

La descentralización de servicios de salud en México: hacia la amnesia total o hacia la resurrección de la política

Myriam Cardozo Brum

Hace aproximadamente 10 años empezó, con bombo y platillo, el denominado proceso de descentralización de la administración pública federal, mismo que incluía al de servicios de salud para población abierta, o sea, aquella que no tiene derecho al Seguro Social ni está en condiciones de pagar una atención privada. Ésta se proponía integrar en un solo organismo, Sistema Estatal de Salud (Sesa), los servicios que antes brindaban el Gobierno federal, los gobiernos estatales o el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar), a fin de racionalizar dicha oferta y acercar los procesos de toma de decisiones al lugar donde se generan los problemas. "Casualmente", la mayoría de los países latinoamericanos comenzaron en esos años procesos similares. En el caso mexicano se preveía su generalización a todo el país para fines de 1986, sin embargo, en diciembre de 1987 se descentralizó el décimo cuarto y último estado (Quintana Roo) y a partir de esa fecha comenzó el creciente olvido, avanzándose mínimamente hacia algunos pocos municipios o sistemas locales de salud (Silos) en varios estados, pero

Myriam Cardozo Brum es investigadora del CIDE.

siempre con fuertes limitaciones en las funciones delegadas y los recursos para llevarlas a cabo.¹

Muchas preguntas quedan sin una clara respuesta:

1) ¿Por qué se procedió a la descentralización de servicios de salud a población abierta?

2) ¿Fue realmente una descentralización?

3) ¿Cómo se seleccionaron los 14 estados en que se realizó el proceso desde el gobierno federal hacia los estatales?

4) ¿Por qué después de tanta actividad desarrollada por la Secretaría de Salud (SSA) en relación con el tema, éste cayó en un estado de creciente olvido?

5) ¿Cómo se han comportado los estados descentralizados en comparación con los no descentralizados?

6) ¿Qué perspectivas se plantean hacia el final de un sexenio de amnesia? ¿Resucitará esta política?

En el presente artículo pretendemos arrojar un poco de luz a la respuesta de estas preguntas planteando al menos algunas hipótesis y argumentando las mismas.

Antecedentes y razones para descentralizar

Para que sea necesario descentralizar alguna actividad, ésta tiene que haber nacido de manera centralizada o haber sufrido un proceso previo de centralización. Esto último es lo que sucedió con los servicios de salud en México.²

Al finalizar el periodo colonial, la mayoría de los hospitales pasó a depender de las autoridades municipales. Las constituciones de 1824 y 1857 no reservaron las actividades de salud para la competencia federal, sino que éstas permanecieron a cargo de los estados o municipios. En 1861, los hospitales quedaron totalmente bajo la administración de las entidades federativas. Por tanto, en su origen, los servicios de salud nacieron descentralizados.

¹ Myriam Cardozo Brum, "Análisis de la política descentralizadora en el sector salud", México, CIDE (Administración Pública), abril de 1993 (mimeografiado).

² Augusto Fujigaki Lechuga (coord.), *Historia de la Salud*, tomo I, México, SSA, 1988; Daniel López Acuña, *La salud desigual en México*, México, Siglo XXI, 1980.

En 1877 se inició el proceso centralizador al tomarse la decisión de que dependieran de la beneficencia pública. En 1937, las modificaciones en la estructura de la administración pública los dejarían a cargo de la Secretaría de Asistencia y, en 1943, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En forma paralela, en algunos estados (Yucatán, Puebla, Campeche, Veracruz, Tamaulipas, Aguascalientes, Hidalgo, etc.) fueron gestándose sistemas de seguros no obligatorios que constituyeron, entre 1918 y 1929, los antecedentes que permitirían la presentación de un proyecto de ley de seguro social. El mismo culminaría apenas en 1942, con la promulgación de la ley correspondiente, creando un servicio público nacional y obligatorio cuyos beneficiarios serían los trabajadores urbanos y el proletariado industrial, quedando a cargo de un organismo descentralizado (IMSS) financiado por contribución tripartita (Estado, empleadores y trabajadores), con personalidad jurídica y patrimonios propios. Así dio inicio una época en que se combina la administración centralizada referida en el párrafo anterior, matizada con la entrada en vigor de algunas leyes como la de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad que favorecieron la celebración de convenios entre el Departamento de Salubridad Pública y los gobiernos de los estados o la creación de los Servicios Coordinados de Salud Pública como órganos desconcentrados; con el establecimiento de organismos descentralizados como el que se acaba de mencionar o el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), surgido en 1959, cuyos funcionamientos internos también se organizaron centralizadamente.

A partir de 1970 volvió a plantearse el asunto de la desconcentración y descentralización. Así, durante los gobiernos de Luis Echeverría (1970-1976) y José López Portillo (1976-1982) surgieron el Programa de Reforma Administrativa, la Ley del Distrito Federal, el Código Sanitario (1973), los Convenios Únicos de Coordinación, el Plan Global de Desarrollo, el Plan Nacional de Desarrollo Urbano, el Programa de Desconcentración Territorial de la Actividad Industrial y el de Desconcentración Territorial de la Administración Pública Federal.³ Sin embargo, las acciones que se llevaron a cabo fueron absolutamente insuficientes para revertir el proceso centralizador del poder político y de las funciones administrativas.

³ Secretaría de la Presidencia, *Descentralización administrativa*, México, 1976; Secretaría de Programación y Presupuesto, *Política Regional*, México, noviembre de 1980.

La preocupación por el tema se acentuó durante el gobierno de Miguel de la Madrid (1982-1988). En 1983, se elevó a rango constitucional el derecho a la protección de la salud, se fijó la concurrencia entre la federación y los estados en materia de salubridad general y se aprobó el Plan Nacional de Desarrollo, en el que se establece que se descentralizarán a los estados los servicios de salud a población abierta correspondientes al primer y segundo niveles de atención. Con los decretos presidenciales del 30 de agosto de 1983 y del 8 de marzo de 1984 se inició el proceso, estableciendo su finalización para 1986. También se aprobaron el Programa de Descentralización de la Administración Pública Federal, el Programa Nacional de Salud, el de Descentralización de los Servicios de Salud y la Ley General de Salud que distribuye competencias entre la federación y los estados. Como ya se mencionó, entre 1985 y 1987 se procedió a descentralizar los servicios de salud hacia 14 entidades federativas y se avanzó hacia algunos municipios⁴ (véase cuadro 1).

Durante el presente sexenio (1988-1994), la política de Carlos Salinas de Gortari ha mantenido la estrategia descentralizadora en el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 y en el Programa Nacional de Salud 1990-1994 pero, hasta la fecha, no se han realizado acciones que revitalicen el proceso.

Entonces, podemos decir que la descentralización correspondió a una devolución de funciones que históricamente nacieron de manera descentralizada. Sin embargo, no puede afirmarse que esta devolución respondió a demandas de los gobiernos de las entidades federativas, quienes en su mayoría se negaban a aceptarla, ni a movilizaciones de la sociedad. Lo que realmente han pedido dichos gobiernos es descentralizar el poder político; descentralizaciones como la de salud en realidad han sido provocadas desde la burocracia estatal en el poder federal.

Las razones que impulsaron a dicha burocracia pueden resumirse en:

1) Aparentar avances en la descentralización del poder político para responder a las demandas comentadas y así ganar legitimación

⁴ Constitución Política de los Unidos Mexicanos, México, Porrúa, 1980; Poder Ejecutivo Federal, Programa de Descentralización de la Administración Pública Federal, México, 1985; Manuel Ruiz de Chávez y otros, "Modelo de fortalecimiento y descentralización municipal de servicios de salud", Cuadernos de Descentralización, México, SSA, 1988.

Cuadro 1. Con servicios de salud descentralizados y fechas de los documentos correspondientes

Descentralizados	Firma de acuerdos de coordinación para la integración orgánica	Actos de entrega de unidades médicas y recursos materiales
1. Tlaxcala	24 de mayo de 1985	24 de mayo de 1985
2. Nuevo León	31 de mayo de 1985	9 de diciembre de 1985
3. Guerrero	11 de junio de 1985	12 de septiembre de 1985
4. Jalisco	30 de julio de 1985	17 de diciembre de 1985
5. Baja California Sur	30 de julio de 1985	9 de diciembre de 1985
6. Morelos	4 de octubre de 1985	4 de octubre de 1985
7. Tabasco	6 de diciembre de 1985	6 de diciembre de 1985
8. Querétaro	13 de diciembre de 1985	13 de diciembre de 1985
9. Sonora	17 de diciembre de 1985	17 de diciembre de 1985
10. Colima	7 de marzo de 1986	7 de marzo de 1986
11. México	7 de marzo de 1986	7 de marzo de 1986
12. Guanajuato	7 de marzo de 1986	7 de marzo de 1986
13. Aguascalientes	19 de octubre de 1987	n.d.
14. Quintana Roo	23 de diciembre de 1987	n.d.

Fuente: Dirección General de Descentralización y Modernización Administrativa, SSA.

para un gobierno en que las bases empezaban a resquebrajarse (razón política).

2) Responsabilizar a los estados de los costos presupuestales correspondientes a la salud de sus poblaciones para aliviar la presión sobre el gasto federal en momentos de crisis económica (razón económica).

3) Acercar la toma de decisiones al lugar donde se generan los problemas, racionalizar la oferta eliminando las duplicaciones originadas por la existencia de varias organizaciones productoras de servicios (razón técnico-administrativa manifestada en planes y programas) y demostrar una eficiencia legitimadora seleccionando estados con buena cobertura y bajos costos de homologación salarial SSA-IMSS y de adquisición de hospitales de solidaridad social (razón técnico-adminis-

trativa implícita de la selección de los estados en que el proceso comenzó a aplicarse).

Ninguna de las razones anteriores, aislada, explica todos los casos descentralizados, cuyas decisiones se tomaron con una lógica cercana a la selección de proyectos, en que la situación de salud de la población tuvo poco que ver, como se analizará más adelante.

Funciones descentralizadoras y limitaciones del proceso

Descentralizar implica delegar funciones (no sólo ejecutivas) y, al mismo tiempo, la autoridad y recursos necesarios para poder llevarlas a cabo. Algunos autores, como Boisier,⁵ exigen además que el organismo que recibe una función descentralizada tenga "personería jurídica y patrimonio propio".

Un proceso un poco más restringido en cuanto a autonomía puede tipificarse como desconcentración administrativa, y cuando sólo se trata de la reubicación física de algunas entidades fuera del núcleo central, estamos ante una desconcentración geográfica, como la que se planeó durante el gobierno de Luis Echeverría.

En México, las funciones descentralizadas han enfrentado grandes restricciones en virtud de que:

1) La Ley General de Salud establece que la SSA queda a cargo de la facultad normativa y de control, delegando a los estados la facultad operativa.

2) Las constituciones estatales reformadas en la materia y las leyes estatales de salud establecen que permanecen al cuidado de los gobiernos de las entidades federativas la dirección, coordinación y conducción operativa de una lista de aspectos de salubridad general a ser transferidos a los estados mediante acuerdos de coordinación que, junto con los Convenios Únicos de Desarrollo, establecerían las bases y modalidades para coordinar las acciones entre la federación y los estados.⁶

⁵ S. Boisier, "Centralización y descentralización territorial en el proceso decisorio del sector público", ILPES, Santiago de Chile, 1985.

⁶ SSA, *Elementos básicos y avances del proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta*, México, Subsecretaría de Planeación-Dirección General de Descentralización y Modernización Administrativa, diciembre de 1986.

3) Por su parte, el modelo de descentralización aplicado establece entre otros puntos los siguientes:

a) *Competencia*: Se transfiere a los estados la dirección, coordinación y conducción operativa de la atención médica, la salud pública y el control sanitario en materia de salubridad general concurrente.

b) *Patrimonial*: Se transfiere en uso gratuito la infraestructura federal de los servicios, mobiliaria e inmobiliaria (previa indemnización al IMSS y transferencia a la federación en caso de sus instalaciones) a los Sesas, conservando la propiedad a nivel federal.

c) *Financiero*: Se descentraliza la administración de los recursos financieros federales mediante subsidio y aliento a las aportaciones estatales.⁷

4) El Programa de Descentralización de la Administración Pública Federal señaló a la SSA como la institución responsable de proporcionar la normatividad técnica, el apoyo financiero y el logístico, en este último caso junto con el IMSS.⁸

5) La SSA, con la aprobación de la entonces Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP), definió las siguientes normas:

a) La SSA conservaría la rectoría normativa; autorizaría y proporcionaría el financiamiento federal que se complementaría con las aportaciones estatales.

b) Los gastos de operación e inversión de los servicios estatales se sufragarían con la aportación de la SSA a través de su programa normal, con las aportaciones del gobierno del estado, con las cuotas de recuperación que captarían los servicios estatales, con los recursos de inversión que se autorizaran y con cualquier otra fuente de ingresos que tuvieran los Sesas.

c) Los recursos de la SSA que se asignaran a la recuperación de los Sesas se otorgarían como subsidios, salvo los destinados a pago de personal.

d) Los recursos federales que la SSA otorgaría a los Sesas estarían sujetos a las disposiciones legales federales en relación con su ejercicio y control.

e) Los Sesas observarían las normas que emitiera la SSA, en apoyo a las definidas por la entonces Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP), en materia de programación, presupuestación, ejercicio, contabilidad, control y evaluación.

⁷ Manuel Ruiz de Chávez y otros, *op. cit.*

⁸ Poder Ejecutivo Federal, *op. cit.*

f) Los servicios estatales proporcionarían a la SSA la información que se requiriera conforme a las normas aplicables para elaborar la cuenta pública y demás informes financieros consolidados.

g) Las modificaciones presupuestales para los Sesas se sujetarían a la norma de la SSA, de acuerdo con lo establecido por la SPP.

h) Se descentralizarían totalmente la captación y ejercicio de las cuotas de recuperación.

De lo anterior puede deducirse que la autonomía de los estados en el manejo de los recursos financieros dependería de la proporción del gasto solventada por sus propios recursos. Si a esto agregamos las limitaciones en materia de planeación, control y propiedad de los bienes muebles e inmuebles, comentadas al inicio, es muy difícil tipificar este proceso como una verdadera descentralización; más bien se trataría de una desconcentración administrativa.

Características de los estados con servicios de salud descentralizados

Los estados con servicios de salud descentralizados (en adelante estados descentralizados) son, en promedio, más pequeños que los que no entraron en este proceso (en adelante estados no descentralizados), pero su territorio está doblemente poblado, tienen menos problemas de población dispersa y mejores comunicaciones. Son estados más industrializados y económicamente más productivos, lo que se traduce en una mejor educación y disponibilidad de servicios en sus viviendas. Por tanto, es de esperar que la situación de salud en sus poblaciones fuera mejor aun antes de desarrollarse el proceso de descentralización. Dentro del grupo de estados descentralizados destaca Nuevo León por su mayor desarrollo económico y social (lo anterior se ejemplifica en el cuadro 2 para tres estados descentralizados y dos no descentralizados que se evaluaron comparativamente).

Los criterios de selección de la SSA presentes en algunos documentos institucionales⁹ muestran que: la casi plena cobertura de servicios de salud y los bajos costos de homologación salarial, como ya se comen-

⁹ SSA, *Descentralización de los servicios de salud*, Dirección General de Descentralización y Modernización Administrativa, México, febrero de 1986; SSA, *Información básica de los servicios de salud a población abierta, segunda etapa de la descentralización*, México, junio de 1985.

tó, son características presentes en la mayor parte de los estados descentralizados (Aguascalientes, Baja California Sur, Guerrero, Querétaro, Quintana Roo, Tabasco y Tlaxcala por lo tocante a cobertura, y Guanajuato, Querétaro, Tabasco y Tlaxcala en cuanto a costos de homologación salarial).

Sólo aparecen dos estados en que se hace alusión a sus problemas de salud para justificar su descentralización como forma de canalizar los mayores recursos (Quintana Roo y Aguascalientes). Una problemática compleja de salud y de cobertura de los servicios se considera más bien un impedimento para el proceso (Chiapas, Nayarit, Oaxaca, Puebla y San Luis Potosí).

Si analizamos el cuadro 3, que enlista los estados con mayores problemas de nutrición, causa inmediata de otros problemas de salud, encontraremos que se trata exactamente de las 17 entidades federativas que no fueron descentralizadas.

La existencia de abundantes recursos estatales es una condición que sólo se plantea en el caso del estado de Tabasco y su ausencia no impidió que un estado como Morelos pudiera descentralizarse.

Igualmente, resultaron poco citadas la situación política y la capacidad administrativa (únicamente aparecen para Guerrero y Jalisco). Sin embargo, quizás a través de la voluntad política de las autoridades estatales se explicarían algunos casos de estados que se descentralizaron a pesar de que técnicamente se recomendaba no hacerlo (Nuevo León y Jalisco) o viceversa (Campeche y Sinaloa). Al respecto resulta ilustrativo el análisis de los discursos de los gobernadores vertidos en tres sesiones de trabajo convocadas para analizar los avances del proceso descentralizador (24, 27 y 31 de marzo de 1987), en las que la autoridad de Campeche se negó a utilizar los recursos en la forma estipulada por el convenio con la federación puesto que declaró que dejaría de ejecutar obras prioritarias, y los gobernadores de Sinaloa, Chiapas y Durango se mostraron partidarios de que el IMSS-Coplamar no se fusionara con la SSA y siguiera a cargo de la población abierta del área rural durante la primera etapa de la descentralización.¹⁰

¹⁰ SSA, "La participación de los gobiernos estatales en las políticas y prioridades de salud", *Cuadernos de la SSA*, núm. 5, *Memoria de reuniones*, México, mayo de 1987.

Cuadro 2. Situación geográfica y socioeconómica de los estados en estudio

Estados	Descentralizados				No descentralizados			Promedio o total nacional
	Tlaxcala	Querétaro	Nuevo León	Promedio de los tres	Chiapas	Zacatecas	Promedio de los dos	
Extensión geográfica (km ²)*	3 914	11 769	64 555	26 746	73 887	75 040	74 464	1 967 183
Población en 1990**	761 277	1 051 275	3 098 736	1 637 096	3 210 496	1 276 323	2 243 410	81 249 645
Densidad de población (hab./km ²)	194.50	89.33	48.00	61.21	43.45	17.01	30.13	41.80
Actividades económicas preponderantes (porcentaje de empleo)**	Agro. Silv. y Pesca (23.56)	Industria (25.37) Agro. Silv. y Pesca (17.91)	Industria (29.77) ^a	Industria (28.36)	Agro. Silv. y Pesca (58.34)	Agro. Silv. y Pesca (39.80)	Agro. Silv. y Pesca (53.59)	Agro. Silv. y Pesca (22.65) Industria (19.20)
Evolución porcentual del PIB 1970-1988***	7.07	5.62	4.14	5.61	5.13	2.76	3.95	4.09
Evolución porcentual del PIB 1985-1988***	-4.22	-1.77	-1.40	-2.46	-3.18	-2.04	-2.61	1.27
PIB de 1988 a precios de 1980 (en millones de pesos)***	32 163	50 225	288 115	123 501	93 799	39 290	66 545	4 857 216
PIB per cápita 1987***	46 784	54 079 ^d	84 540	61 801	37 006	34 034	35 520	60 469 ^c
Porcentaje de desocupados de la PEA ^b 1990***	3.58	3.09	2.62	3.10	2.30	4.00	3.15	2.74
Porcentaje de niños entre 6 y 11 años que asistían a la escuela en 1990**	94.79	90.57	95.20	93.52	73.71	90.76	82.24	89.44
Porcentaje de analfabetas mayores de 15 años/1990**	11.12	15.33	4.65	10.37	30.00	9.87	19.94	12.42
Porcentaje de viviendas con agua entubada 1990**	90.35	83.38	92.85	88.86	58.37	75.34	66.86	79.39
Porcentaje de viviendas con energía eléctrica 1990**	93.80	84.96	96.25	91.67	66.85	86.97	76.91	87.52

Fuentes:

* Colección Enciclopedia de los municipios de México, Secretaría de Gobernación y Gobierno de los Estados, México, 1989.

** IX Censo General de Población y Vivienda 1990, INEGI, México, 1992.

*** Antonio Puig E. y Jesús Hernández R., "Un modelo de desagregación geográfica-estimación del PIB por entidad federativa, 1970-1988", Serie de documentos de investigación, núm. 1, México, INEGI, 1982.

Notas:

^a El total de población ocupada de Nuevo León no coincide con la suma distribuida por actividades en el documento consultado.^b PEA-población económicamente activa.^c Población de 1987 estimada a partir de los datos del INEGI para 1985 y 1990.^d En el caso de Querétaro el PIB per cápita corresponde a 1985.

Cuadro 3. Programa IMSS-Solidaridad. Actividades de nutrición y alimentación. Enero-abril de 1991

Delegación	Índice marg.*	Total detección	Grado de desnutrición										Mujeres capacitadas	
			Desnutridos		Leve		Moderada		Severa		Recuperados		Núm.	%**
			Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%		
Baja California	1	1 840	59	3.21	53	89.83	5	8.47	1	1.69	28	47.46	1 031	7.74
Campeche	3	8 532	1 214	14.23	775	63.84	376	30.97	63	5.19	163	13.43	3 095	11.14
Coahuila	1	5 574	503	9.02	393	78.13	85	16.90	25	4.97	112	22.27	2 313	6.68
Chiapas	4	84 303	5 803	18.75	9 941	62.91	4 356	27.56	1 506	9.53	1 910	12.09	7 735	6.72
Chihuahua	1	9 790	2 356	24.07	1 626	69.02	518	21.99	212	9.00	340	14.43	6 582	16.38
Durango	2	13 533	2 050	15.15	1 446	70.54	438	21.37	166	8.10	327	15.95	5 300	9.25
Hidalgo	4	36 798	6 116	16.62	4 268	69.78	1 487	24.31	361	5.90	785	12.84	5 720	3.33
Michoacán	3	52 569	6 452	12.27	4 624	71.67	1 536	23.81	292	4.53	1 326	20.55	1 773	5.22
Nayarit	3	19 026	765	4.02	526	68.76	194	25.36	45	5.88	149	19.48	1 927	5.51
Oaxaca	4	55 534	4 204	25.58	9 003	63.38	3 949	27.80	1 252	8.81	1 250	8.80	4 336	4.49
Puebla	4	93 919	3 886	25.43	5 243	63.82	6 137	25.69	2 506	0.49	4 800	20.10	2 583	13.11
San Luis Potosí	3	39 887	6 940	17.40	5 112	73.66	1 514	21.82	314	4.52	957	13.79	8 138	4.78
Sinaloa	2	17 299	198	1.14	157	79.29	32	16.16	9	4.55	100	50.51	1 110	1.52
Tamaulipas	1	18 654	570	3.06	423	74.21	128	22.46	19	3.33	226	39.65	5 657	11.08
Veracruz Norte	3	83 966	1 007	13.11	7 495	68.09	2 853	25.92	659	5.99	792	7.20	0 838	12.71
Veracruz Sur	3	24 972	4 632	18.55	3 158	68.18	1 174	25.35	300	6.48	483	10.43	5 221	12.82
Yucatán	3	6 028	528	8.76	407	77.08	96	18.18	25	4.73	176	33.33	2 246	6.61
Zacatecas	3	34 718	1 648	4.75	1 222	74.15	390	23.67	36	2.18	506	30.70	5 210	5.17
Total		606 942	8 931	16.30	5 872	66.58	5 268	25.54	7 791	7.88	4 430	14.59	70 815	7.68

Fuente: Anuario sistema único de información. Coordinación general del programa IMSS-Solidaridad.

* Índice de marginación según Coplamar: 1 medio bajo, 3 medio, 3 alto, 4 muy alto.

** Sobre mujeres en edad fértil.

Resultados comparativos de estados descentralizados y no descentralizados

En los años 1985 a 1988, la SSA realizó algunas evaluaciones¹¹ sobre la marcha del proceso en que se procedía a comparar los dos grandes grupos de estados según una serie de variables y, aunque se reconocían ciertos problemas, la conclusión siempre era la superioridad en el desempeño de los estados descentralizados. Dichas evaluaciones adolecían de una serie de problemas entre los que destacan:

1) Se centraban en la evolución de indicadores sobre el estado de salud poblacional, la disponibilidad de recursos y la cobertura de servicios, sin analizar aspectos como accesibilidad, productividad, calidad y distribución de los mismos.

2) Se comparaban exclusivamente los resultados finales, por lo que podían arrastrarse diferencias iniciales, como efectivamente sucedía con el indicador de cobertura de servicios.

3) Existía inconsistencia en los datos ya que a menudo en varios documentos de la SSA el mismo indicador presentaba diferencias.

4) No se incluían las mismas variables en cada evaluación, lo que dificultaba hacer un análisis de evoluciones y tendencias.

5) Existían huecos de información en el periodo citado en algunos indicadores y una ausencia casi total de esfuerzos para evaluar posteriormente el proceso.

Por las razones expuestas se decidió realizar un estudio comparativo que superara las limitaciones anteriores, incluyendo tres estados descentralizados con diferentes grados de problemática de salud y de avance en el proceso (Querétaro, Tlaxcala y Nuevo León) y dos estados no descentralizados que presentaran la misma diversidad y actuaran como grupo de control en la evaluación (Chiapas y Zacatecas). Las conclusiones que dicho estudio arrojó se resumen a continuación:

El proceso de descentralización preveía un incremento relativo de

¹¹ Augusto Fujigaki Lechuga, (coord.), *op. cit.*; SSA, *op. cit.*, núm. 9; SSA, *Avances y perspectivas del proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta*, México, junio de 1987; Gregorio Martínez Narváez, "Evaluación del proceso de descentralización de los servicios de salud", en *Descentralización de los servicios de salud. Avances y perspectivas del proceso*, en *Cambio Estructural*, tomo IV, México, SSA/Gobierno del estado de Guerrero/Organización Panamericana de la Salud, 1988; José Oscar Herrera Téllez, "Consolidación de los servicios estatales de salud", en la publicación citada anteriormente.

las aportaciones estatales al financiamiento de los servicios de salud. Sin embargo, no se hizo una reforma a la legislación fiscal que permitiera a los estados contar con mayores recursos propios. Así, los estados descentralizados mostraron, aún en 1987, una mayor dependencia de recursos federales, ya que, además, iniciaron este proceso en plena crisis económica del país, lo que afectó a las tres entidades federativas incluidas en el estudio de manera más fuerte que al promedio nacional, de acuerdo con la evolución porcentual de su PIB en 1985-1988, sobre todo en el caso de Tlaxcala (véase cuadro 2). En 1989 el porcentaje de aportación federal al presupuesto disminuye en forma considerable (véase cuadro 4), desconociéndose el dato en años posteriores, en los que se reporta, en los tres estados, una disminución en sus presupuestos per cápita en precios constantes. En Nuevo León, donde este proceso de sustitución gradual de fuentes federales fue más fuerte, el periodo 1985-1991 deja un deterioro de aproximadamente 40% en su presupuesto per cápita. Ésta es la primera consecuencia negativa de la descentralización para un estado que asumió una responsabilidad creciente en el financiamiento de la salud sin que fiscalmente pudiera obtener recursos adicionales, y todo esto a pesar de que es el estado más rico de los incluidos en el estudio y cuyo producto interno sufrió menos en el periodo.

A su vez, las limitaciones financieras provocan restricciones en el adecuado crecimiento de los recursos físicos y humanos, situación que se presenta claramente en el caso de Nuevo León. En cambio, Querétaro parte de presupuestos per cápita muy bajos en 1985-1987, y en 1991 presenta un incremento de precios constante, de aproximadamente 50% con respecto a 1985, en buena parte mediante la duplicación de la parte financiada por medio de cuotas de recuperación, muy superior a la de los otros dos estados. Esto le permite tener el crecimiento más equilibrado de los tres estados estudiados en recursos físicos y humanos, sin que los usuarios lleguen a manifestar críticas importantes por el precio de los servicios (véanse cuadros 4 y 6).

En las características de los servicios (cobertura, utilización, accesibilidad, productividad, calidad y equidad) se deberían notar, en el corto plazo, los beneficios de una administración descentralizada cuya gestión se apega a un mayor conocimiento de la realidad económica, social y cultural del estado y de los servicios de salud, que permitiera tomar decisiones para atacar los problemas de manera más rápida.

Los mayores incrementos en recursos financieros, físicos y humanos en los estados descentralizados, al compararlos con el grupo de

Cuadro 4. Composición del presupuesto y disponibilidad per cápita por estados, 1985-1991

Indicador/Estados	Descentralizados			No descentralizados			
	Tlaxcala	Querétaro	N. León	Promedio de los 3	Chiapas	Zacatecas	Promedio de los 2
Porcentaje de aportación federal, 1989	85.17	84.18	66.15	78.50			
<i>Idem</i> , 1987	94.11	90.24	86.35	90.23	91.23	91.10	91.17
Porcentaje de variación del indicador anterior, 1985-1989, excepto Chiapas, 1985-1991	-3.44	-4.60	-17.00	-8.35	-1.55	n.d.	
Porcentaje de aportación estatal, 1989	12.53	2.27	29.21	14.67	n.d.	n.d.	
<i>Idem</i> , 1987	3.32	4.19	10.95	6.15	6.27	0.89	3.58
Porcentaje de variación del indicador anterior, 1985-1989, excepto Chiapas, 1985-1991	121.77	-56.18	46.71	37.43	-11.12	n.d.	
Porcentaje de cuotas de recuperación, 1989	2.30	13.55	4.64	6.83	n.d.	n.d.	
<i>Idem</i> , 1987	2.57	5.57	2.70	3.61	2.50	8.01	5.26
Porcentaje de variación del indicador anterior, 1985-1989, excepto Chiapas, 1985-1991	-62.54	105.93	1 089.74	377.71	49.35	n.d.	
Presupuesto per cápita de 1991 a precios de 1985, excepto Tlaxcala, 1990	3 552	4 363	3 359	3 759	3 946	3 790	3 868
Porcentaje de variación del indicador anterior, 1985-1990 o 1991	7.02	52.19	-40.07	9.57	-8.4	8.4	0

Fuentes: 1985 y 1987: *Situación de salud en el estado de Tlaxcala*, Subsecretaría de Planeación-Dirección General de Planeación y Presupuesto de la SSA, México, 1988; *Idem* para Querétaro, Nuevo León, Chiapas y Zacatecas. El resto de la información proviene del Sistema Estatal de Información Básica, Dirección General de Estadística, SSA.

Nota: En los casos en que en el estado en cuestión no se dispone de la información para el periodo homogeneizado, se anota como excepción, indicando el periodo comprendido y considerando que estas variaciones no afectarán los resultados de manera significativa.

control deberían servir para reforzar aún más los resultados de la gestión, permitiendo aumentos en cobertura, utilización y calidad que, a mediano plazo, incidieran en las condiciones de salud de sus poblaciones. Sin embargo, salvo en calidad, donde la situación se percibe por los usuarios de manera muy similar, en cobertura el indicador favorece a Zacatecas (estado no descentralizado) y en productividad médica a los dos estados no descentralizados (véase cuadro 7). Los datos disponibles muestran a Zacatecas como el estado que presenta mayores incrementos en sus indicadores de salud pero con recursos restringidos, sobre todo en unidades de segundo nivel, que producen altísimos índices de ocupación hospitalaria, y esto a su vez provoca las fuertes críticas expresadas por los usuarios en cuanto a la calidad del servicio. Los mayores incrementos en recursos, correspondientes a Querétaro, en comparación con Tlaxcala y Nuevo León, le permiten ser mejor calificado por sus usuarios en términos de calidad. Finalmente, la accesibilidad favorece a los estados descentralizados como Nuevo León y Tlaxcala, por sus condiciones económicas y geográficas, pero esto era así desde antes de iniciarse el periodo de descentralización y no hay información que permita medir su evolución.

Es importante señalar que, a pesar de la reconocida importancia que se otorga a la medición de la equidad en la distribución de servicios con el fin de ofrecer más a las poblaciones más necesitadas, no fue posible ahondar en este tema ya que se carece de información estadística al respecto, a que las autoridades estatales se limitan a decir que mejoró pero no lo fundamentan y, finalmente, a que hacer un estudio de campo para relevar la información implicaría disponer de unos recursos que no se tuvieron.

Finalmente, como también se mencionara antes, no se espera encontrar un efecto inmediato de la descentralización en las condiciones de salud de la población y es posible que las evoluciones encontradas y más confiables, que favorecen mucho a Tlaxcala, se deban a otras causas, como la evolución socioeconómica y cultural de la población en periodos relativamente largos (esta entidad tiene el mejor crecimiento de su PIB en 1970-1988 entre los estados en estudio, superando por mucho el promedio nacional, como se muestra en el cuadro 2), además de la mejoría en los servicios de que efectivamente dispone.

En resumen, percibimos evoluciones positivas en servicios de estados como Querétaro y Tlaxcala, en que su dependencia de recursos federales hace muy cuestionable el hablar de una verdadera descentralización. También tenemos un estado como Nuevo León, donde el

Cuadro 5. Disponibilidad de recursos físicos en relación con población por estados, 1985-1991

Indicador/Estados	Descentralizados					No descentralizados		
	Tlaxcala	Querétaro	Nuevo León	Promedio de los 3	Chiapas	Zacatecas	Promedio de los 2	
Población cubierta por SESA o SCSF, 1991	379 000	434 560	1 300 500	704 687	651 040	479 558	565 299	
Porcentaje de variación del indicador anterior en el periodo 1985-1991, estados descentralizados, y 1986-1991, estados no descentralizados	-0.40	-23.31	10.61	-4.37	-8.58	16.54	3.98	
Un médico 2o. nivel/100 000 hab., 1991	1.32	1.15	0.62	1.03	1.38	0.42	0.90	
Porcentaje de variación del indicador anterior, 1985-1991, descentralizados y 1986-1991, no descentralizados	25.71	61.97	3.30	30.33	64.29	-12.5	25.90	
Un médico 1er. nivel/1 000 hab., 1991	0.38	0.35	0.25	0.33	0.24	0.22	0.23	
Porcentaje de variación del indicador anterior, 1985-1991, descentralizados y 1986-1991, no descentralizados	52.00	59.09	78.57	63.22	41.18	4.76	22.97	
Camas censables/1 000 hab., 1991	0.54	1.120	0.428	0.70	1.04	n.d.		
Porcentaje de variación del indicador anterior, 1985-1991, descentralizados y 1986-1991, no descentralizados	45.95	150.00	-5.52	63.48	112.24	n.d.		

Fuente: *Idem* cuadro anterior.

proceso se ha llevado a la práctica en forma más real, manteniendo indicadores relativamente aceptables que fueron muy superiores en el pasado pero que se sometieron a un importante proceso de deterioro en el periodo en estudio.

Por otro lado, encontramos un estado no descentralizado, como Zacatecas, que aunque todavía no alcanza buenos niveles de salud, muestra avances muy importantes en relación con sus mínimos recursos, indicando que existen caminos alternativos para mejorar la gestión, pese a que sus autoridades consideran que la descentralización sería la panacea que resolvería todos sus problemas pendientes. (Véase cuadro 8.)

Todo lo anterior confirma la hipótesis de que las evaluaciones institucionales disponibles en que se muestra la superioridad de los resultados descentralizados comparando sólo situaciones finales, no son suficientes para emitir un juicio de valor sobre el proceso, que evaluado en términos de evoluciones no muestra una clara incidencia de la descentralización sobre los resultados obtenidos.

Un breve análisis de los problemas que han dificultado el éxito de la descentralización de servicios de salud a población abierta debe incluir, entre otros:

1) *Recursos financieros.* La crisis económica por la que ha atravesado el país y las correspondientes decisiones de austeridad en el gasto público provocaron una reducción del gasto real total y per cápita de la SSA que afectó a todos los estados. A través de los Convenios Únicos de Desarrollo (CUD), los recursos aplicados en salud en relación con el presupuesto estatal ejercido, pasaron de 6.8% en 1984 a 2.1% en 1988. Más drásticamente, si se comparan los recursos de los CUD con el gasto total de inversión de los servicios descentralizados, que pasaron de 77.4% en 1984 a 10.5% en 1988, se advierte un efecto mayor que el presentado en las entidades federativas restantes, donde la disminución fue de 56.3 a 16.9 por ciento.

La aportación estatal y las cuotas de recuperación sociales, aunque en general crecieron, no tuvieron peso suficiente para revertir este proceso.

Los recursos disponibles fueron insuficientes para enfrentar los rezagos del sector, agravados por la compleja normatividad administrativa, la cual dificulta el ejercicio del presupuesto.

2) *Recursos humanos.* Uno de los principales problemas planteados en los documentos elaborados por la Organización Panamericana

Cuadro 6. Disponibilidad de recursos humanos en relación con la población por estados, 1985-1991

Indicador /Estados	Descentralizados					No descentralizados		
	Tlaxcala	Querétaro	Nuevo León	Promedio de los 3	Chiapas	Zacatecas	Promedio de los 2	
Personal médico por mil hab., 1991	1.21	1.09	0.86	1.05	0.89	0.71	0.80	
Porcentaje de variación del indicador anterior, 1985-1991, descentralizados y 1986-1991, no descentralizados	108.62	62.68	-1.15	56.72	39.06	0.28	19.67	
Enfermeras por mil hab., 1991	1.48	1.65	1.27	1.47	1.48	1.17	1.33	
Porcentaje de variación del indicador anterior, 1985-1991, descentralizados y 1986-1991, no descentralizados	108.45	70.10	2.42	60.32	68.18	18.78	43.48	

Fuente: *Idem* cuadros 4 y 5.

para la Salud (OPS) es la falta de capacitación del personal disponible en los estados para absorber las tareas correspondientes a una administración descentralizada. Al respecto se han hecho esfuerzos importantes pero aún insuficientes.

En algunos estados se señala que los procesos de homologación salarial del personal que pertenecía a la SSA y el IMSS, han dejado importantes descontentos que pueden volverse críticos en cualquier momento puesto que mantienen grandes diferencias en términos de prestaciones.

La limitación de plazas y las vacantes difíciles de ocupar dejadas por médicos residentes y directivos del Programa IMSS-Coplamar también han provocado fuertes dificultades.

Ningún estado ha podido siquiera acercarse al número de promotores de salud por mil habitantes que la norma técnica del modelo determina (0.333), y muchas veces sus plazas se han llenado con personal médico y paramédico.

3) *Recursos materiales.* Si bien en algunos estados hay autoridades que afirman que la falta de transferencia de la propiedad de los bienes muebles e inmuebles no les afecta en su gestión, otros documentos señalan problemas importantes como la indefinición en la responsabilidad de conservación y mantenimiento de los mismos o la falta de pago al IMSS por las instalaciones transferidas. A éstos se suman dificultades en materia de abastecimiento, almacenamiento y conservación de insumos médicos y otros suministros.

4) *Aspectos políticos.* El proceso de negociación con los gobiernos de los estados enfrentó serios problemas en relación con la falta de voluntad política para asumir la responsabilidad de los servicios de salud a población abierta, fundamentados en la escasez de recursos o en la opinión de que el IMSS debía continuar con sus esfuerzos en el medio rural. A menudo las autoridades estatales sienten que el gobierno federal, de manera centralizada, decidió su descentralización por las dificultades económicas presentes, y esto limita su motivación y entusiasmo para dirigir el proceso. En reuniones celebradas durante 1987 y 1988, los gobernadores hablaban, en su mayoría, de un saldo positivo en el proceso y de la necesidad de continuarlo, pero demandaban una verdadera descentralización de los recursos, personal mejor preparado y apoyo del gobierno federal para inversión.

A nivel estatal también se han producido nuevos centralismos reacios a delegar el poder hacia los municipios y fortalecer los Silos.

La implementación del Programa Nacional de Solidaridad en el

Cuadro 7. Cobertura, utilización y productividad de servicios por estados, 1985-1991

Indicador/Estados	Descentralizados			No descentralizados			
	Tlaxcala	Querétaro	Nuevo León	Promedio de los 3	Chiapas	Zacatecas	Promedio de los 2
Población cubierta como porcentaje de la población abierta total, 1989	70.54	58.47	80.05	69.69	n.d.	89.84	
<i>Idem</i> , 1987	100.0	100.0	95.5	98.5	72.9	78.0	75.45
Porcentaje de variación del indicador anterior en el periodo 1985-1989, excepto Zacatecas, 1986-1990	-26.06	-39.28	-19.95	-28.43	n.d.	19.35	
Promedio diario de consultas por médico general, 1991	26.9	15.2	26.4	22.83	14.4	57.2	35.8
Variación porcentual, 1985-1991	146.79	43.39	85.90	92.03	69.01	238.46	153.74
Promedio diario por médico especialista, 1991	1.1	0.9	1.5	1.17	1.1	1.3	1.2
Variación porcentual, 1985-1991, estados descentralizados y 1986-1991, no descentralizados	-65.63	-18.18	-64.29	-49.37	-59.26	-13.33	-36.30
Porcentaje de ocupación hospitalaria, 1991	52.0	55.1	67.8	58.3	55.7	95.6	75.65
Variación porcentual, 1985-1991, estados descentralizados y 1986-1991, no descentralizados	51.60	-16.01	137.06	57.55	-26.90	99.17	36.14
Número de partos atendidos por mil hab., 1991	24.51	23.00	1.24	16.25	20.51	18.55	19.53
Variación porcentual, 1985-1991, estados descentralizados y 1986-1991, no descentralizados	191.79	283.33	-1.59	157.85	172.02	28.64	100.33
Porcentaje de usuarias activas en planeación fam. en relación con mujeres en edad fértil, 1991	50.37	32.57	36.09	39.68	52.04	64.37	58.21
Variación porcentual, 1985-1991, estados descentralizados y 1986-1991, no descentralizados	257.16	96.20	79.55	144.30	700.62	242.39	471.51

Fuente: *Idem* cuadros 4, 5 y 6.

Cuadro 8. Comparación de evoluciones en recursos, servicios y situaciones de salud

Indicadores	Evoluciones mejores						
	Por grupos de entidades			Por estados			
	Desc.	No desc.	Tlaxcala	Querétaro	Nuevo León	Chiapas	Zacatecas
Recursos							
Físicos/población	●			●		●	
Humanos/población	●		●				
Financieros/población	●			●			
Autonomía financiera de recursos federales	●				●		
Servicios							
Cobertura		●					●
Productividad médica		●					●
Utilización consulta externa		●					●
Utilización planificación familiar		●				●	
Utilización partos	●			●			
Ocupación hospitalaria	●				●		
Accesibilidad económica	●				●		●
Disponibilidad de transporte	●		●				
Tiempos de espera	●				●		
Calidad	●						
Situación epidemiológica							
Mortalidad		●					●
Esperanza de vida	●						

Fuente: Elaborado a partir de los cuadros 5, 6 y 7.

presente sexenio y la posterior creación de la Secretaría de Desarrollo Social han permitido al gobierno federal canalizar fondos, fundamentalmente para obras de infraestructura en salud, que escapan al control estatal.

Por su parte, la población es mucho más sensible a sentir este impacto que el de un aspecto tan abstracto como la descentralización, generalmente desconocida pero aplicada en un periodo en que los efectos obtenidos se consideran desfavorables por una parte sustantiva de los usuarios.

Perspectivas del proceso

En relación con las perspectivas del proceso hay que considerar que el Programa Nacional de Salud 1990-1994 plantea seis estrategias, entre las que se inscriben fundamentalmente dos referidas al tema en estudio: descentralización de los servicios de salud y fortalecimiento de los sistemas locales de salud (Silos). Asimismo, entre las líneas de acción que tienen por objetivo continuar y consolidar los avances en materia de descentralización y fortalecer los Silos, se encuentran:

1) Reforzar el carácter normativo y de control del nivel central de la SSA, a través de los sistemas de programación-presupuestación, evaluación, control e información.

2) Homogeneizar la prestación de los servicios de salud en cada entidad federativa.

3) Descentralizar los recursos humanos, físicos y financieros, orientados a la prestación de los servicios de salud para la población abierta.

En opinión de las autoridades federales entrevistadas, se desconoce si existe voluntad política para continuar con el proceso de descentralización, y en la de las autoridades estatales, Tlaxcala, Nuevo León y Zacatecas se muestran favorables a su continuación, mientras que en Querétaro consideran que la descentralización no ha sido real y, en Chiapas, que sería perjudicial para ellos.

Si bien la SSA, con apoyo de la OPS a través de programas como Operación Impacto, ha realizado actividades tendientes a apoyar a los estados descentralizados y a consolidar los Silos, se continúa desde 1987 con 14 estados descentralizados y el resto centralizados, situación

desigual que no pensamos se mantenga indefinidamente. Creemos probable que en los próximos años se adopten nuevas decisiones en este campo y para ello es muy importante contar con evaluaciones de avances bien fundamentadas que recuperen no sólo las situaciones finales comparativas en materia de recursos, servicios y situaciones de salud entre estados descentralizados y no descentralizados, sino, como ya hemos señalado, sus evoluciones durante el periodo en que han estado sujetas a modalidades administrativas diferentes, incorporando opiniones sobre aspectos cualitativos de difícil valoración e integrando este conjunto dentro de un contexto de variables que inciden en el proceso: económicas, culturales, políticas, geográficas, etcétera.

El último documento de la SSA que analiza los estados en que podría continuarse el proceso de descentralización es de 1987.¹² En él se estudiaba una propuesta de cinco estados a descentralizar en 1987 (Aguascalientes, Chihuahua, Durango, Quintana Roo y Zacatecas) y cuatro en 1988 (Baja California, Hidalgo, Tamaulipas y Yucatán). De esta propuesta, como ya se comentó, sólo se concretaron los casos de Aguascalientes y Quintana Roo en 1987. Ateniéndonos a los criterios allí planteados (voluntad política y financiera del gobierno, reducido costo, amplia cobertura y capacidad de gestión estatal), muy similares a los empleados en la selección de los 14 primeros estados sometidos al proceso, consideramos que, de los restantes tres propuestos en 1987, el estado con mayores posibilidades es Zacatecas por su voluntad política, impulso al desarrollo social, capacidad de gestión y bajo costo de descentralización. Chihuahua y Durango tienen problemas de cobertura y ameritarían un reordenamiento de sus servicios.

En el grupo propuesto para 1988, las mayores posibilidades serían para Hidalgo, sugerido como candidato al proceso desde 1985 y desconociéndose las razones precisas de su postergación (probablemente sus fuertes costos de homologación salarial), y Baja California, que presenta mejores condiciones de cobertura que Yucatán y menos costos que Tamaulipas.

Dada la situación económica y política, el proceso de descentralización se considera irreversible, aunque de por sí no garantice una gestión más eficiente. Tampoco pueden mantenerse de manera indefinida dos grupos de entidades federativas con diferentes grados de

¹² SSA, *Consolidación de la estrategia de descentralización 1987-1988. a descentralizar*, Subsecretaría de Planeación-Dirección General de Descentralización y Modernización Administrativa y de Planeación y Presupuesto, 3 de marzo de 1987.

autonomía y criterios de asignación de recursos por parte de la federación. Por estas razones, y en el marco de la presente investigación, se recomienda:

1) Extender a todas las entidades federativas el proceso de descentralización, homogeneizando así sus formas de administración y relación con el centro.

2) Profundizar y consolidar el avance de la descentralización desde los estados hacia los municipios y Silos.

3) Terminar de descentralizar realmente a los 14 estados que iniciaran el proceso. Para ello es necesario:

a) Modificar la legislación tributaria de manera que los estados puedan contar con mayores recursos propios.

b) Adjudicar las aportaciones federales en la forma de subsidio y en proporción a los esfuerzos realizados por los gobiernos estatales y a las necesidades de salud de sus poblaciones.

c) Transferir la propiedad de los bienes muebles e inmuebles entregados a los Sesas en calidad de comodato.

4) Desarrollar programas de capacitación y adiestramiento de personal en áreas administrativas y de salud, así como formar promotores a nivel regional y en función de sus necesidades, para mejorar la productividad y calidad de los servicios.