esta descentralización no tuviera el impacto esperado, sobre todo cuando el proceso se implementó durante un periodo de recesión económica importante y el gasto per cápita para la población no asegurada se redujo un 60% [19:28]. Algunos atribuyen la suspensión del proceso descentralizador durante la administración de Salinas de Gortari a este fracaso y a las protestas que se generaron en torno al deterioro del IMSS-COPLAMAR. Gonzalez-Block et al. [16] sugirieron que la renuencia del IMSS a permitir que las secretarías estatales gestionaran el IMSS-COPLAMAR contribuyó al fracaso de la descentralización.

### **Un hiato en el proceso de descentralización: 1988-1994**

La descentralización siguió siendo la política oficial del gobierno de Carlos Salinas de Gortari, pero en la práctica hubo una

<sup>8</sup> Entrevista con el responsable del programa binacional de tuberculosis (el proyecto Juntos) del estado de Texas, 23 de marzo 1999.





re-centralización de la toma de decisiones y del manejo de los recursos financieros de programas sociales para concentrar poder político en la Presidencia de la República: disminuyó la proporción de fondos discrecionales (capítulo 4.000) que llegaban a los estados descentralizados [5: 27] y aumentó el presupuesto para programas verticales de origen federal [7].

El programa social estrella de esta administración fue el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL), que era un programa de inversión social muy parecido a los que el Banco Mundial había financiado en diferentes países del mundo. Hasta 1991 se manejó directamente desde la Presidencia de la República y después a través de la recién creada Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), que estuvo dirigida por Luis Donaldo Colosio, presidente del PRI y futuro candidato a la Presidencia.

A través de PRONASOL, el gobierno de Salinas de Gortari financió actividades de erradicación de la pobreza (incluyendo inversiones en infraestructura, nutrición, educación, salud, vivienda, agua y saneamiento, electricidad etc.) en respuesta a las propuestas presentadas directamente por las comunidades; en este proceso no se incluyó a los gobiernos estatales ni municipales. El programa adquirió gran visibilidad por la cantidad de fondos que manejaba (2.200 millones de dólares en 1993, que era un presupuesto muy superior al de muchas secretarías federales), por la agilidad y la facilidad con la que se efectuaban los desembolsos, y por la importancia política que se le había otorgado. A través de PRONASOL el poder volvió a centralizarse en el nivel federal, lo que ocasionó el descontento de los gobiernos estatales y municipales. Durante el periodo de Salinas de Gortari, 16 gobernadores estatales que habían sido elegidos democráticamente renunciaron a sus puestos o fueron depuestos [6: 25].

## **La nueva ola descentralizadora: 1994-2000**

Cuando Ernesto Zedillo (1994-2000) asumió la Presidencia, México estaba atravesando una grave crisis económica que podía impactar negativamente al PRI. Para evitar una crisis política, Zedillo promovió la competencia entre los partidos políticos. El lema de su gobierno fue El Nuevo Federalismo, un programa muy ambicioso que abarcaba una reforma del sistema judicial, una nueva redistribución de los recursos federales, la reducción del poder de la Presidencia, el fortalecimiento institucional de los estados y municipios, la descentralización y una reforma electoral.

Para el sector salud, la reforma más importante de este periodo fue un segundo intento de descentralización de los servicios de salud de la SSA. Con esta segunda descentralización se pretendía alcanzar los siguientes objetivos: (1) mejorar la eficiencia de los servicios permitiendo a los estados definir el paquete de servicios más adecuados para su población, utilizando criterios de costo-efectividad y respetando las 12 prioridades federales;<sup>9</sup> (2) transferir la responsabilidad de los servicios de salud a los estados; (3) eliminar algunos eslabones burocráticos que entorpecían la toma de decisiones; y (4) mejorar la equidad en la distribución inter-estatal de los recursos federales.

En esta descentralización, incorporando alguna de las lecciones aprendidas en los

<sup>9</sup> Saneamiento básico (a nivel del hogar); planificación familiar; atención prenatal, parto y puerperio; nutrición y control del niño sano; inmunizaciones; manejo de la diarrea en el hogar; tratamiento de desparasitación; manejo de las infecciones respiratorias agudas; prevención y tratamiento de la tuberculosis; prevención y control de la hipertensión y de la diabetes; prevención de accidentes y manejo de las lesiones; y educación en salud a nivel de la comunidad.

estados que se adhirieron a la primera descentralización, no se incluyó al programa IMSS-COPLAMAR, aunque sí se esperaba que los estados diseñaran sistemas estatales de salud que integraran, o como mínimo coordinasen, con las otras redes prestadoras de servicios, principalmente el IMSS e ISSSTE. A través de la integración, o de una mejor coordinación entre los prestadores públicos, se esperaba reducir la duplicidad de servicios, ampliar cobertura y mejorar la eficiencia del sector público de salud. Por otra parte, con el objetivo de ampliar la cobertura de servicios, el IMSS ofreció un programa nuevo de afiliación voluntaria para los trabajadores independientes y sus familias, pero hasta ahora son pocos los que se han afiliado al IMSS a través de él.

En agosto de 1996 se firmó el Acuerdo de Descentralización entre el gobierno federal, los 31 estados, el distrito federal y el sindicato de trabajadores de la SSA (SNTSSA), por el que los gobiernos estatales se responsabilizaban de la prestación de servicios a toda la población no asegurada. En un segundo paso, cada uno de los estados debería firmar con el gobierno federal un Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud, en los que se determinarían las responsabilidades de ambos niveles de gobierno de forma más específica [20]. Algunos de los estados, temerosos de que la transferencia de problemas fuera superior a la de recursos, atrasaron la firma del Acuerdo de Coordinación<sup>10</sup>. Chihuahua fue el último en firmar, en febrero de 1999.

<sup>10</sup> Campeche y Durango fueron los primeros estados que firmaron el Acuerdo de Coordinación, el 31 de enero de 1997; durante ese mismo año les siguieron, por este orden: Colima, San Luis Potosí, Baja California Sur, el Estado de México, Quintana Roo, Tlaxcala, Sinaloa, Nuevo León, Coahuila, Michoacán, Tabasco, Sonora, Oaxaca, Morelos, Guerrero, Guanajuato, Tamaulipas, el Distrito Federal, Aguascalientes, Puebla, Querétaro, Yucatán y Veracruz. Jalisco, Zacatecas, Hidalgo, Baja California y Chiapas los firmaron en 1998; y Chihuahua en 1999.

Para facilitar el proceso de descentralización, el gobierno federal siguió organizando reuniones periódicas del Consejo Nacional de Salud y estableció unidades de descentralización (UDEs), conformadas por tres personas, en cada una de las secretarías estatales de salud. Las UDEs, además de facilitar el proceso de descentralización, debían informar a la SSA y al Consejo Nacional de Salud sobre los avances de la descentralización en cada uno de los estados. El Consejo Nacional de Salud fue, y sigue siendo, un sistema de comunicación y coordinación entre el nivel federal y los estados, pero más que un foro de discusión y de intercambio de experiencias entre los estados, es un espacio que utiliza la SSA para informar y persuadir a las secretarías estatales para que sigan los dictámenes de la SSA.

A continuación, se describen los resultados de la descentralización en la estructura organizacional de las secretarías estatales; el control de la infraestructura, de los recursos financieros y humanos; y la prestación de los servicios.

### Estructura organizacional

Siguiendo las recomendaciones del Banco Mundial y el modelo de Pluralismo Estructurado, que se discute más adelante y que fue formulado por el entonces ministro de Salud de Colombia, Dr. Juan Luis Londoño, y el Dr. Julio Frenk, quien en el 2000 sería nombrado ministro de Salud de México, el Acuerdo de Descentralización de 1996 estableció que el papel principal de las secretarías estatales sería el de implementar programas de salud pública, regular la prestación de los servicios de salud en el estado y asegurar que los no asegurados tuvieran acceso a servicios de salud. Para ejercer esta doble función, el personal de la secretaria de salud que estuviera involucrado en la prestación de servicios debía pasar a formar parte de un organismo público descentralizado (OPD), mientras que los responsables de



regulación y de salud pública permanecerían en la secretaría estatal. Como entidad autónoma, la OPD tendría su propio director ejecutivo, quién reportaría al secretario estatal de salud.

Eventualmente, a medida que se fuera consolidando el sistema estatal, el secretario estatal de salud podría seguir contratando la prestación de servicios para la población no asegurada a la OPD u a otras redes prestadoras de servicios, como el IMSS o el ISSSTE. Este sistema permitiría estimular la competencia entre las diferentes redes prestadoras, y mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios estatales.

En la práctica, estos cambios no llegaron a producirse, los organigramas de las secretarías estatales no sufrieron modificaciones significativas; los secretarios estatales de salud mantuvieron sus funciones como responsables de regulación y de la salud pública, y directores ejecutivos de la OPD; y tal como habían hecho en el pasado, siguieron priorizando las actividades relacionadas con la prestación de servicios. Este fracaso, en parte, se puede atribuir a que las actividades de regulación estaban mal definidas, a que el nivel federal no dio ninguna indicación de cómo se podían separar los presupuestos y los recursos humanos entre los dos entidades (la OPD y la secretaría estatal), y a que el personal estatal estaba más familiarizado con las actividades de prestación que con las de regulación y salud pública.

El Acuerdo también exigió que los estados establecieran consejos de salud, que en la mayoría de casos (26 de 31 secretarías estatales) eran presididos por el gobernador. En el caso del distrito federal, Veracruz y Oaxaca, el gobernador delegó en el secretario estatal de salud; y en los estados de México, Morelos y Tlaxcala se delegó en el secretario de Administración, el secretario de Asistencia Social, y un coordinador general, respectivamente [21]. Los estados podían determinar la com-

posición de su consejo estatal, pero tenían que incluir a un representante del gobierno federal y del SNTSSA.

Así, en realidad, tanto los consejos de salud como las legislaturas estatales tenían muy poca influencia en la toma de decisiones y en las políticas de salud estatales; aunque hubo algunas excepciones, en general se limitaban a aprobar las políticas, programas y presupuestos propuestos por el secretario estatal de salud. Además, en algunos casos, los legisladores intercedían frente a la secretaría estatal para conseguir mejores servicios para sus comunidades, o mejores condiciones de trabajo para algunos trabajadores.

### La descentralización de la infraestructura

La transferencia de la infraestructura física se formalizó con la firma del Acta Complementaria de Entrega y Recepción en cada uno de los estados. El proceso de transferencia de edificios fue más complicado y largo de lo anticipado [22: 227] porque fue necesario localizar los documentos que establecían que eran de propiedad federal y renegociar el estatus de aquellos terrenos e instalaciones que pertenecían a ayuntamientos y fundaciones que había decidido su usufructo a la SSA. La transferencia de los equipos requirió que se hicieran inventarios detallados de todas las existencias porque la mayoría de los centros no tenían esa información actualizada.

### La descentralización financiera

En 1997 el Congreso aprobó una enmienda a la Ley de Coordinación Fiscal y creó un fondo de ahorro para salud (FASSA) en el ramo 33 del presupuesto federal. Tras la firma de los acuerdos de coordinación para la descentralización de los servicios de salud en los estados, el gobierno federal empezó a transferir los fondos para salud directamente a los estados, sin pasar por la SSA, a través de



FASSA. En 1997, los fondos FASSA estaban asignados a diferentes categorías de desembolso, pero a partir de 1998 las secretarías estatales (o los consejos estatales de salud) tenían la potestad para hacer transferencias entre las diferentes categorías, excepto la de personal. A partir de ese momento, el gobierno federal perdió el control de los fondos; las secretarías estatales solamente informaban sobre sus transacciones financieras al gobierno estatal, y efectuaba las compras de bienes y servicios en conformidad con las leyes estatales.

En 1998, los estados recibían directamente el 66,4% del presupuesto federal (incluyendo los fondos para programas financiados por agencias internacionales como Progresia y PAC), y en 1999 estaban recibiendo el 70,1% [23]. Este es un cambio importante si se tiene en cuenta que en 1995 los estados descentralizados estaban controlando el 23,4% del presupuesto y los no descentralizados el 20,4%.

Los fondos asignados a la categoría de personal llegaban íntegros a los estados, con la condición de que sólo se utilizasen en recursos humanos, y eran los estados los que directamente pagaban los salarios al personal. Esto permitió que los estados pudieran utilizar los fondos no utilizados (correspondientes a posiciones vacantes, permisos sin goce de sueldo, etc. [también llamados economías]) para hacer frente a los compromisos que el gobierno federal negociaba con el sindicato y para los cuales no asignaba presupuesto; por ejemplo, los bonos de vacaciones y la paga extraordinaria de fin de año, que antes de la descentralización tradicionalmente se otorgaba a los empleados federales y no a los estatales, y que ahora debía extenderse a todos.

federal a los presupuestos estatales. Se había previsto garantizar el presupuesto histórico a los estados, y distribuir el excedente favoreciendo a los estados más necesitados; pero la crisis económica que azotó a México frenó el crecimiento del presupuesto federal, con lo que se perpetuaron las inequidades que arrastraba el sector.

Las asignaciones estatales al presupuesto de salud también contribuyen a perpetuar la inequidad. Como media, las contribuciones estatales, incluyendo las cuotas de recuperación, representaban el 25% de los presupuestos estatales de salud. Según Gonzalez Pier [24], el estado que más fondos destinó al sector salud contribuyó 156 veces más que el que hizo las contribuciones más bajas. Algunos estados aumentaron sus contribuciones al sector salud a partir de la descentralización, pero los montos fueron limitados porque, por ley, los estados tenían muy poca capacidad para recabar impuestos. Mientras no cambie la legislación, los presupuestos estatales seguirán dependiendo de las transferencias del gobierno federal [12].

Algunas secretarías estatales de salud consiguieron incrementar sus presupuestos a través de la venta de servicios a los municipios y a los sistemas de seguridad social. Al igual que en la primera descentralización, podían disponer libremente la utilización de los recursos obtenidos en los estados; en general, el 85% de los fondos generados a través de la venta de servicios y de las cuotas de recuperación se devolvía a los establecimientos que habían prestado esos servicios, y allí se utilizaban como incentivos a la productividad del personal, para mejorar la infraestructura y para la compra de insumos. El 15% restante se distribuía entre la secretaría estatal (10%) y la beneficencia federal (5%).

Tal como puede observarse en el cuadro 1, no hubo cambios significativos en la asignación

Según las autoridades estatales, estos fondos propios eran de gran importancia para el



funcionamiento de los servicios porque le permitían incentivar al personal y dotar a los establecimientos de salud con los suministros esenciales. Fue por eso que muchos establecimientos incrementaron las cuotas de recuperación sin previa autorización de los consejos de salud, y sin objeciones de las secretarías y legislaturas estatales. La percepción de las autoridades, incluyendo los sindicatos, era que las cuotas debían ajustarse a lo máximo que el usuario estuviera dispuesto a pagar.

### La descentralización de los recursos humanos

La descentralización del recurso humano tuvo que enfrentar los mismos escollos que se experimentaron durante la primera fase: los salarios y beneficios de todos los trabajadores estatales tenían que equipararse con los de los empleados federales, y el gobierno federal asumiría los gastos adicionales, que se calcularon en unos 358 millones anuales de pesos [20]. La equiparación de beneficios fue más difícil porque algunos trabajadores estatales que podían pasar a recibir los beneficios de los empleados federales no quisieron arriesgar lo que ya habían contribuido a los fondos de jubilación estatal.

Al final de esta descentralización, habían cuatro categorías de trabajadores de la salud en las secretarías estatales: (1) 138.328 trabajadores que siempre habían sido trabajadores federales; (2) 25.202 trabajadores estatales cuyos salarios y beneficios se homologaron con los del gobierno federal; (3) empleados estatales que no quisieron homologarse para no perder beneficios; y (4) trabajadores temporales pagados con fondos estatales cuyo número fue en aumento porque resultaban más económicos al no recibir los beneficios que recibían los permanentes (jubilación, bonificaciones, etc.).

Aunque en el caso de México no se ha estudiado en detalle, la existencia de diferentes categorías de empleo entre miembros de un mismo equipo de salud y entre profesionales que realizan las mismas tareas dificulta el trabajo en equipo y facilita que se generen rencillas entre los trabajadores, y entre estos y la administración.

La gestión de las posiciones financiadas por el gobierno federal era mixta. Sólo el gobierno federal podía crear posiciones, promover a los trabajadores, o modificar las descripciones de los puestos. Los estados no podían alterar la plantilla de personal pagado por el gobierno federal; es decir, no podían cambiar dos posiciones de chofer por una enfermera, ni siquiera cuando los cambios pudieran representar un ahorro para el gobierno federal, como convertir una plaza de médico en una de enfermera. Sin embargo, la descentralización facilitó la transferencia de personal dentro del estado, ya que el secretario estatal podía negociar estos cambios con la delegación estatal del SNTSSA. Los aumentos de salarios se siguieron negociando entre el nivel federal y el SNTSSA sin que hubiera ninguna intervención del estado.

### Descentralización programática

Los estados tenían que proveer los 12 servicios básicos que había determinado el gobierno federal y, si tenían los recursos suficientes, podían añadir otros servicios, pero todos los servicios tenían que prestarse de acuerdo con los protocolos de la SSA [25: 79]. Es más, los programas verticales siguieron siendo supervisados por el gobierno federal, con lo que algunos empleados estatales tenían que reportar tanto al gobierno federal como al estatal, una situación que no es deseable en ninguna organización.

El cambio más importante en el campo de la regulación sanitaria fue que los gobiernos

estatales y municipales pudieron imponer multas a quienes violasen alguna regulación. Antes de la descentralización, sólo podían hacer la inspección y emitir informes; las multas las imponía la SSA. Algunos estados intentaron descentralizar algunas responsabilidades a los municipios pero tuvieron muy poco éxito. Los gobiernos municipales, especialmente en el área rural, no querían enfrentarse con los ciudadanos por miedo a perder su apoyo político o su amistad. Por otra parte, según De Steffano [26], para poder transferir la responsabilidad a los municipios se debería modificar el artículo 4 de la Ley de Salud, ya que de acuerdo con la ley, los municipios sólo pueden proveer servicios, pero no tienen autoridad reguladora.

### Los logros de la administración Zedillo

Es indudable que el presidente Zedillo pretendió avanzar en la descentralización; la creación de FASSA fue un paso gigantesco en esa dirección, así como la transferencia de la infraestructura y de los equipos. Sin embargo, la descentralización tuvo poco impacto en la equidad y algunos mexicanos sugieren que la inequidad interestatal aumentó [27]; en parte porque el presupuesto del gobierno federal no se incrementó lo suficiente para poder transferir fondos adicionales a los estados más necesitados, los estados siguieron sin tener capacidad fiscal y las secretarías estatales sólo podían generar fondos a través de las cuotas de recuperación. Obviamente, los estados más ricos podían extraer más fondos de los usuarios de los servicios que los estados más pobres.

Tampoco hay evidencia de que con la descentralización aumentase la productividad de los trabajadores de salud, ni de que hubiera aumentado la eficiencia en la prestación de los servicios. El hecho de que ninguno de los estados llegase a constituir su OPD independientemente de la SSA indica que el

gobierno aprobó la ley de descentralización sin tener en cuenta si el diseño era implementable y respondía a las necesidades del sector salud. Es evidente que al final del sexenio todavía quedaba mucho camino por recorrer en el proceso de descentralización del sector salud.

### La presidencia de Vicente Fox, 2000-2006

Vicente Fox, del Partido de Acción Nacional o PAN, rompió con los 70 años de la hegemonía priista, lo que corrobora el éxito del presidente Zedillo en democratizar el sistema político mexicano. El plan nacional de la administración Fox se llamó Federalismo Cooperativo y entre sus objetivos incluía completar la descentralización de la SSA (lo que incluía la municipalización de los servicios), repartir los fondos federales de forma más equitativa, y desconcentrar el IMSS.

Antes de presentar lo que ocurrió durante este periodo, conviene entender la trayectoria del secretario de Salud, Julio Frenk, quien había colaborado estrechamente con el Banco Mundial en el diseño de las reformas sectoriales de salud, y había sido una de las personas más influyentes en la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), financiada principalmente por corporaciones mexicanas. A principios de los 90, esta fundación invirtió grandes cantidades de recursos en el diseño de la reforma del sector salud mexicano [28]; Julio Frenk y José Luis Bobadilla —quien trabajó en el Banco Mundial— formaron parte de ese equipo y esperaban haber podido implementar su modelo durante la presidencia de Zedillo.

En 1997, Julio Frenk y Juan Luis Londoño publicaron un artículo basado en la experiencia de la reforma colombiana, la cual se había



diseñado de acuerdo con los principios de la reforma neoliberal que estaba promoviendo el Banco Mundial, y que describía un modelo de sistema de salud que se etiquetó como “pluralismo estructurado,” y que se convertiría en la guía de las políticas de salud de la administración Fox [29]. Según el pluralismo estructurado, la SSA, en el caso de México, sería la responsable de regular el sector de salud y de financiar los servicios de la población no asegurada; el financiamiento se haría a través de las diferentes sistemas de seguridad social y seguros privados, y la prestación de servicios estaría en manos de diferentes entidades prestadoras privadas o públicas. Los usuarios de los servicios tendrían la oportunidad de escoger al proveedor, los sistemas de seguridad social tendrían que contratar con las entidades prestadoras de servicios y todo el sistema tendría que responder a las leyes y regulaciones de la SSA.

El pluralismo estructurado no podría implementarse en México de la misma forma como se había hecho en Colombia. México cuenta con un sistema de seguridad social mucho más desarrollado y con mucho más poder económico y político que el colombiano, con sindicatos de salud muy fuertes, y un sector privado poco desarrollado. Por otra parte, el PAN no tenía la mayoría en el Congreso y era imposible pensar que pudiera aprobar una reforma que le quitase poder al IMSS. Frenk ideó otra estrategia, la creación del Seguro Popular (SP), equivalente al seguro subsidiado colombiano, que a su vez le permitiría re-distribuir los recursos de salud entre los estados de forma más equitativa.

El SP estaría co-financiado por el gobierno federal, los gobiernos estatales y las familias que se afiliasen. Las contribuciones familiares dependerían del ingreso familiar, y el programa sería gratuito para todas las familias en los dos deciles más bajos de ingresos. En

2002 se inició el SP como programa piloto y el 20 de abril de 2003 se aprobó una enmienda en la Ley General de Salud (con el 92% de votos a favor en el Senado y el 73% en la Cámara de Diputados) por la que se creaba el Seguro Popular, que se empezaría a ejecutar en enero de 2004. La contribución federal al SP debía ser la misma que el gobierno federal hace a los programas de seguridad social, que en el 2004 era como mínimo un 50% más alto que el per cápita asignado a la población no asegurada [27].

El paquete de servicios cubiertos por el SP empezó incluyendo 56 intervenciones en atención primaria, 35 intervenciones hospitalarias y 168 medicamentos [30], pero la oferta se ha ido ampliando y se espera que siga creciendo hasta llegar a cubrir todos los servicios de salud, excepto los que están en la categoría de eventos catastróficos [31: 244]. Estos últimos estarían cubiertos a través de un seguro catastrófico que se ofrece a los beneficiarios del SP y que se financia con fondos presupuestales diferentes. Las familias que optaran por no afiliarse al SP podrían seguir recibiendo los servicios de salud a través de las secretarías estatales, pero tendrían que pagar la cuota de recuperación y los medicamentos.

Según el plan, en 2010 toda la población mexicana estaría asegurada y cada ciudadano podría escoger a su proveedor de servicios de salud de entre una serie de redes prestadoras de carácter público y privado. Infortunadamente, no se ha hecho ninguna evaluación independiente del SP<sup>11</sup>; todas las evaluaciones se han hecho por los funcionarios de la SSA o grupos de investigación allegados a Julio Frenk, incluyendo un equipo de la Universidad de Harvard.

11 Entendemos por evaluación independiente aquella que se realiza por personas que no están relacionadas con las que diseñaron o implementaron el programa que se evalúa, y con financiación proveniente de fuentes no relacionadas directa o indirectamente por las mismas.

No obstante, el número de familias afiliadas al SP ha ido creciendo y los estados han utilizado diversas estrategias para poder ofrecer servicios a sus afiliados; en algunos casos han contratado personal adicional y en otros proveedores privados. En estos momentos se desconoce si los afiliados al SP están accediendo a los servicios que se le había prometido, incluyendo los medicamentos; y se ignora la calidad de los servicios que están recibiendo. Lo que sí se puede afirmar es que el SP ha fragmentado aun más un sistema de salud que ya estaba estratificado por niveles socioeconómicos; y hay quien dice que, al no contribuir a aumentar la productividad el personal de salud de las secretarías estatales, la eficiencia del sistema habría disminuido<sup>12</sup>.

Por otra parte, el SP representa un paso atrás en la descentralización. Los estados podrían negarse a participar en el SP, pero ninguno lo ha hecho porque a través de este programa reciben una cantidad nada despreciable de ingresos; pero una vez el estado acepta participar en el SP tiene que ajustarse a las directrices que recibe del gobierno federal. Otro aspecto importante es que a medida que va aumentando el número de afiliados al SP, disminuye el número de usuarios de los servicios estatales que pagan cuotas de recuperación, que son los únicos fondos que controlan los directores de los establecimientos de salud y que los directivos estatales habían considerado imprescindibles para asegurar el funcionamiento de los centros.

Además, durante el mismo periodo se redujeron las contribuciones del gobierno federal al IMSS y al ISSSTE, con lo cual la red de servicios de seguridad social se ha debilitado y, al igual que sucedió en Colombia, se podrá utilizar como argumento para promover el desarrollo de redes privadas de servicios y

acabar con los sistemas de seguridad social, que según la ideología neoliberal, limitan la competencia. Estos cambios no serán fáciles de implementar pero en los últimos años ha aumentado mucho la oferta privada de servicios en México; lo que queda por ver es si los seguros, incluyendo el SP, tendrán la solvencia necesaria para comprar servicios privados, y si el panorama político permitirá que se siga debilitando la infraestructura pública. Nadie duda de que si las elecciones del 2006 hubieran dado la victoria al PRD se hubiera dado marcha atrás a esta reforma.

### Conclusión

Los 25 años de historia de descentralización de los servicios de salud de México sugieren que la descentralización en su primera etapa estuvo dirigida de acuerdo con los principios de los ajustes estructurales exigidos por el Banco Mundial y el FMI para reducir el gasto del gobierno federal y poder así pagar la deuda pública acumulada por el gobierno. El segundo intento de descentralización estuvo dirigido a promover la participación de seguros privados y a la privatización de la prestación de los servicios de salud. Lo importante que se desprende del estudio de México es que, de hecho, en algunos casos hay que re-centralizar para evitar que la descentralización impida la implementación de algunos programas como ha sido la creación del Seguro Popular; es decir, para las políticas sociales neoliberales, la privatización es más importante que la descentralización.

La descentralización en México se interrumpió con la reforma de 2003. Después de 25 años de esfuerzos y de haber gastado muchos miles de millones de pesos, la descentralización ha tenido un impacto muy reducido. No ha contribuido a que mejore la eficiencia y no parece haber tenido un impacto en la





calidad; sin embargo, ha aumentado la inequidad y no ha conseguido que mejore la transparencia en el manejo de los servicios, ni la participación comunitaria en la toma de decisiones [32].

La descentralización puede ser una estrategia deseable para muchos países, pero los

gobiernos deben tener claras las funciones que se deben descentralizar; tienen que establecer los mecanismos legales y dotar al sistema con los recursos necesarios para que la descentralización pueda implementarse adecuadamente, y deben establecer estrategias para compensar por la tendencia a que la descentralización incremente la

**CUADRO 1.**  
ASIGNACIONES PRESUPUESTALES PER CÁPITA DEL GOBIERNO FEDERAL A LOS ESTADOS, 1996-2000

Estado	1996	1997	1998	1999	2000
Aguascalientes	263,6	411,5	552,3	608,9	891,5
Baja California	268,4	433,6	551,1	604,7	830,9
Baja California Sur	271,7	440,5	700,2	591,0	785,3
Campeche	469,7	721,2	930,7	1052,5	1442,1
Coahuila	230,3	371,1	490,9	527,6	732,2
Colima	237,1	372,4	558,3	531,6	796,7
Chiapas	322,1	475,3	612,0	658,3	911,2
Chihuahua	212,8	387,3	547,8	623,1	859,6
Durango	237,7	388,1	510,2	564,3	772,9
Guanajuato	162,9	277,1	367,8	409,1	573,0
Guerrero	204,4	301,5	393,8	438,7	608,8
Hidalgo	217,6	302,1	404,7	456,6	616,1
Jalisco	150,3	279,6	369,3	421,6	623,5
México Estado de	165,7	256,5	325,4	421,2	556,2
Michoacán	239,6	378,3	467,1	536,5	732,2
Morelos	167,3	300,8	387,6	417,6	570,4
Nayarit	295,2	385,9	512,6	566,0	776,0
Nuevo León	153,0	226,1	276,4	298,6	399,8
Oaxaca	353,3	432,8	553,6	617,1	836,2
Puebla	196,5	261,9	352,1	400,5	553,9
Querétaro	196,6	329,9	422,2	474,5	673,2
Quintana Roo	285,3	512,2	602,8	716,1	1035,8
San Luis Potosí	265,9	355,7	489,5	549,3	769,5
Sinaloa	268,0	424,9	528,1	579,1	801,5
Sonora	275,5	476,8	622,5	675,7	914,5
Tabasco	110,9	203,1	267,6	287,4	410,8
Tamaulipas	262,6	491,7	661,9	736,0	1025,2
Tlaxcala	225,6	360,2	450,7	507,9	750,0
Veracruz	185,4	322,6	432,5	507,3	706,3
Yucatán	362,6	577,4	753,0	823,1	1150,0
Zacatecas	238,8	346,7	449,7	486,5	668,9
Distrito Federal	130,5	198,5	230,2	233,6	326,3
Media Nacional	238	375	493	541	753
Desviación estándar	74	111	148	160	222
Mínimo	111	198	230	234	326
Máximo	470	721	931	1052	1442

Fuente: Moreno [33]

inequidad entre los entes descentralizados. Estas condiciones no han estado presentes en el caso de México.

## Referencias

- Cardozo M. La política de descentralización de servicios de salud: análisis de su proceso y evaluación de resultados. Informe no publicado, junio de 1995.
- Barraca S. Reforming Mexico's Municipal Reform: The Politics of Devolution in Chihuahua and Yucatán. *Journal of Law and Border Studies* 2001;1(1):31-74.
- Kern R, editor. *The Caciques: Oligarchical Politics and the System of Caciquismo in the Luso Hispanic World*. Albuquerque: University of New Mexico Press; 1973.
- Gutiérrez A. México dentro de las reformas a los sistemas de salud y de seguridad social de América Latina. México, D.F.: Siglo Veintiuno; 2002.
- Flamand L. Las perspectivas del nuevo federalismo: el sector salud. Las experiencias en Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí. México, D.F.: Centro de Investigación y Docencia Económicas; 1997.
- Rodríguez V. *Decentralization in Mexico: From Reforma Municipal to Solidaridad to Nuevo Federalismo*. Boulder, Colorado.: Westview; 1997.
- Birn AE. Case Study of Mexican Health Care for the Uninsured, 1985-1996. Informe presentado al Banco Interamericano de Desarrollo. Washington C.D, octubre de 1996.
- Soberón G, Martínez G. La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta. *Salud Pública de México* 1996; 38: 371-78.
- Ugalde A, Homees N. La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica. *Salud Colectiva (Argentina)* 2008; 4(1): 31-56.
- de la Madrid M. Descentralización de la vida nacional. En: *La descentralización de los servicios de salud: el caso de México*. México, D.F.: Porrúa; 1986.
- Griffin Ch. Empowering Mayors, Hospital Directors or Patients? The Decentralization of Health Care. En: Burki SJ, Perry G, Dillinger W, editores. *Beyond the Center: Decentralizing the State*. Washington, D.C.: World Bank; 1999.
- Merino G. Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo. En: Knaut F, Nigenda G., editores. *Caleidoscopio*. México, D.F.: Funsalud; 2003.
- Cornelius WA, Craig AL. *Politics in Mexico: An Introduction and Overview*. San Diego, California: La Jolla: Center for U.S.-Mexican Studies, University of California; 1984.
- Cardozo M. La descentralización de los servicios de salud en México: hacia la amnesia total o hacia la recuperación de la política. *Gestión y Política Pública* 1993; 2: 365-91.
- Cardozo M. Análisis de la política descentralizadora del sector salud. México, D.F.: Centro de Investigación y Docencia Económicas; 1993.
- González MA, Leyva R, Zapata O, Loewe R, Alagón J. Health Services Decentralization in Mexico: Formulation, Implementation and Results of Policy. *Health Policy and Planning* 1989; 4: 301-315.
- Kumate J. Descentralización de los servicios de salud a población abierta: situación actual. México, D.F, Mimeo, 1989.
- Secretaría de Salud y Asistencia (SSA). *Descentralización de los servicios de salud*. México, D.F.: Subsecretaría de Planeación; 1995.
- Laurell A. *La reforma contra la salud y la seguridad social*. México, D.F.: Era; 1997.
- López J, Real T. Avances de la descentralización de los servicios de salud en México, 1995-1999. En: de la Fuente JR, López J, editores. *Federalismo y salud en México: primeros alcances de la reforma de 1995*. México, D.F.: Diana; 2001.
- López J, Reyes R. Operación de los organismos públicos descentralizados. En: de la Fuente JR, López J, editores. *Federalismo y salud en México: primeros alcances de la reforma de 1995*. México, D.F.: Diana; 2001.
- Real T. Balance de la descentralización de la política de salud en México: el Consejo Nacional de Salud. En: *Federalismo y políticas de salud: descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva comparada*. Ottawa & México, D.F.: Forum de Federaciones e Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal; 2003.
- Ares R. La descentralización financiera. En: de la Fuente JR, López J, editores. *Federalismo y salud en México: primeros alcances de la reforma de 1995*. México, D.F.: Diana; 2001.
- González E. Federalismo en salud y reforma financiera en México. En: *Federalismo y políticas de salud: descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva comparada*. Ottawa & México, D.F.: Forum de Federaciones e Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal; 2003.
- Nigenda G, Valdez R, Ávila L, Ruiz JA. *Descentralización y programas de salud reproductiva*. México,



- D.F.: Casa Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública; 2002.
26. De Steffano MA. Operación y competencia de las autoridades sanitarias. En: de la Fuente JR, López J, editores. *Federalismo y salud en México: primeros alcances de la reforma de 1995*. México, D.F.: Diana; 2001.
27. Frenk J, Gómez O, Knaul F. Salud: un diagnóstico. *Nexos* 2004; 26 (317):71-78.
28. Fundación Mexicana para la Salud. *Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe Final*. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud; 1994.
29. Frenk J, Knaul F. et al. *Fair Financing and Universal Social Protection: The Structural Reform of the Mexican Health System*. México, D.F.: Secretaría de Salud; 2004.
30. Comisión Nacional de Protección en Salud. *Salud Seguro Popular. Catálogo de servicios esenciales de salud*. México, D.F.: Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, Secretaría de Salud; 2004.
31. Rodríguez RE. Políticas de salud y federalismo. En: *Federalismo y políticas de salud: descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva comparada*. Ottawa & México, D.F.: Forum de Federaciones e Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal; 2003.
32. Homedes N, Ugalde, A, editors. *Reforming the State: the Decentralization of Health Services in Mexico*. Center for US-Mexican Studies. University of California, San Diego; 2006
33. Moreno Jaimes C. *La descentralización del gasto en salud en México: una revisión de sus criterios de asignación*. DAP 95. México, D.F.: Centro de Investigación y Docencia Económicas; 2001.