

Centro de Estudios



Sociales y de Opinión Pública

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública



A 30 años de la descentralización de los servicios de salud

Francisco J. Sales Heredia



Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública

Documento de Trabajo núm. 140

Agosto de 2012

Las opiniones expresadas en este documento no reflejan la postura oficial del Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, o de la Cámara de Diputados y sus órganos de gobierno. Este documento es responsabilidad del autor. Este documento es una versión preliminar, favor de citarlo como tal.



**LXI LEGISLATURA
CÁMARA DE DIPUTADOS**

**Comité del CESOP
Mesa Directiva**

Dip. Daniel Gabriel Ávila Ruiz
Presidente

Dip. Sergio Mancilla Zayas
Secretario

Dip. Alberto Esquer Gutiérrez
Secretario

Dip. Feliciano Rosendo Marín Díaz
Secretario

**Centro de Estudios Sociales
y de Opinión Pública**

Dra. María de los Ángeles Mascott Sánchez
Directora General

Gustavo Meixueiro Nájera
Director de Estudios de Desarrollo Regional

Francisco J. Sales Heredia
Director de Estudios Sociales

Efrén Arellano Trejo
Subdirector de Opinión Pública

Ernesto Caveró Pérez
Subdirector de Análisis
y Procesamiento de Datos

María del Pilar Cachón de la Riva
Coordinadora Técnica

Glen Antonio Magaña Roberts
Coordinador de Vinculación y Difusión

Juan Pablo Aguirre Quezada
Luis Armando Amaya León
José Guadalupe Cárdenas Sánchez
Gabriel Fernández Espejel
José de Jesús González Rodríguez
Cornelio Martínez López
Jesús Mena Vázquez
Salvador Moreno Pérez
Alejandro Navarro Arredondo
Gabriela Ponce Sernicharo
Investigadores

Elizabeth Cabrera Robles
Nora León Rebollo
Trinidad Otilia Moreno Becerra
Luz García San Vicente
Karen Nallely Tenorio Colón
Apoyo en Investigación

Alejandro López Morcillo
Editor

José Olalde Montes de Oca
Asistente Editorial

A 30 años de la descentralización de los servicios de salud

Francisco J. Sales Heredia

Resumen

El proceso de descentralización del sistema de salud ha cumplido 30 años. El proceso puede dividirse en tres etapas: la primera desconcentró funciones y descentralizó algunas instituciones, la segunda di fin a este proceso y la tercera inició un proceso regulador y ordenador con mayor fuerza.

El proceso tuvo como objetivo mejorar el servicio haciéndolo más eficiente y con mayor capacidad de respuesta ante los problemas locales, sin embargo los resultados, medidos por medio de los indicadores de salud, no son del todo alentadores. La mejoría es lenta y el sistema aún se encuentra disperso.

La teoría general de administración pública establece que el objetivo principal de las políticas públicas de Estado es promover el bienestar de los ciudadanos por medio de servicios eficientes y legalmente sustentados. Los ciudadanos que aspiran a mejores servicios públicos por parte de los tres órdenes de gobierno ponen a prueba cada día esta afirmación. Cuando el gobierno federal en turno promueve un cambio legal a la estructura de la administración pública, lo hace con el fin de mejorar el funcionamiento de las instituciones para adecuarse a las demandas ciudadanas y, sobre todo, a las realidades del momento; sin embargo, es difícil llevar a cabo las reformas estructurales, pues los organismos gubernamentales no son fáciles de transformar. Un nuevo organismo puede construirse rápidamente, pero a partir de ese momento se crean normas internas, personal fiel al origen, métodos, experiencias de atención y servicios únicos: todo ello puede contribuir a detener un cambio estructural. Al agregar los problemas de renovación en un sistema político específico, especialmente si se trata de instituciones federales con supervisión nacional que inciden en el ámbito de los gobiernos locales, los cambios a las organismos se vuelven cada vez más difíciles y entran en una tensión constante entre centralización y poder local.

En 1982, producto de una inestabilidad financiera y política, el gobierno entrante se dio a la tarea de enfrentar las crisis con una serie de reformas en consonancia con el modelo de apertura económica internacional. Una de éstas, la llamada época de las reformas estructurales, fue la descentralización de los servicios de salud. Los procesos para llevar a cabo esta función pueden ser considerados como políticas de reforma estructural que responden a la necesidad de transferir recursos y poder de decisión a una escala menor para hacer más eficiente el gasto y mejorar el servicio.

La racionalidad detrás de estas políticas públicas es eminentemente la de desempeñar con mayor eficiencia el ejercicio del poder al transferir responsabilidades administrativas a los gobiernos locales con un mayor conocimiento de las necesidades y requerimientos de la población en su entorno. De igual modo, los procesos descentralizadores proponen un reacomodo del

poder político hacia la periferia para legitimar al Estado. Según Enrique Cabrero,¹ los procesos de descentralización son seguidos, históricamente, por procesos de centralización una vez que se percibe que el poder se ha atomizado demasiado.

En este texto se abordan algunos cambios sociales producto de la descentralización de los servicios de salud, así como la creación de un tercer gran seguro médico nacional, administrado localmente, que ofrece cobertura a la población abierta, es decir, a los no protegidos por las instituciones de seguridad social federal.

Antecedentes

La problemática del sistema de salud mexicano se ha identificado principalmente como de fragmentación;² ésta aumenta los costos del sistema al llevar a cabo una mala planeación pública e incrementa el gasto de bolsillo de los ciudadanos que —al no sentirse atendidos de forma adecuada— recurren a servicios privados, no necesariamente de buena calidad. Al final la fragmentación vuelve inequitativa la dotación de servicios públicos, ya que éstos se encuentran divididos entre servicios para empleados afiliados a las instituciones de seguridad social y los servicios públicos destinados a la población sin esta prestación.

En la literatura especializada se mencionan por lo menos tres estrategias diversas para enfrentar dicha fragmentación: la construcción de un sistema central con servicios públicos integrados verticalmente, un sistema central con servicios públicos administrados de manera local y semi-autónomos, o bien un sistema de proveedores privados regulados que reciben pagos per cápita.

El modelo seguido por el Estado mexicano para enfrentar la tensión entre centralización y poder local, así como para resolver parcialmente el problema de fragmentación, fue crear un Sistema Nacional de Salud coordinado por la Secretaría de Salud federal, pero con administraciones locales semi-autónomas financiado principalmente con recursos federales. El Sistema de Salud coordinaría

¹ Enrique Cabrero, *Las políticas descentralizadoras en México (1983-1993)*, CIDE, 1998.

² Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, *Macroeconomía y salud. Invertir en salud para el desarrollo económico*, FCE, 2006, p. 201.

a los proveedores de servicios médicos y los obligaría a ciertos mínimos de atención y calidad.

La descentralización crearía, en principio, servicios locales bien financiados y planeados. El proceso ha tenido tres etapas que pueden ser identificadas en las reformas puestas en marcha durante los últimos 30 años. La primera etapa se centró en la creación del Sistema de Salud, con un consejo asesor de médicos y en la transferencia de la administración de las clínicas y hospitales de Salubridad a los gobiernos estatales (1983-1994); la segunda etapa se propuso garantizar una rectoría central clara y flujos financieros adecuados para la atención médica básica de todos los ciudadanos (1994-2000); la tercera consistió en crear una estructura financiera con fondos asegurados que garantizará la atención creciente de todos los padecimientos con base en una evaluación del riesgo nacional (2000-2012).

El concepto de *descentralización* tiene tres grados de profundidad: delegación, desconcentración y descentralización. Myriam Cardozo,³ citando a Rondinelli, define la primera “como delegación de la responsabilidad sin perder la posibilidad de reasumirla”; el segundo grado de profundidad es definido como la delegación de cierta autonomía técnica y operativa funcional o territorial; la tercera es propiamente definida como la transferencia de facultades, funciones, programas y recursos reservando la tutela.

Las propuestas de descentralización impulsadas como políticas públicas se justifican a partir de las siguientes racionalidades: *a)* mejorar la participación de las comunidades en el ejercicio de los programas, *b)* promover la democracia, *c)* mejorar la eficiencia del gasto, y *d)* mejorar la atención a los ciudadanos. La historia de los servicios de salud en México ejemplifica el planteamiento de Cabrero cuando hace referencia a los ciclos de centralización-descentralización. Durante el periodo colonial, la administración de los hospitales se encontraba en manos de los municipios; en el periodo independiente previo a la Revolución, pasó a ser controlado por los estados; en 1877, durante la república restaurada, los

³ Myriam Cardozo, “El ámbito sectorial. Análisis de la descentralización en el sector salud (1983-1993)”, en Enrique Cabrero, *Las políticas descentralizadoras en México (1983-1993)*, CIDE, México, 1998, p. 190.

servicios se centralizaron al depender de la beneficencia pública. A partir del fin de la Revolución y de la consolidación de ésta durante el periodo cardenista, se legisló la creación de un departamento federal de salubridad pública que derivó en la primera gran reforma sanitaria del país al crear tanto la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto Mexicano del Seguro Social, bajo la Ley del Seguro Social. En 1959 se creó el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado y posteriormente se crearon institutos de seguridad social nacionales para distintos grupos de trabajadores de paraestatales federales.

La explosión demográfica de las décadas de 1960 y 1970 rebasó a la administración central y se inició un proceso de desconcentración, creando en cada institución zonas regionales administrativas. No es sino hasta la crisis de la década de 1980 que el gobierno se vio obligado a iniciar un proceso de descentralización formal con el fin de transferir responsabilidades y reducir costos al erario federal.

Primera etapa de descentralización

En 1983 se aprobó la reforma constitucional que consagraría el derecho a la salud y en 1984 se promulgó la Ley General de Salud (LGS) que regularía las competencias y responsabilidades en torno a la sanidad pública entre los tres órdenes de gobierno. A partir de la reforma constitucional, el 30 de agosto de 1983 el gobierno federal decretó las bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, la presidencia destacó que la nueva ley de planeación le obligaba a realizar consultas populares. De ellas se obtiene una serie de objetivos;

También hubo una reiterada demanda por descentralizar los distintos aspectos de la vida nacional y reforzar la capacidad de las autoridades y sectores locales para propiciar el desarrollo regional más equilibrado del país; en este sentido, los diversos grupos sociales opinaron en favor de regionalizar los servicios de salud, [...]⁴

A partir de esta identificación el PND establece objetivos específicos:

⁴ DOF, 31 de mayo de 1983, p. 40.

Dentro de los programas sociales cuya orientación se establece, se encuentra el relativo a la salud, que persigue los siguientes propósitos: tender al logro de una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad para todos los habitantes del país; mejorar el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores rurales y urbanos rezagados; contribuir, con respeto íntegro a la voluntad de la pareja, a un crecimiento demográfico concordante con el desarrollo económico y social, y promover la protección social que permita fomentar el bienestar de la población de escasos recursos, especialmente a los menores, ancianos y minusválidos.

La orientación estratégica que al respecto se adoptará, se sustenta en cinco grandes áreas: acciones preventivas; reorganización y modernización de los servicios; consolidación del sistema; reorganización de la asistencia social; y formación, capacitación e investigación.

Estos lineamientos estratégicos apuntan al mejoramiento de las condiciones de salubridad general del país, así como el impulso de la actividad preventiva. Desde la perspectiva administrativa, la estrategia está orientada a la consolidación de un sistema integral, así como a la desconcentración y descentralización de los servicios. Se contemplan acciones específicas orientadas a incrementar la productividad y la eficacia en el manejo de los recursos del sector.

En cuanto a los objetivos de provisión de servicios, desde 1983 se inició un cambio de política que se concentrara en mínimos de salud y en la prevención. Dichos objetivos contrastan con los surgidos en los 30 años anteriores, durante la creación y crecimiento del IMSS, cuando se mantenía una proyección de servicios de seguridad social para toda la población. En 1983, de igual manera, se aprecia un cambio de perspectiva administrativa dirigido a desconcentrar y descentralizar, así como a mejorar la productividad y la eficacia.

En el decreto del 30 de agosto de 1983, en el que se establecen las bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, se señala que la descentralización llevará a la creación de sistemas locales, lo cual permitirá un uso más eficiente de los recursos.

A esta etapa de las reformas se les conoce como reformas estructurales de la salud. Según Guillermo Soberón, secretario de Salud en esa época, citado por Martha Jaramillo,⁵ estas reformas se dividieron en 10 estrategias:

⁵ Martha Jaramillo, "La descentralización de la salud en México: avances y retrocesos", en *Gerencia y Políticas de Salud*, julio-diciembre, año/vol. 6, No. 013, 2007.

descentralización, sectorización institucional, modernización de la SSA, coordinación intersectorial, participación comunitaria, investigación en salud, desarrollo de recursos humanos, información en salud, financiamiento e insumos para el Sistema Nacional de Salud.

Segunda etapa

La siguiente etapa de reformas inició en 1995 con los acuerdos de la Secretaría de Salud para ampliar la cobertura del sistema, finalizar el proceso de descentralización al transferir competencias y financiamiento a todos los estados de la República e incluir los elementos para evaluar los programas que se centran en la salud. De igual modo se crearon programas precisos centrados en sus objetivos para grupos específicos, como Progresá, después Oportunidades.

En el acuerdo nacional para la descentralización de los servicios de salud, publicado el 25 de septiembre de 1996, se establece:

LA DESCENTRALIZACIÓN

El grado actual de desarrollo del país y la complejidad para la ejecución de decisiones tomadas desde el orden federal en responsabilidades que de origen corresponden al orden local, entre otros factores, plantean la necesidad de descentralizar responsabilidades, recursos y decisiones con las que se cumple un doble propósito: el político, al fortalecer el federalismo y reintegrar a la esfera local las facultades que les eran propias al suscribir el pacto federal; y el social, al acercar a la población servicios fundamentales, que al ser prestados por los estados aseguran a los usuarios mayor eficiencia y oportunidad.

Los objetivos señalados se vinculan con los siguientes principios:

1. Los estados de la Federación asumirán cabalmente las responsabilidades que la Ley General de Salud les ha asignado.
2. Los estados de la Federación manejarán y operarán directamente los servicios de salud, en el ámbito de su competencia.
3. Los estados de la Federación manejarán, y operarán directamente los recursos financieros con la posibilidad de distribuirlos de forma acorde con las necesidades de los servicios y con las prioridades locales.
4. Los estados de la Federación participarán efectivamente en el diseño e instrumentación de la Política Nacional de Salud.
5. El fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud se dará a partir de la consolidación de los sistemas estatales.
6. La integración al ámbito estatal de las estructuras administrativas que actualmente operan los servicios federales de salud.

7. El desahogo de las cargas de trabajo administrativo para la Secretaría de Salud permitirá hacer eficaz su reorientación como instancia normativa y operativa en aquellas materias que son de ejercicio exclusivo de la Federación.
8. El acercamiento de la autoridad local a la población demandante de servicios de salud, revitalizará la relación entre éstas y permitirá ejecutar con eficacia las funciones del Municipio en actividades sanitarias de conformidad con lo que la misma ley ordena, y
9. En el marco del pleno respeto a los derechos laborales, se podrán desarrollar fórmulas innovadoras que permitan llevar hasta el límite regional los apoyos efectivos en beneficio de los trabajadores de la salud.

La descentralización de los servicios no implicará en medida alguna la desaparición de objetivos y estrategias nacionales en materia de salud, pero sí una nueva forma de relación entre las autoridades federales, entidades federativas y municipios, para el establecimiento de las metas y la consecución de los objetivos.⁶

El acuerdo nacional de 1996 da un nuevo impulso al proceso de descentralización, especialmente al fortalecer el Consejo Nacional de Salud, integrado por las autoridades de las áreas de salud del país. El Consejo es propuesto como el órgano donde se propondrán lineamientos para la coordinación entre las autoridades y se percibe que logrará resolver algunos de los problemas administrativos surgidos por la transferencia de responsabilidades.

El acuerdo de descentralización de 1996 contrasta poco con el decreto de descentralización de 1983. Se trata de revitalizar el proceso que quedó trunco en 1983 al no firmar convenios algunos estados de la República.

Tercera etapa

Esta puede identificarse con la reforma de la Ley General de Salud en 2003, en la cual se crea la Comisión Nacional de Protección Social en Salud con un enfoque de ampliación de cobertura con beneficios definidos a la población abierta en los estados de la República y se establece una política pública por ley que determina que se otorguen recursos especiales hasta 2010 para registrar a la población abierta al Sistema de Protección Social en Salud. En las disposiciones generales

⁶ Acuerdo nacional para la descentralización de los servicios de salud, DOF, 25 de septiembre de 1996.

del nuevo título sobre la protección social en salud, el artículo 77 Bis 1 establece los derechos específicos de los ciudadanos mexicanos en materia de salud:

ARTÍCULO 77 BIS 1. Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

Las disposiciones reglamentarias establecerán los criterios necesarios para la secuencia y alcances de cada intervención que se provea en los términos de este Título.⁷

El programa concreto ante la sociedad que hace realidad el Sistema de Protección es el llamado Seguro Popular. Éste reporta que ha registrado al universo de la población sin seguridad social, cumpliendo con la meta de universalizar la otorgación de derechos; sin embargo, aún no se constata el otorgamiento de servicios.

Evaluación del proceso de descentralización de los servicios de salud

Myriam Cardozo⁸ señala que el proceso legal de las reformas estructurales fue rápido y sin mucha negociación, contrario al proceso de implementación. Los elementos sugeridos por esta autora para evaluar el proceso de descentralización se resumen en los siguientes: *a)* recursos financieros, *b)* recursos humanos, *c)* recursos materiales, y *d)* aspectos políticos.

Cardozo concluye:

⁷ Ley General de Salud

⁸ Myriam Cardozo, *op. cit.*, pp. 260-270.

1. El proceso de descentralización al iniciarse durante la crisis de la deuda, no sólo no aumentó las transferencias a los estados, sino que al depender de gasto propio, algunos estados en la primera oleada de descentralización disminuyeron su gasto.
2. Las restricciones financieras desequilibraron el crecimiento de los recursos físicos y de recursos humanos en los estados. Algunos mejoraron, otros empeoraron.
3. La comparación entre el grupo de estados con responsabilidades sanitarias y los que aún no habían sido descentralizados, era favorable a los estados sin control sanitario. Los elementos a comparar eran cobertura, utilización de servicios, accesibilidad, productividad, calidad y equidad.
4. Dado que los resultados sanitarios solo pueden observarse después de varios años, los indicadores no mostraron diferencias claras entre unos estados y otros.

En relación con el último punto, Cardozo considera crucial una negociación adecuada con los gobiernos para determinar los espacios de mejora autónoma y los indicadores de gestión que se deberían alcanzar. Distintos estudios concuerdan con el análisis de Cardozo, en lo general. Carlos Ornelas destaca que la primera etapa careció de consenso y de claros objetivos de operación.⁹

Sin embargo, la evidencia acerca de las bondades de un proceso de descentralización dirigido desde el centro no es concluyente. Por ejemplo, el seguimiento de procesos de este tipo en otros países, según Nuria Homedes,¹⁰ especialmente el de los sistemas de salud, muestra que los gobiernos estatales no están dispuestos a compartir las atribuciones con los gobiernos municipales ni éstos con las localidades, es decir, las élites gubernamentales de los distintos

⁹ Carlos Ornelas, "La descentralización de los servicios de educación y salud en México", en Emanuela di Gropello (comp.), *La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*, CEPAL, 1998.

¹⁰ Nuria Homedes y Antonio Ugalde (coords.), *Decentralizing Health Services in Mexico*, USCD, Estados Unidos, 2006, pp. 22-25.

niveles de gobierno ejercen un poder de centralización. Respecto de la promoción de la democracia, la evidencia citada muestra que la descentralización no tiene ningún impacto.

En cuanto a mejorar la eficiencia del gasto, la evidencia en el mundo, según Antonio Ugalde y Nuria Homedes, muestra contundentemente que la descentralización no sólo no lo logra, sino que hace más ineficiente el gasto, en especial la duplicación de puestos administrativos para cumplir la reglamentación; la falta de recursos humanos especializados aumenta los errores y los costos; las economías de escala se pierden y el manejo de los recursos en manos de administradores sin experiencia desvía los probables beneficios. Respecto a mejorar la atención a los usuarios, la evidencia citada por Homedes muestra que es difícil apreciar los cambios en la provisión de servicios, puesto que al preguntarles a los ciudadanos de bajos recursos acerca de los procedimientos recibidos, éstos no cuentan con información, de ahí que el reporte de satisfacción no sea el mejor para lograr este propósito.

En lo referente a la segunda etapa, Martha Jaramillo resalta la formación de un consenso entre los gobiernos estatales y el gobierno federal acerca de cómo llevar a cabo la siguiente ola de descentralización, especialmente cuáles serían los límites de las transferencias financieras redistribuidas entre los estados, así como las funciones administrativas precisas.¹¹ Tanto los decretos, acuerdos y reformas de la última etapa de la renovación del Sistema Nacional de Salud se dirigen a cimentar el proceso de descentralización con coordinación central de los parámetros de calidad de los servicios ofrecidos por los estados.

El Seguro Popular se convierte en el ejemplo de reestructuración del Sistema Nacional de Salud de la tercera etapa de reformas. Por un lado, tiene reglas centrales de calidad, un catálogo de padecimientos e intervenciones cubiertas y reglas de transferencias de recursos según la población abierta; por el otro, los estados administran la red de servicios y pueden derivar recursos humanos y materiales para atender padecimientos locales o regionales y de esta

¹¹ Op. Cit.

manera hacer más eficiente su uso. Las reglas del programa pueden derivar, sin embargo, en un nuevo modelo centralizador o permitir la eficiencia local.

La literatura especializada coincide en afirmar que la forma de evaluar una reforma de salud es con base en las condiciones de salud de la población en el mediano y largo plazos. A pesar de que han pasado 16 años desde la segunda reforma —aunada la reforma de la Ley general de Salud de 2003, que dio pie al adecuado financiamiento de la ampliación de la cobertura de la población abierta, por medio del Seguro Popular—, no es posible aún determinar con precisión cuál ha sido el efecto de estas reformas. Según los últimos estudios citados por Homedes y Ugalde, el proceso de descentralización no ha dado buenos resultados: se han perdido recursos, han aumentado las desigualdades entre los estados y las políticas son ambivalentes. Por ejemplo, que Oportunidades, IMSS-Solidaridad y ahora el Seguro Popular sean programas diseñados, fondeados y administrados centralmente, deja a los administradores locales de las políticas de salud con poco margen de maniobra.

La evaluación de estos programas, sin embargo, es favorable. El Consejo Nacional de Evaluación (Coneval), responsable nacional de evaluar los programas sociales, reporta los siguientes hallazgos al respecto del Seguro Popular:

1) Los gastos catastróficos disminuyeron en el grupo tratamiento (población afiliada al Seguro Popular); los resultados de las regresiones logísticas sugieren que hay un efecto protector significativo del SP contra los gastos catastróficos a nivel poblacional, variando su magnitud dependiendo del umbral. 2) Al evaluar la afiliación al SP por grupos de la población, la evaluación concluyó que la afiliación está beneficiando a los grupos más pobres, particularmente a los beneficiarios de Oportunidades. 3) La utilización de servicios de salud es mayor entre los afiliados al SP; los afiliados al SP tienen una mayor probabilidad de utilización basada en necesidad percibida (62%).¹²

La evaluación del proceso administrativo de descentralización permite conclusiones ambivalentes: por una parte, es evidente que el proceso no resultó fácil de implementar (se han requerido tres etapas, cada una de casi 10 años para poder finalizarlo adecuadamente); por otra, sus resultados en materia de planeación local epidemiológica no parecen resolver los problemas de salud

¹² Coneval, evaluación de programas sociales (acceso, 20 de junio de 2012).

locales si consideramos el rezago de los estados pobres. Por otro lado, las evaluaciones al Seguro Popular muestran que la estrategia de otorgar financiamiento por persona funciona, por lo menos al disminuir el gasto en salud por familia.

Indicadores de salud

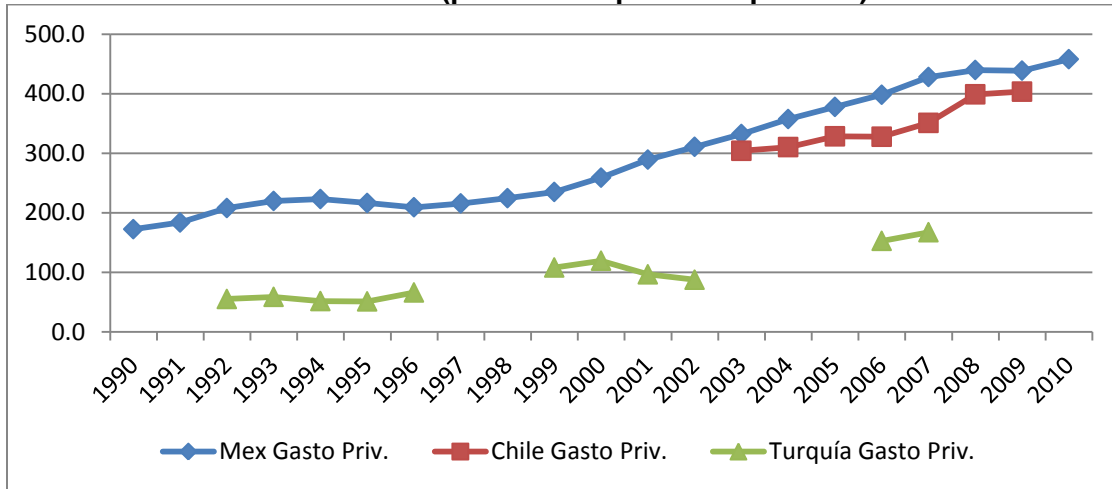
A continuación se aportan algunos datos comparativos históricos para apreciar los avances de México en términos absolutos y relativos. La OCDE reporta que México dedicó 6% de su producto interno bruto (PIB) al gasto en salud, siendo la proporción más baja del grupo de países, tres puntos porcentuales abajo de la media (9%). El gasto, a pesar de ser más bajo, tiene un incremento anual porcentual menor que el resto de los países: el promedio mexicano, según la organización, es de 3.3% y la media del grupo es de 4%. Desagregando el gasto, el gasto público de México en salud fue de 46% en los últimos años, cuando el promedio de la OCDE fue de 72 por ciento.

El resto de los indicadores sufren igualmente de promedios muy por debajo de la media del grupo de países en la OCDE. El número de médicos es de 2 por cada mil habitantes, sin hablar de su distribución territorial, mientras que el promedio en la OCDE es de 3.2; el número de enfermeras es de 2.5 por cada mil, mientras que el promedio es de 9. La disponibilidad de aparatos de imagenología moderna es de solo 1.5 por cada millón de habitantes, cuando en el resto de los países del grupo es de 12.6. La mortalidad infantil es la más alta y los niveles de obesidad son sólo comparables con los de Estados Unidos, con lo que conlleva en costos.¹³

Para ser más precisos, en la Gráfica 1 se comparan dos países de la OCDE con economías medias similares a la mexicana.

¹³ OECD, *Health Statistics*, 2011 (acceso: 20 de junio de 2012).

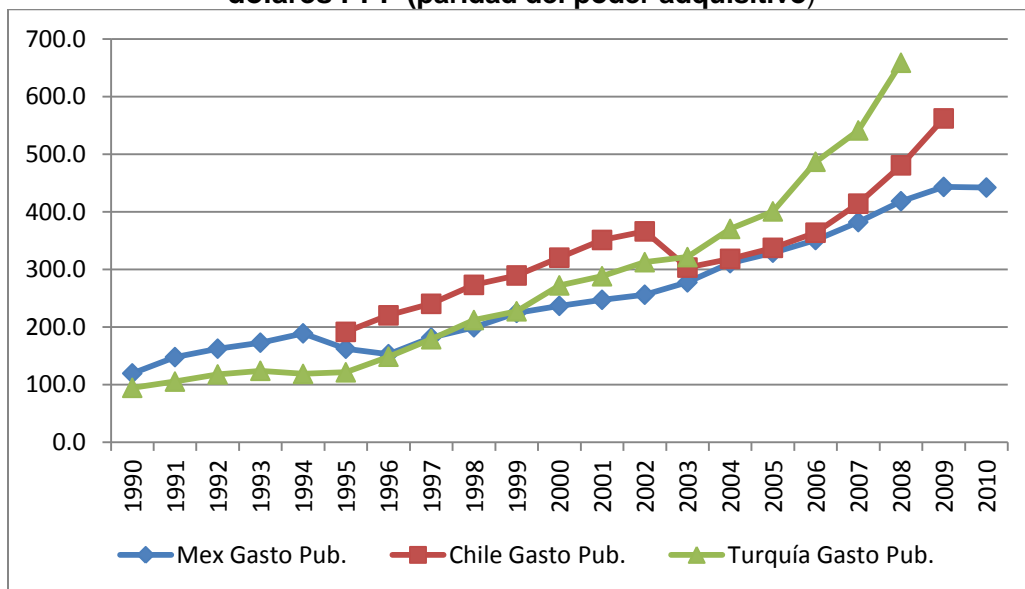
Gráfica 1. Gasto privado en salud per cápita, dólares PPP (paridad del poder adquisitivo)



Fuente: OECD, *Health Statistics*, 2011 (acceso: 20 de septiembre de 2012).

En las gráficas 1 y 2 se aprecia una tendencia pronunciada de aumento del gasto privado (gasto de bolsillo) en los casos de México y Chile, y si bien una tendencia de aumento del gasto público, este gasto tiene una pendiente menor que en los casos de Chile y Turquía.

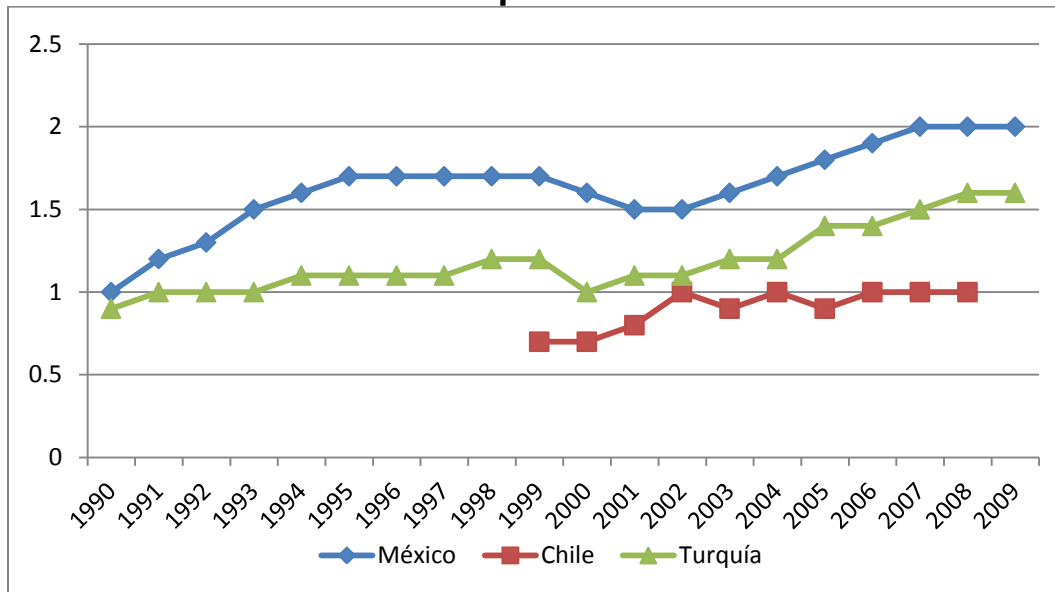
Gráfica 2. Gasto público en salud per cápita, dólares PPP (paridad del poder adquisitivo)



Fuente: OECD, *Health Statistics*, 2011 (acceso: 20 de junio de 2012).

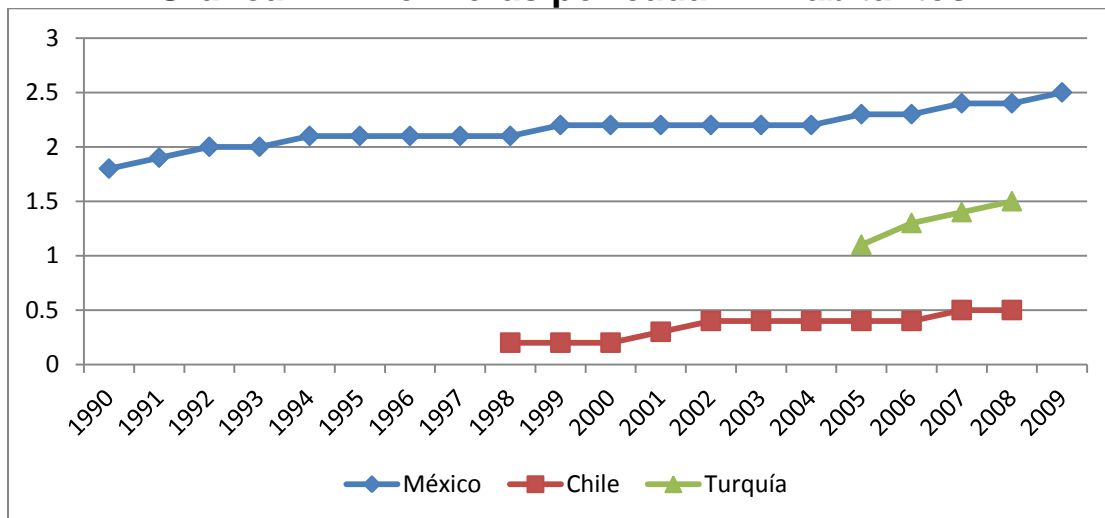
En el caso de las siguientes gráficas se aprecia que México, a pesar de contar con más médicos y enfermeras por cada mil habitantes, tiene menos camas de hospital (gráficas 3, 4 y 5). De igual modo, se aprecia un aumento de los recursos humanos en la última década en el caso de México, con el mismo número de camas.

Gráfica 3. Médicos por cada mil habitantes



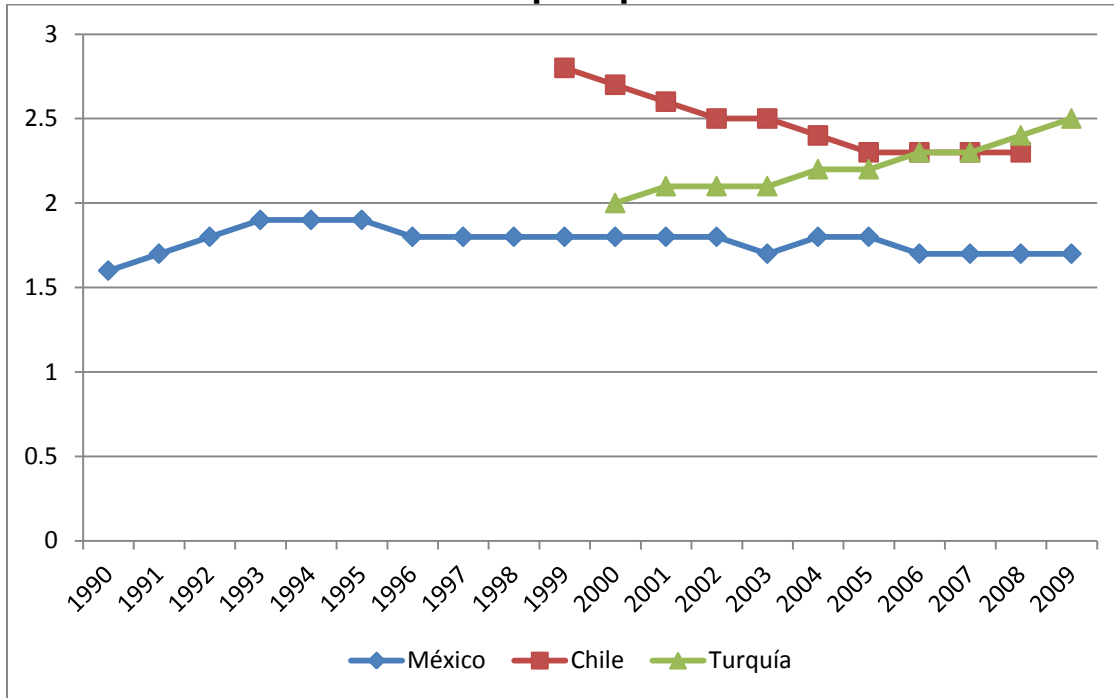
Fuente: OECD, *Health Statistics*, 2011 (acceso: 20 de junio de 2012).

Gráfica 4. Enfermeras por cada mil habitantes



Fuente: OECD, *Health Statistics*, 2011 (acceso: 20 de junio de 2012).

Gráfica 5. Camas de hospital por cada mil habitantes



Fuente: OECD, *Health Statistics*, 2011 (acceso: 20 de junio de 2012).

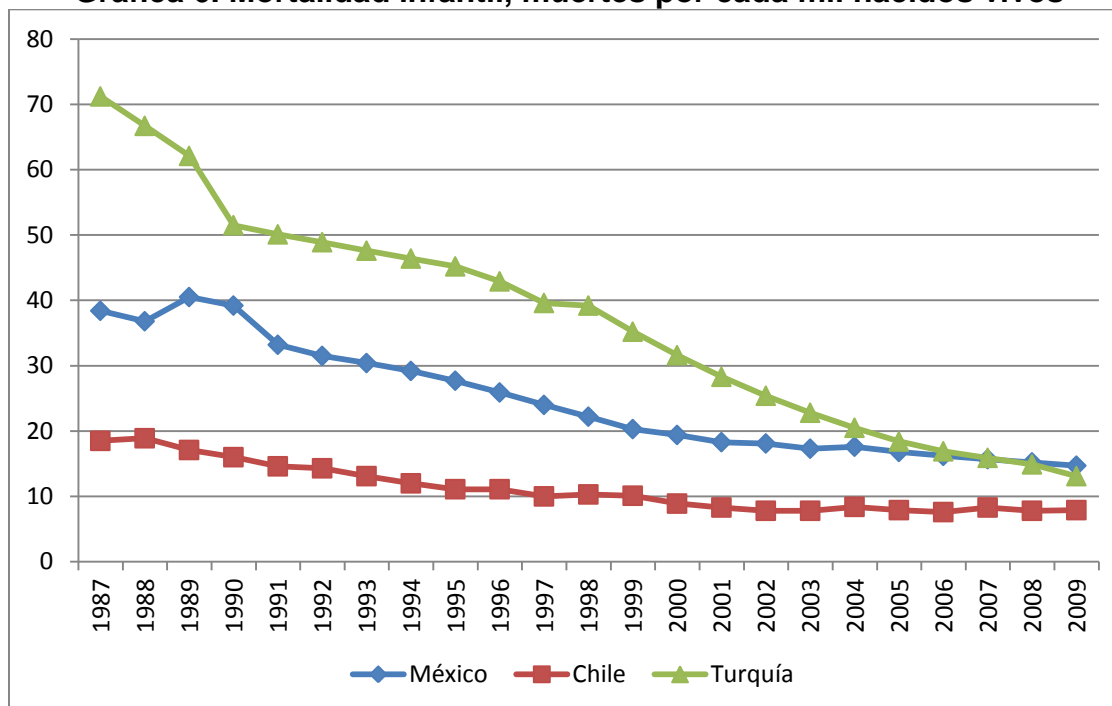
Las mortalidades materna e infantil son los indicadores más certeros de la calidad del servicio médico, pues miden la accesibilidad de los servicios, un adecuado tratamiento y seguimiento, y, especialmente, una atención prioritaria a los más vulnerables. La Gráfica 6 muestra que si bien en México ha disminuido la mortalidad infantil a lo largo del tiempo, Turquía ha mejorado exponencialmente su indicador.

En el caso de la mortalidad materna, las diferencias de las distintas regiones del país (Tabla 1) muestran desigualdades profundas en la atención materna; el hecho de que en los estados más pobres la mortalidad sea casi el doble que en los más ricos agrega un elemento mayor de desigualdad a la atención sanitaria.

En la gráfica 7 se observa la diferencia en las tasas brutas de mortalidad por estados representativos a lo largo del tiempo. Resalta que Chiapas, a pesar de tener una población más joven, presenta tasas de mortalidad mayores que las otras dos entidades, claramente debido al diferencial de riqueza entre los tres. De

igual manera resalta la disminución de la mortalidad general en el país, hasta 2010, en que se volvió a los parámetros de 1990.

Gráfica 6. Mortalidad infantil, muertes por cada mil nacidos vivos



Fuente: OECD, *Health Statistics*, 2011 (acceso: 20 de junio de 2012).

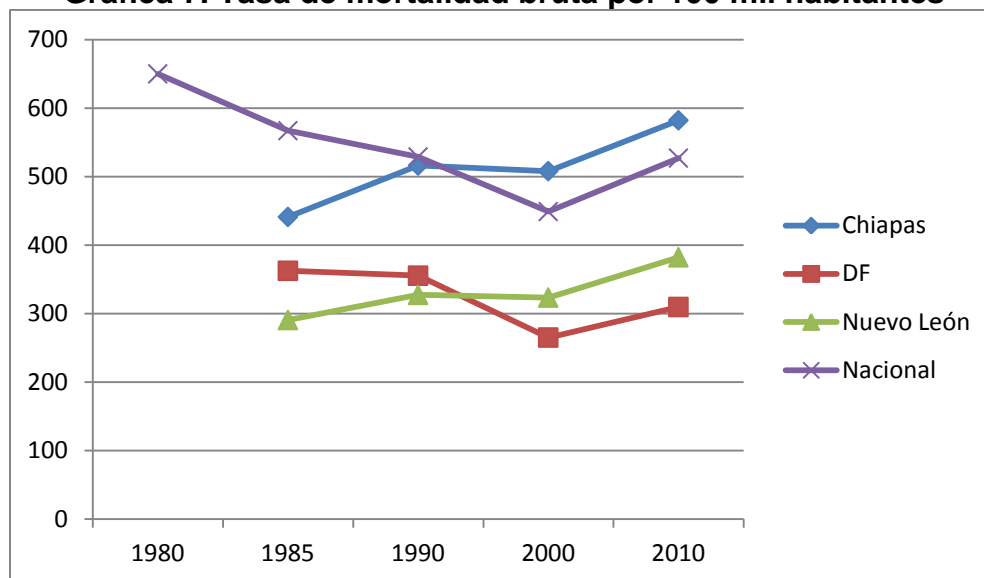
Tabla 1. Razones de mortalidad materna y número de muertes maternas en México a nivel nacional y por región, 2005 y 2008

Región	Razón de mortalidad materna		Número absoluto de muertes maternas	
	2005	2008	2005	2008
Nacional	63.4	57.2	1241	1119
Región 1	57.6	52.9	80	69
Región 2	56.7	48.3	439	375
Región 3	55.9	51.8	102	95
Región 4	57.4	50.3	264	233
Región 5	69.4	72.1	119	126
Región 6	102	97.3	237	221

Nota: Región 1: Distrito Federal (residencia de 7% de las mujeres de 15-49 años); Región 2: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Colima, Jalisco, México, Nuevo León, Sonora y Tamaulipas (41%); Región 3: Durango, Morelos, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa y Tlaxcala (9%); Región 4: Campeche, Guanajuato, Michoacán, Nayarit, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco, Yucatán y Zacatecas (24%); Región 5: Hidalgo y Veracruz (10%); y Región 6: Chiapas, Guerrero y Oaxaca (9%).

Fuente. Tomado de Fátima Juárez et al., *Barreras para la maternidad segura en México*, Institute Guttmacher, México, 2010.

Gráfica 7. Tasa de mortalidad bruta por 100 mil habitantes



Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud, Secretaría de Salud, estadísticas de mortalidad (acceso: 21 de junio de 2012).

Observaciones finales

La evidencia comentada en el texto resalta algunos problemas de la primera etapa de descentralización; establece que estuvo lejos de cumplir con las expectativas, principalmente por la falta de consensos políticos y de claridad en el proceso de concreción de las políticas diseñadas centralmente. Sin embargo, los indicadores en materia de salud del periodo muestran avances considerables, en especial al compararlos con los datos de los siguientes años.

En cuanto a la segunda y tercera etapas, la evaluación aún no es clara, si bien en esta ocasión se consensaron con los estados los límites de la descentralización; el proceso se volvió ambivalente al crearse programas nacionales y centrales con grandes presupuestos que intervenían en la provisión de servicios a la población pobre y posteriormente a la población sin seguridad social en lo general.

Al evaluar los avances de los últimos 30 años en los indicadores principales de salud, se aprecia un ritmo de mejoría constante, pero lento. Al comparar los

datos con dos países miembros de la OCDE con economías medias y con procesos de descentralización en los mismos periodos, se aprecia que Turquía y Chile tienen mejores resultados y mejoran con mayor rapidez.

2006

- **Disciplina partidista en México: el voto dividido de las fracciones parlamentarias durante las LVII, LVIII y LIX legislaturas**
María de los Ángeles Mascott Sánchez
- **Panorama mundial de las pensiones no contributivas**
Sara María Ochoa León
- **Sistema integral de justicia para adolescentes**
Efrén Arellano Trejo
- **Redes de política y formación de agenda pública en el Programa Escuelas de Calidad**
Alejandro Navarro Arredondo
- **La descentralización de las políticas de superación de la pobreza hacia los municipios mexicanos: el caso del programa hábitat**
Alejandro Navarro Arredondo
- **Los avances en la institucionalización de la política social en México**
Sara María Ochoa León
- **Justicia especializada para adolescentes**
Efrén Arellano Trejo
- **Elementos de análisis sobre la regulación legislativa de la subcontratación laboral**
José de Jesús González Rodríguez
- **La gestión, coordinación y gobernabilidad de las metrópolis**
Salvador Moreno Pérez
- **Evolución normativa de cinco esquemas productivos del Fondo de Apoyo para Empresas en Solidaridad: de la política social al crecimiento con calidad**
Mario Mendoza Arellano

2007

- **La regulación del cabildeo en Estados Unidos y las propuestas legislativas en México**
María de los Ángeles Mascott Sánchez
- **Las concesiones de las autopistas mexicanas, examen de su vertiente legislativa**
José de Jesús González Rodríguez
- **El principio del que contamina paga: alcances y pendientes en la legislación mexicana**
Gustavo M. Meixueiro Nájera
- **Estimación de las diferencias en el ingreso laboral entre los sectores formal e informal en México**
Sara María Ochoa León
- **El referéndum en la agenda legislativa de la participación ciudadana en México**
Alejandro Navarro Arredondo
- **Evaluación, calidad e inversión en el sistema educativo mexicano**
Francisco J. Sales Heredia
- **Reestructuración del sistema federal de sanciones**
Efrén Arellano Trejo

- **El papel del Estado en la vinculación de la ciencia y la tecnología con el sector productivo en México**
Claudia Icela Martínez García
- **La discusión sobre la reforma política del Distrito Federal**
Salvador Moreno Pérez
- **Oportunidades y Seguro Popular: desigualdad en el acceso a los servicios de salud en el ámbito rural**
Karla S. Ruiz Oscura
- **Panorama del empleo juvenil en México: situación actual y perspectivas**
Víctor Hernández Pérez
- **50 aniversario de la conformación de la Unión Europea**
Arturo Maldonado Tapia
- **Las dificultades de las transiciones administrativas en los municipios de México**
César Augusto Rodríguez Gómez
- **La segunda vuelta electoral, experiencias y escenarios**
José de Jesús González Rodríguez
- **La reestructuración organizacional en Petróleos Mexicanos**
Alejandro Navarro Arredondo
- **¿Cómo debemos distribuir cuando nuestro objetivo es la justicia social?**
Francisco J. Sales Heredia
- **Participación de Pemex en el gasto social de alguno de los estados de la república**
Francisco J. Sales Heredia
- **La Ley General de Desarrollo Social y la medición de la pobreza**
Sara María Ochoa León
- **El debate sobre el desarrollo sustentable o sostenible y las experiencias internacionales de desarrollo urbano sustentable**
Salvador Moreno Pérez
- **Nueva legislación en materia de medios de comunicación**
Efrén Arellano Trejo
- **El cambio climático en la agenda legislativa**
María Guadalupe Martínez Anchondo

2008

- **¿Qué distribuir cuando nuestro objetivo es la justicia social?**
Francisco J. Sales Heredia
- **La reforma al Poder Judicial en el marco de la Reforma del Estado**
José de Jesús González Rodríguez
- **El Poder Legislativo y la construcción de la cultura democrática**
Efrén Arellano Trejo
- **La evaluación y el diseño de políticas educativas en México**
Juan Carlos Amador Hernández
- **Migración y codesarrollo**
Alejandro Navarro Arredondo

- **Reforma penal: los beneficios procesales a favor de la víctima del delito**
Oscar Rodríguez Olvera
- **Construcción de ciudadanía y derechos sociales**
Sara María Ochoa León
- **El desarrollo regional y la competitividad en México**
Salvador Moreno Pérez
- **La modernización de la gestión pública: el potencial de la tecnología de información**
Eduardo Rojas Vega
- **La gestión del agua en los gobiernos locales de México**
César Augusto Rodríguez Gómez
- **Excedentes petroleros y desarrollo regional**
José de Jesús González Rodríguez
- **El sector eléctrico como política de Estado en el desarrollo nacional**
María Guadalupe Martínez Anchondo
- **Ciudadanía y calidad de vida: consideraciones en torno a la salud**
Francisco J. Sales Heredia
- **Actores y decisiones en la reforma administrativa de Pemex**
Alejandro Navarro Arredondo
- **Turismo: actor de desarrollo nacional y competitividad en México**
Octavio Ruiz Chávez
- **Fiscalización y evaluación del gasto público descentralizado en México**
Juan Carlos Amador Hernández
- **Impacto de la actividad turística en el desarrollo regional**
Gustavo M. Meixueiro Nájera
- **Apuntes para la conceptualización y la medición de la calidad de vida en México**
Sara María Ochoa León
- **Migración, remesas y desarrollo regional**
Salvador Moreno Pérez
- **La reforma electoral y el nuevo espacio público**
Efrén Arellano Trejo
- **La alternancia municipal en México**
César Augusto Rodríguez Gómez
- **Propuestas legislativas y datos de opinión pública sobre migración y derechos humanos**
José de Jesús González Rodríguez
- **Los principales retos de los partidos políticos en América Latina**
César Augusto Rodríguez Gómez / Oscar Rodríguez Olvera
- **La competitividad en los municipios de México**
César Augusto Rodríguez Gómez
- **Consideraciones sobre la evaluación de las políticas públicas: evaluación ex ante**
Francisco J. Sales Heredia
- **Construcción de la agenda mexicana de Cooperación transfronteriza**
Iván H. Pliego Moreno

- **Instituciones policiales: situación y perspectivas de reforma**
Efrén Arellano Trejo
- **Rendición de cuentas de los gobiernos locales**
Juan Carlos Amador Hernández
- **La infraestructura y la competitividad en México**
Salvador Moreno Pérez
- **¿Seguimos o cambiamos la forma de evaluar los programas sociales en México?**
Octavio Ruiz Chávez

2009

- **Nuevos patrones de la urbanización. Interacción económica y territorial en la Región Centro de México.**
Anjanette D. Zebadúa Soto
- **La Vivienda en México y la población en condiciones de pobreza**
Liliam Flores Rodríguez
- **Secuestro. Actualización del marco jurídico.**
Efrén Arellano Trejo
- **Crisis económica y la política contracíclica en el sector de la construcción de vivienda en México.**
Juan Carlos Amador Hernández
- **El lavado de dinero en México, escenarios, marco legal y propuestas legislativas.**
José de Jesús González Rodríguez
- **Transformación de la esfera pública: Canal del Congreso y la opinión pública.**
Octavio Ruiz Chávez
- **Análisis de lo temas relevantes de la agenda nacional para el desarrollo metropolitano.**
Salvador Moreno Pérez
- **Racionalidad de la conceptualización de una nueva política social.**
Francisco J. Sales Heredia
- **Desarrollo local y participación ciudadana**
Liliam Flores Rodríguez
- **Reglas de operación de los programas del Gobierno Federal: Una revisión de su justificación y su diseño.**
Gilberto Fuentes Durán
- **La representación política en México: una revisión conceptual y de opinión pública**
Gustavo Meixueiro Nájera
- **La reforma electoral, avances y pendientes**
César Augusto Rodríguez Gómez
- **La alianza por la Calidad de la Educación: modernización de los centros escolares y profesionalización de los maestros**
Juan Carlos Amador Hernández
- **200 años de federalismo en México: una revisión histórico.**
Iván H. Pliego Moreno
- **Tendencias y percepciones sobre la Cámara de Diputados.**
Efrén Arellano Trejo

- **Paquete Económico 2010 y la Agenda de Reformas. Puntuaciones.**
Juan Carlos Amador Hernández
- **Liberalismo Económico y algunos de sus impactos en México.**
Carlos Agustín Vázquez Hernández
- **Error judicial y responsabilidad patrimonial del Estado**
José de Jesús González Rodríguez
- **El papel del Congreso en la evaluación de los programas sociales sujetos a reglas de operación**
Salvador Moreno Pérez
- **Representación jurídica para la población indígena en el Sistema de Justicia Nacional**
Jesús Mendoza Mendoza

2010

- **2009, un año de crisis para el turismo**
Octavio Ruiz Chávez
- **Contenido y perspectivas de la reforma penal y de seguridad pública.**
Efrén Arellano Trejo
- **Federalismo fiscal en México, entre la economía y la política.**
Iván H. Pliego Moreno
- **La comunidad indígena en el contexto urbano. Desafíos de sobrevivencia.**
Jesús Mendoza Mendoza
- **Proyectos productivos. La experiencia del programa Joven Emprendedor Rural. Premisas de diseño de políticas públicas y primeros resultados.**
Liliam Flores Rodríguez
- **Los resultados de los fondos metropolitanos en México**
Salvador Moreno Pérez
- **Sector privado y generación de energía eléctrica**
José de Jesús González Rodríguez
- **Situación de la vivienda en el Estado de Tamaulipas 2005-2030**
Gabriela Ponce Sernicharo
- **Acercamiento al tema de desarrollo regional y a programas implementados en el periodo 2000-2010**
Roberto Ocampo Hurtado
- **Reformas electorales en México: evolución y pendientes**
Gustavo Meixueiro Nájera e Iván H. Pliego Moreno
- **Concepción de justicia social en las constituciones de México**
Francisco J. Sales Heredia
- **Jóvenes en conflicto con la ley. Situación posterior a la Reforma Constitucional**
Juan Pablo Aguirre Quezada
- **La cooperación técnica en las políticas de protección ambiental de los municipios mexicanos**
Alejandro Navarro Arredondo
- **Panorama de la condición indígena en México**
Gabriela Ponce Sernicharo y René Flores Arenales

- **Reflexiones sobre la obligatoriedad de la educación media superior en México**
Alejandro Navarro Arredondo
- **Determinación de los precios de las gasolinas y el diesel en México**
Gabriel Fernández Espejel
- **Migración y derechos humanos. La migración indocumentada en México y algunas opiniones sobre la ley SB1070.**
Salvador Moreno Pérez
- **Mortalidad materna en México: análisis según proporción de población indígena a nivel municipal (2006)**
Gabriela Ponce Sernicharo
- **Vinculación entre los jóvenes y la educación media tecnológica**
Juan Pablo Aguirre Quezada
- **Seguridad económica, desarrollo humano y pobreza**
Jesús Mena Vázquez
- **Trabajo infantil. Datos para su análisis legislativo**
José de Jesús González Rodríguez
- **Relaciones intergubernamentales en materia de infraestructura e infraestructura social básica**
Cornelio Martínez López

2011

- **Impacto de la reforma constitucional en el sistema de ejecución de sentencias**
Efrén Arellano Trejo
- **El acceso al empleo de los adultos mayores.**
Juan Pablo Aguirre Quezada
- **Deuda sub nacional en México.**
Gabriel Fernández Espejel
- **Rendición de cuentas en el ámbito municipal: un análisis de la información proporcionada por cuatro municipios de Oaxaca acerca de obras realizadas con recursos del FISM**
Jesús Mena Vázquez
- **El Programa de Empleo Temporal**
Cornelio Martínez López
- **Examen de los aspectos relevantes del Programa Hábitat**
Salvador Moreno Pérez
- **La colaboración público-privada en el financiamiento de la investigación**
Alejandro Navarro Arredondo
- **El programa 3x1 para migrantes. Datos y referencias para una revisión complementaria.**
José de Jesús González Rodríguez
- **Habitar en México: Calidad y rezago habitacional en la primera década del milenio.**
Gabriela Ponce Sernicharo
- **La población en el polígono central del Distrito Federal en 2005**
Gabriela Ponce Sernicharo y René Flores Arenales
- **Pobreza multidimensional en los jóvenes**
Juan Pablo Aguirre Quezada

- **Educación, pobreza y desigualdad en el bachillerato mexicano**
Alejandro Navarro Arredondo
- **Fragmentación del sistema de salud y la evolución del gasto de las familiar en salud, 2000-2010**
Francisco J. Sales Heredia
- **El programa para el desarrollo de zonas prioritarias: evolución y evaluación**
Luis Armando Amaya León y Roberto Ocampo Hurtado
- **Reproducción de pobreza indígena**
Jesús Mena Vázquez
- **El gasto catastrófico en salud como factor de vulnerabilidad**
Francisco J. Sales Heredia
- **Acciones colectivas en México: la construcción del marco jurídico**
Efrén Arellano Trejo y J. Guadalupe Cárdenas Sánchez
- **Minería en México. Referencias generales, concesiones, y propuestas legislativas**
José de Jesús González Rodríguez
- **El Consejo Nacional de Evaluación y los programas sociales**
Cornelio Martínez López
- **La fiscalización superior en México. Auditorías al desempeño de la función de desarrollo social**
Salvador Moreno Pérez
- **Incidencia delictiva en los 125 municipios más marginados del país**
Juan Pablo Aguirre Quezada
- **Políticas selectivas contra la pobreza en los 125 municipios mexicanos más marginados**
Alejandro Navarro Arredondo
- **Extinción de dominio**
José de Jesús González Rodríguez
- **Cooperación internacional para el desarrollo**
Luis Armando Amaya León
- **Las propuestas de participación ciudadana en el marco de la reforma política en la LXI Legislatura**
Cornelio Martínez López
- **Ley anti monopolios y la competencia económica en México**
Gabriel Fernández Espejel
- **La coordinación ministerial en el gobierno federal mexicano**
Alejandro Navarro Arredondo
- **El reto de la obesidad infantil en México**
Juan Pablo Aguirre Quezada
- **La transformación de la Cámara de Diputados**
Efrén Arellano Trejo
- **Acceso a servicios médicos en los 125 municipios con menor desarrollo en el país**
Francisco J. Sales Heredia
- **Condiciones sociales de la población indígena e inversión federal en los 125 municipios con menor IDH**
Jesús Mena Vázquez
- **La agenda binacional México-Estados Unidos del tema de migración: legislación y política pública**
Salvador Moreno Pérez
- **Vulnerabilidad social y riesgo de caer en pobreza en México**
Gabriela Ponce Sernicharo
- **Cooperación entre el gobierno local y organizaciones de la sociedad civil en políticas sociales**
Alejandro Navarro Arredondo

