

EL COLEGIO DE MÉXICO
CENTRO DE ESTUDIOS INTERNACIONALES

DESCENTRALIZACIÓN Y PRODUCTIVIDAD
LOS SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACIÓN ABIERTA EN MÉXICO, 1982-1994

LAURA FLAMAND GÓMEZ

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

MÉXICO, DISTRITO FEDERAL, 1997.

*A la vocación familiar por la salud pública,
a los infatigables trabajadores de la salud ...*

ÍNDICE GENERAL

PREFACIO	1
INTRODUCCIÓN	3
CAP. I DESCENTRALIZACIÓN, EFICIENCIA Y PRODUCTIVIDAD	11
1. CENTRALIZACIÓN Y DESCENTRALIZACIÓN	12
2. DESCENTRALIZACIÓN Y EFICIENCIA	25
3. DESCENTRALIZACIÓN Y EFICIENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD	29
CAP. II LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD: ANTECEDENTES Y PROBLEMAS	36
1. ANTECEDENTES	37
2. LOS SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACIÓN ABIERTA Y DERECHOHABIENTE	44
3. ORÍGENES DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN	46
4. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	52
CAP. III UN EJERCICIO DE EVALUACIÓN: LA PRODUCTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO (1982-1994)	70
PRIMERA PARTE: LA EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS	72
1. LA EVALUACIÓN	72
2. TIPOS DE EVALUACIÓN	74
3. DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN	80
SEGUNDA PARTE: LA EVALUACIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD (1982-1994)	89
1. DISEÑO DEL EJERCICIO DE EVALUACIÓN	89
2. EL ANÁLISIS DE LOS DATOS: VARIACIONES PORCENTUALES	95
3. EL ANÁLISIS DE LOS DATOS: INDICADORES	121
REFLEXIONES FINALES	156

APÉNDICES

A. GLOSARIO

B. ANÁLISIS DE DATOS DE PANEL

C. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD: EVALUACIÓN DESCENTRALIZADOS - NO DESCENTRALIZADOS

D. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD: EVALUACIÓN ABIERTA - DERECHOHABIENTE

AGRADECIMIENTOS

En este trabajo se refleja, sin duda, el apoyo y la confianza de muchas personas. El Colegio de México se convirtió en mi casa gracias a los profesores y estudiantes que lo hacen vivir. Mi vocación académica tiene mucho que agradecer al ejemplo y trabajo infatigable de Javier Garciadiego, Soledad Loaeza, Mauricio Merino y Ma. del Carmen Pardo; también, desde luego, a la presencia siempre alentadora de mis compañeros de la 6ª Promoción de la Licenciatura en Administración Pública.

La tesis se enriqueció con la lectura atenta y las valiosas sugerencias de quienes la conocieron desde sus primeras fases y guiaron el trabajo: Carlos Alba, Enrique Cabrero y Mauricio Merino. El análisis estadístico del tercer capítulo se elaboró gracias a la paciencia y disposición de José Antonio Núñez y Juan Luján.

Por su confianza, a los amigos que me recomfortaron en el camino, Gabriela Villarino, José Miguel Domínguez y Manuel Lobato. Finalmente, mi agradecimiento a los compañeros de siempre: Eugenio L. Flamand quien hace muchos años me reveló los frutos de la perseverancia y la disciplina y, a Isabel Gómez Miranda porque me enseñó a amar el trabajo cotidiano.

AD MAJOREM DEI GLORIAM

SIGLAS EMPLEADAS

APS	Atención Primaria a la Salud
CDS	Convenio de Desarrollo Social
CFE	Comisión Federal de Electricidad
CNEP	Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo
CNS	Consejo Nacional de Salud
CONAPO	Consejo Nacional de Población
COPLADE	Comité para la Planeación del Desarrollo Estatal
COPLADEM	Comité para la Planeación del Desarrollo Municipal
CONASUPO	Compañía Nacional de Subsistencias Populares
CSS	Coordinación de Servicios de Salud
CUD	Convenio Único de Desarrollo, durante el sexenio de Salinas de Gortari cambió su nombre a Convenio de Desarrollo Social
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
FERRONALES	Ferrocarriles Nacionales de México
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSFAM	Instituto de Seguridad Social de la Fuerza Aérea Mexicana
ISSSTE	Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado
LOAPF	Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PIB	Producto Interno Bruto
SCSP	Servicios Coordinados de Salud Pública
SPP	Secretaría de Programación y Presupuesto, se fusionó con la Secretaría de Hacienda en 1991
SECOGEF	Secretaría de la Contraloría General de la Federación. Cambió su nombre a Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo a partir de 1994
SNTSSA	Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud
SSA	Secretaría de Salubridad y Asistencia, desde 1983, Secretaría de Salud
SSDDF	Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal
SSMARINA	Servicios de Salud de la Marina Nacional
SSPEMEX	Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos
UNICEF	Fondo Internacional de las Naciones Unidas para el Socorro de la Infancia

PREFACIO

En México, los profesionales de la salud elaboran la mayoría de las investigaciones sobre atención médica y servicios sanitarios, aun cuando ciertos temas se encuentren más vinculados con la administración, la ciencia política o la economía y puedan estudiarse mejor desde alguno de los miradores que ofrecen estas disciplinas o con la ayuda de su vasto instrumental analítico.

No obstante, ante los crecientes problemas financieros y organizacionales de los servicios de salud en todo el mundo, cada vez es más necesario que en la investigación sobre salud, como en la de otros problemas sociales, participen especialistas de varias disciplinas. Desde la perspectiva de la administración pública, e incluso de la economía, en el área de la salud hay muchos temas inexplorados. Su análisis permitiría conocer y quizás mejorar la manera en que se prestan, financian y administran los servicios de salud, este trabajo es una muestra de ello.

Todo trabajo tiene su propia historia: Al principio pensé estudiar la creación del Sistema Nacional de Salud, pero mis primeras lecturas me revelaron que la estrategia fundamental para consolidarlo, la descentralización, era un tema apasionante y poco estudiado. Después, ante la complejidad del proceso y sus limitados impactos en el horizonte temporal que podía investigarse, decidí examinar sólo dos de sus posibles efectos: los cambios en la eficiencia y la productividad de los servicios de salud. Así, la investigación se precisó en este sentido, pero se amplió enormemente en otro, pues consideré necesario completarla y como consecuencia incluí en la evaluación los servicios estatales para población abierta de todo el país.

Con estos antecedentes, lo que me he propuesto es aclarar, en lo posible, la relación descentralización – eficiencia y sus vínculos con la productividad. Con el propósito último de evaluar los efectos del proceso descentralizador del Gobierno de Miguel de la

Madrid sobre la productividad —y en cierto sentido sobre la eficiencia—de los servicios de salud en México hasta 1994.

En este trabajo no sólo se presentan los resultados de una investigación bibliográfica, sino también los frutos de un diseño de investigación y de indicadores construidos específicamente para esta ejercicio que retratan con cierta precisión los impactos del proceso descentralizador en la productividad de los servicios. Mi objetivo primordial es presentar los resultados concretos y cuantificables de esta evaluación y dejar menos espacio para las suposiciones, pues de acuerdo a Cicerón: “es tan grande la elocuencia de los hechos que, ante ellos, quedan mudas las palabras”.

INTRODUCCIÓN

En el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, que se presentó el 31 de mayo de 1995, se recuperó como prioridad dentro del Sector Salud la descentralización de los servicios para la población abierta de primero y segundo niveles. El propósito no es solamente, como durante el gobierno de Carlos Salinas de Gortari, fortalecer a los catorce estados descentralizados durante la década de los ochenta,¹ sino "terminar de delegar a todos los estados y al Distrito Federal las facultades, decisiones, responsabilidades y el control sobre la asignación y el uso de los recursos que permitan a las autoridades locales un funcionamiento descentralizado real".² De tal forma, a partir de agosto de 1996 y hasta el momento de escribir estas líneas, se han entregado a 29 gobiernos estatales y al Distrito Federal los servicios de la Secretaría de Salud, junto con los recursos y apoyos técnicos, operativos y organizativos necesarios para su operación.

Ante la recuperación de esta estrategia es pertinente evaluar el antecedente inmediato de este proceso, la descentralización de los servicios de salud que se emprendió durante el Gobierno de Miguel de la Madrid, con el propósito de identificar aquellos factores que influyen en la descentralización o la obstaculizan, pues ésta puede ser mejor entendida e implementada si se aprende de las experiencias de los estados ya descentralizados, además, la evaluación, en general, es un medio para mejorar los programas de salud y la infraestructura sanitaria con el propósito de orientar la distribución de recursos entre las actividades.

¹ Véanse, Secretaría de Salud, *Informe de labores* (1989-1990, 1990-1991, 1991-1992, 1992-1993 y 1993-1994), México.

² *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, Diario Oficial de la Federación*, 31 de mayo 1995.

¿Por qué es necesario descentralizar los servicios de salud? México, como muchos países latinoamericanos, posee varios sistemas de servicios de salud que a través del tiempo han actuado incoordinadamente, lo cual ha provocado marcadas desigualdades y deficiencias en cuanto al uso de los recursos y la calidad de la atención. Los servicios de salud pueden clasificarse como sigue:

- a. Servicios para universos cerrados que agrupan a los de seguridad social —como los que presta el IMSS³ o el ISSSTE⁴—y los derivados de contrataciones colectivas —como los de PEMEX.
- b. Servicios para universos abiertos: incluyen los servicios de salud que benefician a población abierta gratuitamente o mediante cuotas de recuperación, como los de la Secretaría de Salud, los que se prestan conforme a esquemas de solidaridad social a cambio de que el usuario realice labores de beneficio comunitario o familiar, como IMSS-COPLAMAR ahora IMSS-SOLIDARIDAD, y los que proporcionan los estados y los municipios.

De tal manera, la variedad de servicios de salud, las diferencias en cuanto a financiamiento (tripartita o fiscal) y las de orden jurídico o administrativo han provocado que no exista un modelo de atención a la salud homogéneo, es decir capaz de asegurar el acceso a servicios básicos de salud de calidad semejante, el cual garantice además que los recursos tecnológicos, materiales y financieros no muestren desigualdades pronunciadas.⁵

En México, poco más de la mitad de la población tiene acceso a la atención médica por medio del sistema público de seguridad social. El IMSS y el ISSSTE representan, en conjunto, 90% de los asegurados, el resto se compone principalmente por personal militar y empleados de empresas estatales (CFE, FERRONALES y PEMEX), estos últimos tienen sus

³Instituto Mexicano del Seguro Social.

⁴Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado.

⁵José Francisco Ruiz Massieu, "La descentralización de los servicios de salud: obstáculos y soluciones", en Miguel de la Madrid, *La descentralización de los servicios de salud: el caso de México*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1986, p. 82.

propios programas y cuentan con más recursos que los demás derechohabientes.⁶ En 1987, en términos de costos anuales por persona, la Secretaría de Salud gastó 44 dólares, el ISSSTE 62, el IMSS 69, PEMEX 182 y COPLAMAR 7.5.⁷

Con estos antecedentes durante el sexenio de Miguel de la Madrid —y dentro de una de las políticas más importantes de su campaña y su gobierno, la Descentralización de la Vida Nacional— se inició el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para Población Abierta.⁸

El 8 de marzo de 1984 se publicó en el *Diario Oficial* el decreto mediante el cual se descentralizaban a los estados los servicios de salud que prestaba la SSA y los del IMSS-COPLAMAR. En el decreto se establece: "la descentralización de ambos sistemas deberá conducir a su integración funcional en una primera etapa, y orgánica en la segunda, para que, con los servicios locales, se formen sistemas estatales de salud".⁹

Según los criterios del decreto durante 1984 se completaría la primera fase para iniciar la segunda en 1985 y concluir la descentralización para todos los estados a fines de 1986. Sin embargo, aunque en la primera fase se incorporaron todos los estados (pues sólo implicaba coordinar los programas de las diversas dependencias), sólo catorce participaron en la integración orgánica, que consistía en la fusión de los servicios de salud federales (de la SSA y del IMSS-COPLAMAR) con los estatales y municipales para crear un sistema de salud en cada entidad. Por estas razones, a lo largo de este trabajo, llamaré "estados descentralizados" a los que participaron en las dos fases del proceso y "estados no descentralizados" a aquéllos que sólo tomaron parte en la primera.¹⁰

⁶Esthela Redorta Z., *Financiamiento y prestación de servicios públicos de salud en México en un contexto de reestructuración e innovación*, México, CIDE, 1995, p. 17. (Documento de trabajo, DAP, 29).

⁷*Ibid.*, p. 7.

⁸Los servicios de salud se dividen en tres tipos: los de **primer nivel** que incluyen medicina general, medicina preventiva primaria y medicina del trabajo; los de **segundo nivel** que incluyen las especialidades básicas (medicina interna, cirugía general, pediatría y ginecología), medicina preventiva secundaria (control y prevención de complicaciones en enfermedades crónico-degenerativas), salud ocupacional y rehabilitación primaria y, los de **tercer nivel** o de alta especialidad que incluyen las especialidades secundarias (genética, hematología, inmunología, infectología, cirugía pediátrica...), además de laboratorios especializados.

⁹"Decreto para la descentralización de los servicios de salud para población abierta", *Diario Oficial de la Federación*, 8 de marzo de 1984.

¹⁰Esta distinción se adopta de Myriam Cardozo Brum, "La descentralización de los servicios de salud en México: hacia la amnesia total o hacia la recuperación de la política", *Gestión y política pública*, 2 (1993), pp. 365-391. (En adelante: "Descentralización").

Es necesario mencionar que el proceso —en sus dos fases, coordinación programática e integración orgánica— se llevó a cabo entre 1985 y 1987 por este motivo en las descripciones incluyó dependencias que, en este momento, se han transformado o han desaparecido como la Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP) y la Secretaría de la Contraloría General de la República (SECOGEF).

El Programa de Descentralización de los Servicios de Salud también forma parte de la Reforma Sanitaria Mexicana, la cual, como sus contemporáneas en América Latina, se proponía elevar el nivel de salud de la población y evitar el quebranto de las finanzas públicas.¹¹ Las reformas sanitarias incluyen, en general, los siguientes elementos: integrar los diferentes servicios para formar el sistema nacional de salud, disminuir la desigualdad en cuanto a calidad y cobertura de los servicios, equilibrar los distintos niveles de atención, vincular los sectores educativo y de salud, fomentar la participación de la comunidad y, reivindicar la medicina preventiva y la atención primaria.¹²

Ante el proceso de descentralización de los servicios de salud, la administración pública mexicana se enfrenta al antiguo problema de traducir la voluntad política y la razón de Estado en acciones concretas que tengan el efecto esperado. Así, la dinámica administrativa, concebida como expresión concreta de la acción estatal, tiene que ser eficiente para lograr los objetivos del Estado y responder a los problemas sociales.¹³ La evaluación de esta dinámica es, en consecuencia, un problema de creciente importancia. Manuel Ruiz de Chávez *et al.*, dicen por ejemplo:

La crisis económica que padecen la mayoría de los países en vías de desarrollo, los altos costos de los bienes y servicios de salud, el imperativo de ampliar la cobertura como compromiso social y político, y las crecientes manifestaciones de intranquilidad social, hacen cada día más imperiosa la necesidad de evaluar a corto y mediano plazos los servicios de salud.¹⁴

¹¹J. F. Ruiz Massieu, art. cit., p. 75.

¹² Sobre el tema, véase, Julio Frenk, *Hacia la reforma del sistema de salud: una propuesta estratégica*, México, FUNSAUD, 1994.

¹³ *Marco teórico-metodológico para el estudio de políticas descentralizadoras en México*, México, CIDE, 1992, pp. 7 y 23.

¹⁴ *Sistemas de información en salud: tendencias actuales*, México, Secretaría de Salud--Organización Panamericana de la Salud--Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1988, p. 97.

En el caso específico de la descentralización de los servicios de salud (1985-1987), es necesario generar evaluaciones autónomas para examinar la veracidad de declaraciones como la siguiente:

Las evaluaciones sistemáticas que se realizan cada seis meses, conforme a una metodología convenida sectorialmente [que la Secretaría de Salud no ha hecho pública], han mostrado que los servicios estatales descentralizados han logrado mayor cobertura de población abierta que el promedio nacional, incrementaron su disponibilidad de recursos básicos de salud por cada mil habitantes y alcanzaron un *incremento en productividad*, sobre todo en cuanto al primer nivel de atención.¹⁵

Porque se ha detectado que las evaluaciones de la descentralización de los servicios de salud para población abierta de primero y segundo niveles, por lo menos entre 1985 y 1988, adolecen de problemas como: (1) se concentraban 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, *eficiencia* y distribución de los mismos, (2) se comparaban exclusivamente los resultados finales, por lo que podrían arrastrarse diferencias iniciales, (3) no se incluían las mismas variables en cada evaluación, lo cual dificulta hacer un análisis de evoluciones y tendencias, (4) existen huecos de información en el período posterior al proceso, además de muy pocos esfuerzos para evaluar en el mediano plazo.¹⁶

Aun cuando la discusión sobre la relación descentralización–eficiencia se presenta con frecuencia en los ámbitos políticos y administrativos, el argumento no es elaborado, a menudo se reduce a: "las unidades descentralizadas son más eficientes que las no descentralizadas porque están más cerca de los problemas, los conocen mejor". La teoría de la administración pública y la económica tampoco son muy prolíficas al respecto, no obstante, los argumentos son más consistentes si se intenta establecer relaciones con otros términos como especialización o división del trabajo.

Ante la escasa discusión sobre la relación entre la descentralización de cierta actividad y su eficiencia, pero sobre todo frente a las necesidades de evaluación del sector salud, la descentralización de estos servicios es un magnífico ejemplo para acercarse a la relación

¹⁵*Ibid.*, p. 17. Las cursivas son mías.

¹⁶ M. Cardozo, "Descentralización", p. 378.

descentralización—eficiencia. con un estudio sobre la productividad de los servicios. pues por la naturaleza del sector hay información cuantitativa disponible, completa para el período y homogénea tanto para los estados descentralizados como para los no descentralizados,¹⁷ lo cual permite seleccionar variables y construir indicadores que retraten, aunque parcialmente, los resultados de la política, es decir los cambios en la productividad de los servicios.

La tesis girará alrededor de la relación entre descentralización y eficiencia (sobre todo en cuanto a la productividad de los servicios), bajo el supuesto de que la división del trabajo conduce a la especialización y se traduce en más eficiencia. Esta afirmación surge de asumir que quien está más cerca del problema o, en términos más amplios, el actor con más información puede tomar la mejor decisión para los usuarios o, por lo menos, la más satisfactoria. De esta manera, la descentralización como traslado de competencias de una unidad a otra generaría mayor eficiencia. Con este marco de referencia, examinaré el caso de la descentralización de los servicios de salud de primero y segundo niveles para población abierta durante el gobierno de Miguel de la Madrid, la hipótesis que guía a la investigación es la siguiente:

La descentralización de los servicios de salud no alcanzó uno de sus propósitos más anunciados, incrementar la productividad de los servicios. Los servicios de salud para población abierta del grupo de estados descentralizados en la segunda fase (integración orgánica) no mostrarán incrementos en su productividad superiores a los de los estados no descentralizados. Se observarán tendencias mixtas, las cuales se explican porque la descentralización de los ochenta logró fusionar en catorce estados la variedad de dependencias que prestaban servicios de salud a población abierta, sin embargo, la descentralización de Miguel de la Madrid carecía de los factores capaces de incrementar tanto la eficiencia como la productividad de los servicios: poder de decisión compartido entre los gobiernos federal y estatales, así como administración relativamente autónoma de los recursos humanos, financieros y materiales descentralizados.

¹⁷La Secretaría de Salud edita estos datos anualmente en su *Boletín de Información Estadística*.

Con estos propósitos, la tesis se organiza en tres capítulos: “Descentralización, eficiencia y productividad”, “La descentralización de los servicios de salud en México: antecedentes y problemas” y “Un ejercicio de evaluación: la productividad de los servicios de salud para población abierta, (1982-1994)”.

El objetivo del Capítulo I es precisar el significado de los términos descentralización y eficiencia. Con este propósito se divide en tres secciones, la primera se ocupa de examinar el significado de la descentralización, además de describir las razones generales para descentralizar, con atención especial a los países en desarrollo, para compararlas posteriormente con la experiencia mexicana. La segunda sección presenta la relación descentralización-eficiencia, objeto central de la tesis, con sus características generales y sus vínculos con la productividad. Finalmente, en la tercera parte, se revisan las características específicas de los términos eficiencia y productividad para el caso de los servicios de salud.

En el segundo capítulo se describirán con detalle los problemas que motivaron la creación del Sistema Nacional de Salud durante el gobierno de Miguel de la Madrid. En particular, subrayaré los problemas de falta de coordinación en el sector y heterogeneidad de los servicios que hicieron pensar en las estrategias de sectorización, modernización y descentralización para fortalecer el Sistema. También se revisarán las modificaciones al marco jurídico para la prestación de servicios de salud y se examinará el proceso de descentralización de los ochenta, en sus dos fases: coordinación programática e integración orgánica.

El propósito del Capítulo II es señalar que la descentralización se limitó a fusionar las diversas dependencias prestadoras de servicios de salud para población abierta en los estados y que la transferencia del poder de decisión y recursos fue muy limitada. Asimismo, se mostrarán los propósitos formales del proceso: acercar las decisiones a los servicios estatales y hacer más eficiente la atención a la salud.

El último capítulo, “Un ejercicio de evaluación: la productividad de los servicios de salud para población abierta”, se divide en dos secciones. En la primera me concentraré en revisar el concepto de evaluación, sus tipos, así como los diseños de investigación más

frecuentes. El propósito es explicar con precisión los factores que modelaron el ejercicio de evaluación de la segunda parte del capítulo.

La segunda parte del Capítulo III pretende explicar las características particulares del modelo de evaluación que se utiliza, de tal modo, se presenta el diseño general de dos ejercicios de evaluación:

- I Comparación de los servicios para población abierta en los estados descentralizados con los servicios del mismo tipo en los no descentralizados, la cual se propone detectar los cambios en la productividad de los servicios que generó la descentralización.
- II Comparación de los servicios para población abierta en los estados descentralizados con los de derechohabientes en los mismos estados, la cual intenta determinar si disminuyeron las diferencias entre los servicios para universos abiertos y cerrados, por lo menos en cuanto a su productividad.

También se describirán las dos fases de ambas evaluaciones: en la primera se examinaron las variaciones porcentuales de los servicios prestados y los recursos existentes entre 1982 y 1994, en la segunda se analizaron once indicadores de productividad en el mismo período.

La segunda parte del Capítulo se ocupa sobre todo de discutir los resultados del ejercicio de evaluación con el propósito de determinar cuáles han sido los efectos del proceso descentralizador sobre la productividad de los servicios de salud para población abierta.

CAPÍTULO I

DESCENTRALIZACIÓN, EFICIENCIA Y PRODUCTIVIDAD

La descentralización se ha definido como la transferencia de autoridad a organizaciones paraestatales, gobiernos locales y organizaciones no gubernamentales. Muchos gobiernos y agencias de países en desarrollo promueven esta estrategia como parte de las reformas administrativas diseñadas e implementadas para aumentar la equidad y la eficiencia. Estas medidas se apoyan en la creencia de que la excesiva centralización incrementa los costos económicos y sociales, pero también es una fuente de inestabilidad política.¹

En el mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la descentralización como un medio para incrementar la coordinación y la capacidad de respuesta ante las necesidades sanitarias locales, al delegar responsabilidades, autoridad y recursos tanto a la comunidad como a autoridades intermedias.² En general, además, se reconoce que la descentralización fomenta la participación comunitaria y promueve la responsabilidad local por la salud. Además, es pertinente mencionar que la descentralización de los servicios de salud para población abierta no sólo responden a las necesidades de cada nación, sino también a las demandas de organismos internacionales como la OMS y el Banco Mundial, los cuales han limitado la transferencia de recursos para apoyar las acciones del sector salud, mientras no se descentralice.³

¹ World Bank. *Financing health services in developing countries. An agenda for reform*, Washington (DC), World Bank, 1987, cit. por Miguel A. González Block, René Leyva y otros, "Health services decentralization in Mexico: formulation, implementation and results of policy", *Health Policy and Planning*, 4 (1989), p. 301. (En adelante: "Health services").

² World Health Organization, *Formulating strategies for Health for All by the Year 2000*, Ginebra, WHO, 1980, cit. en M. González, "Health services", art. cit., p. 301.

³ En realidad, México se había convertido en un caso atípico, pues, en este momento, son muy pocos los países que aún mantienen centralizada la prestación de servicios de salud para población abierta. Sobre el tema véase, Anne Mills y otros, *Descentralización de los sistemas de Salud. Conceptos, aspectos y expe-*

El propósito de este capítulo es revisar los diversos significados de los términos descentralización y eficiencia. Con este propósito se divide en tres secciones, la primera se ocupa de examinar el significado de la descentralización, además de describir las razones generales para descentralizar, con atención especial a los países en desarrollo, para compararlas posteriormente con la experiencia mexicana. La segunda sección presenta la relación descentralización-eficiencia, objeto central de la tesis, con sus características generales y sus vínculos con la productividad. Finalmente, en la tercera parte, me concentraré en revisar las características específicas de los términos eficiencia y productividad para el caso de los servicios de salud.

1. CENTRALIZACIÓN Y DESCENTRALIZACIÓN

En esta sección se intenta aclarar el significado del término descentralización para establecer que existen innumerables posibilidades intermedias entre los extremos —muy útiles analíticamente— centralización y descentralización.

Herbert Simon en la sección "Centralización y descentralización" de su libro *El comportamiento administrativo*⁴ afirma que casi todo el mundo se siente "más seguro" cuando toma las decisiones, en lugar de delegarlas a un subordinado. El superior racionaliza esta centralización con base en lo siguiente: él tiene una especialización superior o está más entrenado que el subordinado, si toma la decisión, puede estar seguro de que ésta se ajusta a sus deseos, sin embargo, no percibe que al concentrar en sí mismo toda la función decisoria no sólo multiplica su trabajo, sino además convierte al subordinado en superfluo.

Aun cuando el superior esté mejor entrenado que el subordinado, hay tres razones importantes para descentralizar las decisiones: (1) no basta con tomar en cuenta la exactitud de la decisión, también debe considerarse su costo, es posible suponer que el superior está mejor pagado que el subordinado y, por tanto, con el propósito de minimizar los costos reserva su tiempo para los aspectos más importantes del trabajo de la organización;⁵ (2) enviar una decisión a niveles superiores de la jerarquía, añade nuevos costos en tiempo y

riencias nacionales, Ginebra, OMS, 1995. También se presenta una revisión interesante en Ana Rita Díaz-Muñoz y otros, *Sistemas de salud en proceso de reforma*, Buenos Aires, OPS-OMS, 1994.

⁴ *Op. cit.*, pp. 221-226.

⁵ *Ibid.*, p. 223.

dinero al proceso decisorio, por tanto, es preciso equilibrar todas las ventajas de exactitud de la decisión centralizada con los costos de prolongar el proceso, más el de comunicar las decisiones;⁶ (3) el superior puede tomar decisiones más exactas que el subordinado siempre y cuando la información necesaria para tomarlas sea igualmente accesible a ambos, sin embargo, si se decide con un límite de tiempo, o si la organización se caracteriza por su dispersión geográfica, puede que esto no ocurra. Simon dice al respecto...

Los hechos del caso pueden presentarse al subordinado de forma directa, pero quizá sea sumamente difícil comunicárselos al superior. El aislamiento de los niveles más elevados de la jerarquía administrativa del mundo de los hechos conocidos de primera mano por los niveles inferiores es un fenómeno administrativo corriente.⁷

La descentralización se asocia frecuentemente con una amplia abanico de objetivos económicos, sociales y políticos tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Algunos autores como Shepard sostienen que la descentralización puede aumentar la eficiencia con la que se demandan y proveen bienes públicos,⁸ mientras para ciertos modelos de toma de decisiones locales puede ser un medio para ampliar las posibilidades de elección del consumidor. En general, se considera que la descentralización es capaz de reducir costos y mejorar resultados, pero además favorece el uso eficiente de todo tipo de recursos.

¿Cuáles son, en general, los argumentos que se utilizan para apoyar la descentralización? Es posible agruparlos en dos tipos de razonamientos, el primero considera que fortalecer los gobiernos locales favorecerá la democracia nacional, mientras el segundo se interesa en los beneficios concretos para la comunidad local. Para el primer grupo la descentralización genera como valores centrales: educación política, desarrollo de liderazgos y estabilidad política. En cuanto a los beneficios para la localidad, el segundo subraya la igualdad, la libertad y la capacidad de respuesta de la administración frente a las demandas sociales.⁹

⁶ *Ibid.*, p. 224.

⁷ *Ibid.*, p. 225.

⁸ "Metropolitan political decentralization: a test of the life-style values model", *Urban Affairs Quarterly*, 10 (1975), cit. por Brian C. Smith, *Decentralization. The territorial dimension of the state.*, Londres, George Allen & Unwin, 1984, p. 4.

⁹ La discusión sobre los valores que generalmente se asocian con la descentralización es muy sugerente e interesante, no obstante, excede los propósitos de este capítulo y de la tesis. Véanse, por ejemplo, Ricard

En este punto es conveniente precisar la relación entre federalismo y descentralización. En muchos casos, se asume que por definición los estados federados son más descentralizados que los unitarios, sin embargo, el análisis comparado de países con estas formas de estado ha revelado tres aspectos que establecen una distinción menos nítida entre las federaciones y los estados unitarios, por lo menos en cuanto al grado de descentralización.

Primero, frecuentemente, las constituciones federales contradicen el principio federalista al otorgar al gobierno federal cierto poder sobre los gobiernos subnacionales.

Segundo, las definiciones legalistas, en términos de división de poderes, resultan poco útiles ante las particularidades en la evolución de las federaciones. Los dos niveles principales de gobierno (federal y estatal) se han vuelto cada vez más interdependientes, además, las federaciones han mostrado una tendencia a la centralización más fuerte que la prevista por los constitucionalistas originales.

Tercero, si los estados unitarios devuelven suficientes poderes a los gobiernos provinciales es posible que se desarrolle un arreglo cuasi-federal.¹⁰

1.1 ¿QUÉ ES LA DESCENTRALIZACIÓN?

Las confusiones sobre el término descentralización se derivan de que se ha utilizado de innumerables maneras. Descentralización puede significar transferir el control de empresas públicas de funcionarios gubernamentales a consejos relativamente autónomos; desarrollar insumos económicos regionales para los esfuerzos nacionales de planeación; transferir funciones administrativas a niveles jerárquicos inferiores o a otros territorios; crear unidades legislativas de menor tamaño; traspasar responsabilidades a cuerpos legislativos subnacionales y también que más personas controlen una empresa productiva...¹¹

Gomà y Joaquim Brugué, "Public participation in a decentralized city: The case of Barcelona", Barcelona, Institut de Ciències Polítiques i Socials, 1994 (Working Papers, 84); David O. Porter y Eugene A. Olsen, "Some critical issues in government centralization and decentralization", *Public Administration Review*, 36 (1976) y B. Smith, *op. cit.*, cap. 2.

¹⁰ B. Smith, *op. cit.*, pp. 13 ss.

¹¹ Norman Furniss, "The practical significance of descentralización", *The Journal of Politics*, 37 (1974), p. 973.

Así mismo, la descentralización de la administración pública puede definirse con grados de amplitud distintos. En algunos casos, la definición se concentra en la dimensión territorial y considera a la descentralización como la dispersión de agencias sobre el territorio o bien como la regionalización territorial de las acciones de una agencia. También se ha llegado a sostener que la descentralización incluye no sólo la dispersión territorial y la regionalización de las acciones, sino sobre todo la distribución de la autoridad sobre las decisiones y los recursos.

Oscar Oszlak sostiene que la gran confusión en el uso del término surge porque "descentralización" tiene significados distintos en la literatura anglosajona y en la francesa.¹² En general, los autores anglosajones la definen, en términos amplios, como la transferencia de la planeación, la toma de decisiones o la autoridad administrativa del gobierno central a sus delegaciones, unidades administrativas locales, organizaciones semiautónomas o paraestatales, gobiernos locales u organizaciones no gubernamentales.¹³ En consecuencia, la descentralización incluye fenómenos como la desconcentración, la delegación, la devolución y hasta la privatización.

Es otras palabras, y con estas precisiones en mente, la descentralización consiste en diversificar estructuras administrativas para constituir espacios de autonomía relativa en la toma de decisiones, los cuales pueden o no coincidir con la dispersión territorial.¹⁴ En términos todavía más amplios, la descentralización puede vincularse con el grado de influencia que los grupos locales han alcanzado sobre la gestión gubernamental, ya no se trata de crear autonomías, sino del repliegue del gobierno frente al avance de la sociedad.

Esta literatura sostiene que con propósitos explicativos puede ser útil considerar a la centralización y a la descentralización como modelos polares, pero, en realidad, prácticamente ningún sistema se ajusta a estos extremos, sino que presentan rasgos de uno y otro. De tal manera, puede pensarse en un continuo entre la centralización y la descentraliza-

¹² Oscar Oszlak y otros, "Descentralización de servicios de salud. El Estado y los servicios de salud", Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud, 1987, p. 12. (Mimeo.).

¹³ G. Shabbir Cheema y Dennis A. Rondinelli, "Introduction", en su libro *Decentralization in Developing Countries*, Beverly Hills (CA), Sage, 1983, p. 18.

¹⁴ Miguel Ángel González Block, "La descentralización del sector salud en México. Alcances y limitaciones de los sistemas locales de salud", *Salud Pública de México*, 34 (1992), p. 118. (En adelante: "Descentralización del sector").

ción, así cada sistema presenta combinaciones, ya sea en la fijación de políticas o en la gestión de programas.¹⁵

En cambio, la literatura con influencia francesa emplea descentralización de una manera más ajustada. Un buen ejemplo es la definición que en México proporciona la Secretaría de Salud, bastante similar a la del jurista Andrés Serra Rojas:

La descentralización es un acto jurídico-político por el cual la administración pública federal transfiere facultades, funciones, programas y recursos a una persona moral de derecho público con autonomía técnica y orgánica, reservándose el «control de tutela» y, consecuentemente, rompiéndose la línea jerárquica entre el que descentraliza y el que recibe las facultades. La descentralización puede llevarse a la práctica en dos ámbitos: a) funcional, cuando se transfieren facultades hacia una organismo descentralizado que forme parte de la Administración Pública Federal y b) territorial, cuando se transfieren programas y recursos hacia los niveles estatal o municipal.¹⁶

En consecuencia, los organismos descentralizados se caracterizan por lo siguiente: (a) personalidad jurídica, además de patrimonio y funciones propias; (b) responsabilidad personal y efectiva del funcionario de la organización descentralizada; (c) manejo de ingresos y egresos separados de la administración central; (d) autonomía técnica y orgánica. De tal forma, la descentralización se distingue de la desconcentración, la cual otorga a la unidad administrativa...

cierta autonomía técnica y operativa de carácter funcional o territorial [...] No se pierde la relación jerárquica y funcional respecto a los órganos centrales, pero éstos ejercen exclusivamente actividades de normatividad, planeación, control y evaluación, aunque se reservan el derecho de revisar las resoluciones adoptadas por los órganos desconcentrados, con el objeto de modificarlas o incluso anularlas.¹⁷

La desconcentración, que también se conoce como descentralización administrativa, tiene como características centrales: (a) los órganos no tiene personalidad jurídica, patrimonio o funciones propias; (b) se encuentran subordinados a un organismo central, el cual conserva control jerárquico y poder disciplinario y (c) tienen limitada competencia y poder de decisión. La desconcentración intenta sobre todo dotar de autonomía técnica a ciertos órganos, pero sin perder la congruencia en las actividades, la cual se mantiene

¹⁵ O. Oszlak, art. cit., p. 14.

¹⁶ Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 1984-1988*, México, 1984, p. 159.

¹⁷ *Ibid.*, p. 160.

mediante objetivos y metas comunes, priorización de actividades, referencia a la jerarquía o cualquier otro instrumento de coordinación.¹⁸

Estas características muestran que para la literatura con influencia francesa la diferencia entre la descentralización y la desconcentración no es una cuestión de grados. Es decir, no existe un continuo, por ejemplo, entre la desconcentración (descentralización administrativa) y la descentralización real de decisiones.

En este punto, y para los fines de este trabajo, resulta extremadamente útil la definición más flexible de Enrique Cabrero y José Mejía Lira: la descentralización es un proceso que intenta revertir una tendencia de centralización y concentración del *poder de decisión*, así como de los recursos que permiten su ejercicio. Por tanto, todo proceso de descentralización pretendería, en principio, conformar una estructura oligopólica del poder donde sea posible detectar *núcleos de decisión periféricos* con un considerable nivel de autonomía relativa con respecto al *núcleo de decisión central*. Aun cuando el núcleo de decisión central, en este caso el gobierno federal, tenga un peso específico mayor que los núcleos periféricos, gobiernos estatales y municipales, toda decisión tiene que resultar de un proceso donde participen conjuntamente los núcleos central y periféricos.¹⁹

1.2 ¿CUÁLES SON LAS IMPLICACIONES FUNDAMENTALES DE LOS PROCESOS DESCENTRALIZADORES?²⁰

➤ La descentralización implica divisiones territoriales. La delimitación de áreas que requiere la descentralización no es un proceso arbitrario, pues implica la aplicación de principios derivados de valores administrativos y políticos particulares. Si el propósito de la descentralización es reflejar las necesidades o deseos de las comunidades locales, entonces la delimitación de áreas estará obligada a reflejar los patrones de colonización y la distribución espacial de esas comunidades. No obstante, también puede aplicarse el principio de la eficiencia para la división territorial. El país puede dividirse geográficamente en áreas con características (número de habitantes, densidad de población, topografía) que

¹⁸ Andrés Serra Rojas, *Derecho administrativo*, México, Porrúa, 1965, pp. 553 ss.

¹⁹ *Op. cit.*, p. 35.

²⁰ Esta sección está tomada de B. Smith, *op. cit.*, pp. 8 ss.

se consideren vinculadas con la provisión eficiente de bienes y servicios, así, la delimitación implicaría definir el tamaño y la forma de las áreas bajo criterios técnicos.

La descentralización implica también la delegación de autoridad, ya sea política o burocrática. La autoridad política se delega cuando el poder se devuelve o transfiere por mandato legislativo a las divisiones administrativas en un estado unitario o, cuando constitucionalmente, se comparte entre los gobiernos nacional y subnacional en un estado federal. La delegación de autoridad burocrática se deriva de la delegación de responsabilidades de ministerios centrales a oficinas regionales, de tal manera, el poder de decisión que estas oficinas puedan ejercer dependerá de la voluntad de los ministerios.

En este sentido, la distinción entre sistemas descentralizados política y administrativamente puede ser muy ilustrativa. En los sistemas sujetos a descentralización política, las subunidades tienen considerable poder propio, además tienden a coordinar y reorganizar los recursos que recibe su jurisdicción para satisfacer prioridades locales. En los sistemas descentralizados administrativamente, las oficinas regionales reaccionan ante los intereses y preferencias funcionales y profesionales de los departamentos y agencias centrales. En estos casos, se privilegia la visión “nacional” y “profesional” frente a la perspectiva local.²¹

La descentralización de la administración se defiende algunas veces en términos de eficiencia, pero, en general, se le justifica preferentemente por las ventajas derivadas de la participación popular efectiva en el gobierno. Las reformas administrativas se habían concentrado, y de hecho lograron en algunos casos, elevar el nivel de profesionalización y conocimiento experto en la burocracias, y con alcances más limitados, aumentar la capacidad de los altos ejecutivos para controlar los instrumentos administrativos del gobierno. En este momento, en consecuencia, la atención de la opinión pública se dedica principalmente a cuestionar la posibilidad de participación efectiva.²²

Como ya mencioné, los términos centralización y descentralización —para alejarse de la rígida definición jurídica, frecuente también en la literatura administrativa francesa—

²¹ D. Porter, art. cit., p. 75.

²² Herbert Kaufman, “Administrative decentralization and political power”, *Public Administration Review*, 29 (1969), p. 8.

no tienen que tratarse como absolutos, sino más bien como dos extremos de un continuo.²³

De tal manera, la descentralización se refiere, en realidad, al estado de una relación entre órdenes de gobierno o entre gobierno y gobernados, en consecuencia, el fenómeno es relativo a cambios históricos o políticos en uno u otro polo. No obstante, con frecuencia se piensa en la descentralización como la concesión unilateral de la autoridad, sin analizar el papel que tienen las unidades subordinadas para aumentar su cuota de responsabilidad o de poder.²⁴

Douglas E. Ashford sostiene que para comprender los procesos descentralizadores es necesario pensarlos en dos dimensiones dentro del sistema político: beneficios individuales *versus* beneficios territoriales y autoridad local *versus* autoridad central. En el Diagrama 1, se muestran las distintas alternativas del Estado moderno para los gobiernos nacional y locales.

DIAGRAMA 1
DIMENSIONES ESTRUCTURALES DE LA DESCENTRALIZACIÓN

		Relación entre el gobierno central y la sociedad		
		<i>Aumenta</i>	<i>Sin cambio</i>	<i>Disminuye</i>
Relación entre los gobiernos subnacionales y el central	<i>Aumenta</i>	Centralización sistémica	Descentralización relativa	DESCENTRALIZACIÓN PURA
	<i>Sin cambio</i>	Centralización relativa	Sin cambio	Descentralización relativa
	<i>Disminuye</i>	CENTRALIZACIÓN PURA	Centralización relativa	Descentralización sistémica

Fuente: D. Ashford, art. cit., p. 76.

El Estado moderno puede aumentar los beneficios y servicios individuales sin modificar el papel de los gobiernos locales, en este caso se habla de centralización pura. La se-

²³ Henry Mintzberg, *Diseño de organizaciones eficientes*, trad. por Roxana M. Capmany, Buenos Aires, El Ateneo, 1989, p. 85.

²⁴ M. A. González Block, "Descentralización del sector", p. 119.

gunda opción se representa con las seis alternativas mixtas que se aproximan a las alternativas reales que enfrentan los sistemas políticos. La tercera opción es la descentralización pura cuando nuevas actividades estatales se asignan a los gobiernos locales y disminuye la importancia del gobierno central.

La dimensión horizontal del Diagrama 1 establece tres alternativas para el gobierno en relación a la suma de beneficios sociales: crecimiento, estabilización y disminución. En los países desarrollados, la primera columna recibió mucha atención desde los años cincuenta, pero desde principios de los ochenta, ante los crecientes problemas económicos, la segunda y la tercera columna son las que más se discuten.

La dimensión vertical identifica las mismas alternativas, pero en cuanto a la relación entre el sistema de toma de decisiones local y el gobierno central. Es posible alcanzar algunas conclusiones interesantes: (1) los casos de centralización y descentralización pura son irrealistas si se toman en cuenta la complejidad del gobierno moderno y la heterogeneidad territorial y (2) muchos procesos descentralizadores sólo lo son relativamente.

El carácter relativo de la descentralización abre la posibilidad a tres tipos de cambio: (1) descentralización pura, cuando un orden de gobierno subordinado asume mayores responsabilidades financieras, decisorias o normativas y disminuyen, a su vez, las de coordinación o supervisión del nacional; (2) descentralización relativa, cuando solamente el nivel subordinado asume más responsabilidades, sin cambios en el orden superior y (3) descentralización sistémica, cuando ambos niveles de gobierno disminuyen sus responsabilidades.²⁵

También es conveniente señalar que la complejidad de la administración pública explica la amplia gama de posibilidades entre la descentralización y la centralización funcional. Por ejemplo, *regionalización*, cuando se dispersan los recursos o las acciones, pero se mantiene un fuerte control central; *desconcentración*, cuando el cambio significa mayor capacidad gerencial periférica sobre recursos y unidades subordinadas preexistentes; *delegación*, si a la transferencia de recursos y a la mayor capacidad gerencial se suma cierta autonomía decisoria y, *devolución*, cuando se transfiere a un gobierno coordinado la

²⁵ Douglas E. Ashford, "Territorial politics and equality: Decentralization in the modern state", *Political Studies*, 27 (1979), *passim*.

responsabilidad de definir y captar las necesidades y los recursos, aunque el centro mantiene, o inclusive incrementa, su responsabilidad regulatoria.²⁶

1.3 RAZONES PARA DESCENTRALIZAR

Durante los años setenta, gobiernos de Asia, América Latina y África comenzaron a experimentar con nuevos enfoques de desarrollo y, en consecuencia, con nuevos arreglos políticos y administrativos para planear y administrar programas. El interés creciente en la descentralización de autoridad hacia agencias regionales y estatales surge, según Rondinelli y Cheema, de tres impulsos convergentes: (1) la desilusión que causaron los resultados de la planeación centralizada y el control de actividades de desarrollo de los decenios cincuenta y sesenta; (2) la necesidad de nuevas formas de administración para enfrentar las estrategias de "crecimiento con equidad" de los años setenta y (3) la concientización creciente sobre el hecho de que entre más complejas son las sociedades y las actividades gubernamentales aumentan, se vuelve más difícil planear y administrar las actividades efectiva y eficientemente desde el centro.²⁷

El control central era compatible con las teorías más importantes de desarrollo económico de los años cuarenta. La industrialización intensiva en capital, que se proponía maximizar el crecimiento del producto nacional, requería la intervención decidida de los gobiernos, tanto en la inversión como en la producción, además, de planes nacionales amplios y diseñados centralmente. Así, durante los años cincuenta, la mayoría de los países en desarrollo utilizaron la planeación centralizada para producir políticas racionales y coherentes que emplearan los recursos escasos eficientemente y, en consecuencia, generaran un crecimiento acelerado de la producción industrial.²⁸

La planeación y administración centralizadas se consideraban necesarias para dirigir y controlar la economía, además eran útiles para integrar y unificar naciones independizadas recientemente. Así mismo, el control central era un requisito indispensable para recibir ayuda de las agencias internacionales que distribuyeron grandes cantidades de capital du-

²⁶ M. A. González Block, "Descentralización del sector", p. 121.

²⁷ G. S. Cheema, art. cit., p. 10.

²⁸ *Loc. cit.*

rante las décadas de los cincuenta y sesenta, estas agencias insistían en que los países tuvieran planes amplios y de largo plazo para la inversión de capital externo. Sin embargo, para finales de los años sesenta, la planeación centralizada no había alcanzado sus objetivos: el crecimiento económico permaneció aletargado en la mayoría de los países en desarrollo e incluso donde las tasas de crecimiento eran positivas, sólo un pequeño grupo se había beneficiado del incremento de la producción; además, las diferencias en el ingreso entre individuos ricos y pobres, pero también entre regiones, habían aumentado.

El interés por la descentralización —siguen Rondinelli y Cheema— surge indudablemente del desencanto sobre la efectividad del control y administración centralizadas para promover el crecimiento económico; pero también porque para muchos países en desarrollo era prácticamente imposible seguir las recomendaciones de las agencias internacionales sobre planeación de largo plazo.²⁹ Keith Griffin sostiene que se ha producido:

... a reduced emphasis on national planning and a growing awareness of the need to devise an administrative structure that would permit regional decentralization, local autonomy in making decisions of primary concern to the locality and greater local responsibility for designing and implementing development programs. Such changes, evidently, are not just technical and administrative; they are political. They involve a transfer of power from the groups who dominate the center to those who have control at the local level.³⁰

Brian Smith también sostiene que el Estado contemporáneo se encuentra obligado a descentralizar su aparato gubernamental, independientemente de sus preferencias valorativas sobre la vida pública o sus alcances como regulador social...

All contemporary states must somehow meet this need. It may arise simply for reasons of practical administration. The functions of the modern state require it to operate at the local level. Taxes must be collected and laws enforced. In the welfare state, claims must be assessed and benefits paid. In developing countries the peasantry must be serviced with loans, seed and fertilizers. *Decentralization is widely regarded as a necessary condition for social, economic and political development.*³¹

²⁹ *Ibid.*, p. 11.

³⁰ "Economic Development in a Changing World", *World Development*, 9 (1981), p. 225, en *ibid.*, p. 13.

³¹ Brian C. Smith, *op. cit.*, pp. 2 s. Las cursivas son mías.

¿Cuáles son las razones para descentralizar en los países en desarrollo?³²

1. La descentralización permite superar las limitaciones de las decisiones centralizadas, pues se delega autoridad a funcionarios que se encuentran más cerca de los problemas y por tanto de las necesidades de regiones y grupos heterogéneos.
2. La descentralización puede disminuir la excesiva burocratización de los procedimientos, la cual es resultado parcial de la concentración del poder, la autoridad y los recursos en el gobierno central.
3. Al descentralizar funciones y transferir funcionarios gubernamentales centrales a las localidades, el conocimiento de los funcionarios y, su sensibilidad a los problemas y necesidades de la población aumenta.
4. La descentralización permite que los planes centrales penetren con más facilidad en áreas remotas, las cuales tradicionalmente se descuidan.
5. La descentralización favorece la participación de grupos políticos, étnicos y tribales en las decisiones, lo cual puede traducirse en decisiones que asignen con equidad las inversiones y los recursos gubernamentales.
6. La descentralización puede incrementar la capacidad administrativa de los gobiernos central, locales y de las instituciones privadas en las regiones. Los funcionarios centrales de alto nivel, por ejemplo, delegan a los locales tareas rutinarios, lo cual permite que los primeros se concentren en la planeación y supervisión cuidadosa de los programas. En general, la descentralización genera procedimientos administrativos más flexibles, innovadores y creativos porque los gobiernos regionales, distritales o provinciales tienen más oportunidades de experimentar con nuevos programas, pues si fallan los efectos son limitados, pero si tienen éxito pueden intentarse en otras regiones.
7. La descentralización favorece la coordinación entre las acciones de ministerios o agencias gubernamentales centrales y los líderes locales u organizaciones no gubernamentales.

Para terminar la primera sección de este capítulo dedicaré los siguientes párrafos a señalar cuándo es conveniente descentralizar. David Porter y Eugene Olsen consideran

³² G. S. Cheema, art. cit., pp. 14-16.

que existen cuatro factores principales para determinar si es conveniente centralizar o descentralizar una agencia: (1) el grado de conocimiento y consenso sobre los objetivos de la agencia, (2) el grado de comprensión sobre las técnicas de producción de la organización, (3) la complejidad de la coordinación necesaria para desempeñar las tareas y (4) el grado de descentralización que se propone dentro de la agencia.

1. Los objetivos. Si los líderes de una organización no tienen un mandato claro sobre las tareas que deben desarrollar, la descentralización aumentará el desconocimiento y la confusión.
2. Las técnicas de producción. En muchas organizaciones del sector público, no se comprende el proceso mediante el cual se combinan los insumos para generar los productos deseados, en realidad, con frecuencia, no se sabe con precisión cuáles son los productos. De tal forma, la división de tareas entre las subunidades se complica enormemente.
3. La coordinación. Si la tecnología es muy rutinaria y/o requiere muy poca coordinación entre los trabajadores, la estructura organizacional no será muy complicada y la actividad podrá centralizarse. En cambio, si la tecnología no es rutinaria y requiere mucha coordinación entre los participantes, la organización tendrá que ser muy flexible e integrarse con unidades pequeñas con bastante poder de decisión, en consecuencia, estas actividades sólo se realizarán eficazmente si se descentralizan.
4. La mayoría de las tecnologías rutinarias y sencillas se encuentran en los niveles productivos o técnicos de las organizaciones, mientras que las actividades gerenciales y de formulación de políticas son más complejas. En consecuencia, es más difícil descentralizar este último tipo de actividades.³³

El propósito central del Capítulo, y de esta sección en particular, es aclarar que a lo largo de la tesis se considerará a la descentralización como una variable continua, en consecuencia, el primer objetivo del Capítulo II será aclarar el grado de descentralización que alcanzaron los servicios de salud estatales, como consecuencia de la política implementada durante el gobierno de Miguel de la Madrid. También se subrayará que para la Secretaría de Salud federal el beneficio más atractivo de los comúnmente asociados a los pro-

³³ D. Porter, art. cit., p. 80.

cesos descentralizados era la posibilidad —como señalan Cheema y Rondinelli³⁴— de liberar a las autoridades centrales de funciones operativas para que se concentraran en la planeación y supervisión cuidadosa de los programas.

2. DESCENTRALIZACIÓN Y EFICIENCIA

Enrique Cabrero y José Mejía Lira sostienen que para estudiar los alcances de las políticas descentralizadoras es indispensable tener presente que todo proceso de descentralización se desarrolla en un contexto económico, político y sociocultural, por tanto es necesario acercarse al proceso considerando sus distintos aspectos para tratar de aprehender su naturaleza auténtica.

En este punto, los autores proponen una distinción analítica en dos aspectos propios de los procesos descentralizadores, que como el mexicano, "combinaban aspectos administrativos del aparato público con aspiraciones de modificación de las estructuras del poder definidas como mayores niveles de participación o democracia".³⁵ El primer aspecto, objeto central de esta tesis, se relaciona con la necesidad de la división del trabajo que conduce a la especialización, el segundo se refiere al proceso de toma de decisiones dentro de las organizaciones e intenta responder a la pregunta ¿la descentralización fortalece o no la democratización del proceso de decisión?

En la lógica de la racionalidad económica (en términos del cálculo preciso de los medios adecuados para conseguir un fin) la eficiencia se incrementa por medio de la especialización y, en este sentido, de la descentralización.³⁶ En la teoría administrativa, esto se percibe como el traslado de competencias de una unidad a otra para tomar cierta decisiones, dentro de la lógica orientada al incremento de la eficiencia, bajo el supuesto de que quien tiene la información y el conocimiento sobre cierto problema puede seleccionar la mejor opción para los usuarios o, por lo menos, la más satisfactoria .

³⁴ G. S. Cheema, art. cit., pp. 14-16

³⁵ E. Cabrero, *op. cit.*, pp. 8 s.

³⁶ Para los fines de este texto es indispensable distinguir entre efectividad, habilidad para alcanzar objetivos preestablecidos, y eficiencia, cualidad que produce mejor el servicio con la misma cantidad de recursos. (Manuel Alcántara Sáenz, "Los problemas de gobernabilidad de un sistema político", en Mauricio Merino H. (coord.), *Cambio político y gobernabilidad*, México, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública-CONACYT, 1992, p. 35).

El vínculo de la descentralización (especialización) con la eficiencia surgió, en particular, de la administración privada, donde Taylor y Fayol postularon como necesaria la especialización del trabajo como mecanismo que incorporara la eficiencia y el control al mismo tiempo. Para estos teóricos...

la concentración del esfuerzo en campos limitados y restringidos permite incrementar la producción y su calidad, siendo la especialización una manera de aumentar la eficiencia y disminuir los costos de producción o servicios.³⁷

Aun cuando la discusión sobre la relación descentralización–eficiencia se presenta con frecuencia en los ámbitos políticos y administrativos, el argumento no es elaborado, a menudo se reduce a: "las unidades descentralizadas son más eficientes que las no descentralizadas porque están más cerca de los problemas, los conocen mejor", la teoría de la administración pública y la económica tampoco son muy prolíficas al respecto, no obstante, los argumentos son más consistentes si se intenta establecer relaciones con otros términos como especialización o división del trabajo.³⁸

Herbert Simon, en su examen crítico sobre los principios administrativos más comunes, sostiene que el supuesto "la eficiencia administrativa aumenta con la especialización" resulta engañoso y ambiguo, pues no puede afirmarse que cualquier aumento en la especialización incrementará la eficiencia. Simon dice...

Se diría que la sencillez del principio de especialización es una sencillez engañosa, una sencillez que oculta ambigüedades fundamentales. Porque la "especialización" no es una condición de la administración eficiente: es una característica inevitable de todo esfuerzo de grupo, cualquiera que sea la eficiencia que ese esfuerzo pueda tener.³⁹

En este sentido, Henry Mintzberg llega incluso a sostener que cada actividad humana organizada genera dos requerimientos fundamentales y opuestos: la división del trabajo (especialización) entre varias tareas y la coordinación de estas tareas para consumir la

³⁷ E. Cabrero, *op. cit.*, p. 24.

³⁸ Para una discusión completa sobre la división del trabajo véase, Adam Smith, *Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones*, trad. Gabriel Franco, México, Fondo de Cultura Económica, 1958, pp. 7-23.

³⁹ H. Simon, *op. cit.*, p. 22.

actividad. en consecuencia, la estructura de una organización puede definirse simplemente como la suma total de las formas en que se divide y se coordina el trabajo.⁴⁰

En general, sin embargo, el término eficiencia se aplica con más facilidad a las organizaciones privadas porque, entre el abanico de alternativas de la organización, favorece la que proporcione el rendimiento neto más alto, esto implica la maximización de beneficios, si se mantienen fijos los costos, o la minimización de costos, si se mantienen los beneficios.⁴¹ en otras palabras, lo que intenta maximizarse es la diferencia entre beneficios y costos que se cuantifica con facilidad en términos monetarios. Generalmente, la eficiencia se asocia con disminuir los costos,⁴² así para los propósitos de la tesis, es conveniente señalar que si los recursos humanos y materiales son más productivos, entonces los costos pueden mantenerse bajos, de tal forma, los incrementos en la productividad contribuyen a incrementar la eficiencia en la producción de bienes o servicios.

Es necesario puntualizar la definición de eficiencia, si dos resultados pueden obtenerse con el mismo gasto, la decisión más eficiente será aquella que elija el resultado más alto. Si los gastos son de magnitud distinta entonces la comparación sólo puede realizarse en términos de costos de oportunidad,⁴³ es decir expresados de acuerdo con los resultados alternativos, la segunda mejor opción.

Si se considera a la eficiencia como la relación entre costos (insumos) y beneficios (bienes o servicios), entonces es posible medirla en términos monetarios (eficiencia económica) o en términos físicos (eficiencia técnica),⁴⁴ de tal forma es posible afirmar que la productividad y la eficiencia técnica son sinónimos.

Otros autores señalan que existen diferencias entre la eficiencia y la productividad, pero que éstas se reducen a la unidad de medida utilizada para representar cada concepto. Para los estudios de eficiencia, la unidad de medida es el costo; para los de productividad son los insumos como tales. Desde luego, podría calcularse el costo de los insumos, en

⁴⁰ *Op. cit.*, p. 6

⁴¹ H. Simon, *op. cit.*, p. 165.

⁴² Stuart Nagel, "Introduction: Bridging Theory and Practice in Policy/Program Evaluation", en su libro *Policy Theory and Policy Evaluation*, Westport (VI), Greenwood, 1990, pp. XX y ss., también Amitai Etzioni, *Modern Organizations*, New Delhi, Prentice Hall of India, 1964, pp. 8 s.

⁴³ H. Simon, *op. cit.*, p. 174.

⁴⁴ Christopher Pass y otros, *The Harper Collins Dictionary of Economics*, New York, Harper Perennial, 1991, s.v.

ese caso las medidas de productividad también podría utilizarse para medir la eficiencia. En realidad, en los dos conceptos existe una relación entre costos y beneficios, en un caso explícita (eficiencia) y en el otro implícita (productividad).⁴⁵ De acuerdo a este último argumento, las medidas de productividad que se utilizarán en la tesis también pueden emplearse —como se precisa en el Capítulo III— como indicadores de eficiencia en la producción de servicios de salud.

Myriam Cardozo sostiene que el criterio de eficiencia se ha enunciado, en general, de manera muy sintética, sin embargo, su aplicación a las actividades del sector público demanda que se revise teóricamente para recuperar su complejidad.⁴⁶

Amitai Etzioni define la eficiencia como el monto de los recursos utilizados para obtener una unidad de producción, de tal manera, la eficiencia aumenta al decrecer los costos o recursos empleados. Sin embargo, el autor sostiene que el énfasis en la *eficiencia económica* puede dificultar la evaluación, por ejemplo, si la organización no tiene producción material, o si sus productos son intangibles o muy difíciles de medir. Además, Etzioni advierte:

Curiously, the very effort or desire to establish how we are doing and to find ways of improving if we are not doing as well as we ought to do —often has quite undesired effects from the point of view of the organizational goals. Frequent measuring can distort the organizational efforts because, as a rule, some aspects of its output are more measurable than the others. Frequent measuring tends to encourage over-production of highly measurable items and neglect of the less measurable ones. When a factory puts great pressure on its production people to increase their efficiency, they might well produce more items but of a lower quality.⁴⁷

Georgopoulos y Tanenbaum afirman que el criterio se ha tratado equivocadamente como sinónimo de productividad o rentabilidad y proponen una definición más amplia: “el alcance que una organización tenga de sus objetivos, sin inhabilitar sus medios y recursos, y sin colocar una indebida presión sobre sus miembros.”⁴⁸

⁴⁵ Enrique Ruelas y Julio Querol, *Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud*, México, FUNSALUD, 1994, p. 18. (Economía y Salud, 8).

⁴⁶ “La evaluación de las políticas públicas: problemas, metodologías, aportes y limitaciones”, *Revista de Administración Pública*, 1993, núm. 84, pp. 167-197. (En adelante: “Evaluación”).

⁴⁷ *Op. cit.*, p. 9.

⁴⁸ “A Study of Organizational Effectiveness”, en Amitai Etzioni (ed.), *Reading on Modern Organizations*, Trenton, Prentice Hall, 1959, cit. por Myriam Cardozo, art. cit., p. 172.

Del mismo modo, en *Análisis de Eficiencia*, Stefan Musto propone que la eficiencia no se reduzca a un concepto exclusivamente económico y la define como valorar las consecuencias sociales positivas y negativas, cotejarlas y decidirse por la alternativa que prometa la máxima utilidad social neta.⁴⁹ Weisbrod sigue con la idea de eficiencia como criterio pluridimensional: la eficiencia se concibe en términos generales como algo mensurable por la diferencia entre todas las ventajas (beneficios) y todas las desventajas (costos) de una decisión.⁵⁰

Con estos antecedentes, Myriam Cardozo sugiere que al tratar organizaciones públicas y evaluar sus políticas, las cuales persiguen objetivos múltiples, se adopte un concepto de eficiencia muy amplio en el cual se incluyan todos los objetivos y todos los costos, cualquiera que sea su naturaleza.⁵¹

Con estas restricciones, sin embargo, todavía es posible utilizar las medidas de productividad para valorar la eficiencia de las organizaciones en la producción de bienes y servicios, no como único medio para evaluarla, sino con el propósito de comprenderla con más precisión, aunque de manera limitada. Además, las medidas que generalmente se sugieren para aumentar la productividad, también tienen efectos positivos sobre la eficiencia de las organizaciones: mejorar el proceso de trabajo, mejorar al trabajador y mejorar la administración.⁵² Así, en muchas ocasiones, la productividad de una organización puede reflejar también su eficiencia.

3. DESCENTRALIZACIÓN Y EFICIENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

A mediados de la década de los ochenta muchos países de América Latina reafirmaron su compromiso para alcanzar la meta “Salud para todos en el año 2000” y declararon que la táctica operacional fundamental dentro de la estrategia de atención primaria a la salud era

⁴⁹ Madrid, Tecnos, 1975.

⁵⁰ “Derivación de un conjunto implícito de ponderaciones gubernamentales para las clases de ingreso”, en Richard Layard (comp.), *Análisis costo-beneficio*, México, Fondo de Cultura Económica, 1978.

⁵¹ M. Cardozo, “Evaluación”, p. 173.

⁵² Ellen D. Rosen, “Productivity, concepts and measurement”, en Marc Holzer y Stuart S. Nagel (eds.), *Productivity and Public Policy*, Beverly Hills (CA), Sage, 1984, pp. 20-22. (Sage Yearbooks in Politics and Public Policy, 12).

la reorganización y reorientación del sector con base en la descentralización de los servicios y en el desarrollo de sistemas locales de salud.⁵³

La descentralización ha mostrado que es la clave para una operación apropiada y eficiente porque crea las condiciones favorables para la programación evaluación —tanto técnica como administrativa—, pero también para la evaluación social a través de la participación de las comunidades.⁵⁴ Sin embargo, la descentralización es una tarea muy compleja, pues más allá de sus características técnicas y administrativas implica —como ya se mencionó— un cambio en la distribución y uso del poder, lo cual exige un compromiso político firme.

Sin embargo, los gobiernos de América Latina tampoco tienen opciones, pues en la mayoría de los países, las presiones económicas sobre todo han obligado a emprender reformas sanitarias, las cuales persiguen algunos o todos de los siguientes objetivos: mejorar el estado de la salud y la satisfacción del paciente, incrementar la eficiencia técnica y asignativa y, mejorar los mecanismos de acceso a los servicios. Las reformas no sólo han intentado liberar las presiones financieras del sector (cobro de cuotas a los usuarios y seguros de gastos médicos), sino también han cuestionado la organización de los servicios y el papel del gobierno en el sistema. Las medidas como la descentralización y la provisión privada de servicios también se han discutido e implementado en algunas naciones. No obstante, la experiencia con reformas financieras y organizacionales ha mostrado sus estrechas interrelaciones y que el éxito de cada una depende de los resultados del resto.

Las estrategias que han adoptado las reformas del sector salud varían considerablemente entre las regiones, pero los objetivos generales son congruentes con la Campaña Mundial de la OMS “Salud para todos en el año 2000”, aun cuando el énfasis relativo cambie de país a país. Estas metas son:

- a. Mejorar el estado de la salud y la satisfacción del paciente al aumentar la efectividad y la calidad de los servicios.

⁵³ Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo – Organización Panamericana de la Salud, *Descentralización de los servicios de salud como estrategia para el desarrollo de los sistemas locales de salud*, Caracas, CLAD-OMS, 1990, p. 52.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 53.

- b. Aumentar la equidad al mejorar el acceso a la atención de la salud de grupos marginados.
- c. Incrementar el costo-efectividad del gasto en salud, considerando aumentos en la distribución de recursos a actividades prioritarias (eficiencia asignativa) y, la gestión y uso de los recursos que se han asignado (eficiencia técnica).⁵⁵

En la mayoría de los países, se ha aceptado que, aun en un escenario optimista, el presupuesto gubernamental para los servicios de salud aumentará moderadamente, en consecuencia, las autoridades nacionales de salud se han propuesto implementar reformas para (1) aprovechar al máximo los recursos disponibles y (2) incrementar el apoyo económico no gubernamental. La mayoría de los Ministerios de Salud intentan mejorar la asignación de recursos y la gerencia para incrementar la eficiencia sectorial y la productividad de los recursos para la salud, es decir, estas medidas intentan aumentar la cobertura y la calidad de los servicios con los recursos existentes.⁵⁶

En cuanto a la asignación de recursos, las experiencias de varios países —sostiene Kutzin— sugieren que los patrones de gasto en el sector salud no atienden al criterio de costo-efectividad, es decir, la cantidad relativa gastada en varios insumos sanitarios es inconsistente con las metas sectoriales. Por ejemplo, en muchos países en desarrollo, el gasto gubernamental en salud se concentra en la medicina curativa, especialmente en los hospitales de tercer nivel o de alta especialidad, mientras la atención preventiva ha demostrado ser mucho más eficiente.⁵⁷ En la administración de recursos, el desperdicio y otras formas de ineficiencia técnica en los sistemas nacionales de salud son considerables. Incluso si los recursos se asignaran a servicios organizados bajo el criterio costo-efectividad, el desperdicio e inapropiado manejo de los recursos en muchos países dificultaría los avances que podrían esperarse en otras condiciones. Por ejemplo, Shaw y Elmen-

⁵⁵ Joseph Kutzin, *Experience with organizational and financing reform of the health sector*, Ginebra, OMS, 1995, pp. iii y 1.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 1.

⁵⁷ En el diagnóstico que sirvió de base para el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 se registra que la Secretaría de Salud destina 89.3% de su presupuesto a programas de atención curativa y sólo 10.7 a la medicina preventiva. (Alfonso Urrutia, "Caos, ineficiencia y duplicidades en los servicios de salud: ARDF", *La Jornada*, México D. F., 11 de octubre de 1995).

dorf concluyeron: En África, el desperdicio y la ineficiencia son tan grandes en la compra, almacenaje, prescripción y empleo de medicamentos, que tan sólo 12% del gasto total llega a los pacientes en la forma de productos farmacéuticos de buena calidad.⁵⁸

En la mayoría de los países, las políticas descentralizadoras de los servicios de salud se han apoyado en dos argumentos distintos: Primero, la descentralización se considera una herramienta vital para implementar políticas de atención primaria a la salud, es decir, este proceso fortalece a las comunidades locales, mejora la coordinación intersectorial, estimula la planeación para que responda mejor a las necesidades comunitarias y anima la participación de los usuarios. Segundo, la descentralización es también un medio para aumentar la eficiencia y, mejorar la administración y la capacidad de respuesta de los servicios de salud gubernamentales.⁵⁹

Por ejemplo, en la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, se estableció, como prioridad programática del cuatrienio 1987-1990, el desarrollo de la infraestructura de los servicios. También se destacó que era necesaria la reorientación y reorganización de los sistemas sanitarios nacionales para lograr equidad, eficiencia y eficacia en las acciones de salud; así como la implantación de métodos más efectivos para planificar el desarrollo de los servicios y mejorar su gestión en función de los requerimientos locales. Los asistentes a la Conferencia coincidieron en señalar que estos objetivos dependen en gran medida de la descentralización política y administrativa.⁶⁰

Sin embargo, este proceso también puede generar dificultades, ¿cuáles son los problemas potenciales de la descentralización de los servicios de salud?⁶¹

I La descentralización puede afectar negativamente la equidad interregional, en especial, si la política incluye generar recursos locales como impuestos o cobros a los usuarios. En este caso el gasto en salud depende de la habilidad de la autoridad local para generar ingreso, en consecuencia, los estados o municipios más ricos pueden gastar más en salud, aumentando las inequidades existentes entre las regiones. Además, si las autoridades loca-

⁵⁸ J. Kutzin, *op. cit.*, p. 2.

⁵⁹ *Ibid.*, p. 27.

⁶⁰ O. Oszlak, *art. cit.*, p. 1.

⁶¹ J. Kutzin, *op. cit.*, p. 28.

les tienen libertad para asignar los recursos dentro de sus jurisdicciones de acuerdo a sus prioridades, los habitantes de áreas distintas con condiciones similares pueden tener posibilidades de acceso diferentes a los servicios de salud.

II La descentralización también puede complicar el diseño e implementación de políticas nacionales de salud como planificación familiar, control del SIDA o mecanismos de financiamiento. La tensión centro-periferia en este tema puede convertirse, sin duda, en una potencial fuente de conflicto.

III La descentralización puede crear gran confusión sobre líneas de autoridad y de responsabilidad, esto sucede generalmente cuando sólo se descentralizan algunas funciones pero otras permanecen bajo el control del Ministerio nacional, como en el caso mexicano, que se revisará cuidadosamente en el Capítulo II.

IV Finalmente, hay cuatro problemas operativos comunes que puede enfrentar la descentralización: (1) las autoridades locales no tienen la capacidad administrativa para dirigir un sistema descentralizado, (2) el sistema genera un incremento en el gasto administrativo, (3) contribuye a la burocratización y (4) el Ministerio nacional no puede reorientar sus actividades para concentrarse en su papel como supervisor y coordinador.

Hasta el momento se ha mostrado que las reformas sanitarias en general y uno de sus componentes, la descentralización, persiguen como uno de sus objetivos centrales hacer más eficiente la prestación de servicios de salud. Además consideran que elevar la productividad es un medio que contribuye a este objetivo, pues permite aprovechar mejor los escasos recursos disponibles.

3.1 EFICIENCIA Y PRODUCTIVIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

En el contexto médico, se identifican dos tipos de eficiencia: la *eficiencia clínica* y la *eficiencia en la producción de servicios*, a continuación se explican brevemente:

La *eficiencia clínica* se refiere a la “producción” de salud. Se define como el grado en que el médico combina tiempos, secuencias diagnósticas y terapéuticas para lograr elevar el nivel de salud del paciente dentro de límites preestablecidos de gasto. Así, la estrategia de atención más eficiente será aquella que genera el mayor incremento en salud para el paciente de acuerdo a los recursos disponibles.

La *eficiencia clínica* es un componente indiscutible de la calidad de la atención, pues ambas persiguen los mayores beneficios para el paciente con los menores riesgos posibles considerando los recursos disponibles. En este caso, la relación entre eficiencia y calidad es directa y estrecha.⁶²

El segundo tipo, *eficiencia en la producción de servicios*, se refiere al diseño más adecuado del proceso productivo para lograr los mayores beneficios y los costos más bajos. Por ejemplo, hay ineficiencia en la producción de servicios si el hospital se encuentra semivacío, si el laboratorio no reporta un resultado oportunamente, o si personal especializado realiza tareas que podrían cubrir personas con menos entrenamiento.⁶³

De tal forma, la *eficiencia clínica* se ocupa de los impactos de la atención médica en la salud del paciente y la *eficiencia en la producción de servicios* trata con los productos de la atención a la salud: consultas, intervenciones quirúrgicas... En consecuencia, la evaluación sobre la productividad de los servicios de salud del Capítulo III podrá interpretarse —con las restricciones que ya se han expuesto— sólo como un ejercicio que también retrata la eficiencia en la producción de los servicios de salud estatales.

El economista de la salud Drummond sostiene que, a pesar de sus diferencias, los dos tipos de eficiencia económica implican elegir alternativas tales que deriven los máximos beneficios para la comunidad de acuerdo a los recursos disponibles. Así, está implícito que un tratamiento o un curso de acción se seleccionará considerando no sólo el más benéfico, sino también el menos costoso.⁶⁴

En resumen, la descentralización es una variable continua que representa el grado en que se ha revertido la centralización y concentración del *poder de decisión*, así como de los *recursos* que permiten su ejercicio. En consecuencia, los procesos descentralizadores generarán estructuras oligopólicas de poder donde todas las decisiones comiencen a surgir de un proceso donde participen conjuntamente los núcleos de poder central y periféricos.

Estos procesos, como ya se ha expuesto, generan ventajas de distinta naturaleza, las cuales se agrupan en dos grandes rubros: fortalecimiento de la democracia nacional y be-

⁶² E. Ruelas, *op. cit.*, p. 19.

⁶³ Lilia Durán González, "Eficiencia en la prestación de servicios de salud", *Salud Pública de México*, 34 (1992), p. 48.

⁶⁴ *Principles of economic appraisal in health care*, Oxford, Oxford University Press, 1987.

neficios concretos para las comunidades locales. En este último grupo se considera que la descentralización puede incrementar la eficiencia de los procesos productivos, bajo el supuesto de que los núcleos periféricos de decisión tienen más información y conocimiento sobre ciertos problemas y como resultado pueden seleccionar las mejores opciones para los usuarios o, por lo menos, las más satisfactorias. En el sector salud, en particular, la descentralización es un medio para incrementar la coordinación y la capacidad de respuesta ante las necesidades sanitarias locales, pero además fomenta la participación comunitaria, promueve la responsabilidad local por la salud y aumenta la eficiencia en la prestación de los servicios.

En general, los economistas consideran que los análisis de eficiencia tienen que emplearse como herramientas de apoyo sobre los cursos de acción disponible y sus efectos, porque la prestación de servicios de salud a una población siempre involucra ese tipo de decisiones, pues se intenta atender al mayor número de personas posible, dentro de las limitaciones impuestas por las condiciones económicas de un país.⁶⁵

Es necesario señalar que en economías de relativa abundancia, el criterio de eficiencia es, en realidad, un problema de contención de costos, pero en los países de América Latina se trata de hacer más con menos, de proporcionar los servicios mínimos de atención médica a la creciente población frente a una reducción constante del gasto en salud.⁶⁶

De tal modo si se considera que la eficiencia de un proceso es la relación entre sus costos y sus beneficios tangibles e intangibles, es posible utilizar a las medidas de productividad (Insumo/Producto) como indicadores que, con ciertas restricciones, también representen la eficiencia del proceso. De este modo será posible determinar si la descentralización de la salud en México logró alcanzar sus objetivos: elevar la productividad y la eficiencia de los servicios.

⁶⁵ L. Durán, art. cit., p. 50.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 55.

CAPÍTULO II

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

ANTECEDENTES Y PROBLEMAS

La experiencia ha demostrado que centralizada la administración pública no puede cumplirse con uno de los fines de la sociedad, que es conocer de cerca las necesidades de los pueblos y procurar el remedio de ellas.

BENITO JUÁREZ

En este capítulo se describirán con detalle los problemas que motivaron la creación del Sistema Nacional de Salud durante el gobierno de Miguel de la Madrid. En particular, subrayaré los problemas de falta de coordinación en el sector y heterogeneidad de los servicios que hicieron pensar en las estrategias de sectorización, modernización y descentralización para fortalecer el Sistema. También se revisarán las modificaciones al marco jurídico para la prestación de servicios de salud y se examinará el proceso de descentralización de los ochenta, en sus dos fases: coordinación programática e integración orgánica.

El propósito de este capítulo es señalar que la descentralización se limitó a fusionar las diversas dependencias prestadoras de servicios de salud para población abierta en los estados y que la transferencia del poder de decisión y recursos fue muy limitada. Asimismo, se mostrarán los propósitos formales del proceso: acercar las decisiones a los servicios estatales y hacer más eficiente la atención a la salud. En realidad, la Secretaría de Salud —motor fundamental del proceso— estaba más interesada en deshacerse de las responsabilidades operativas de los servicios para población abierta (con el propósito de concentrarse en la planeación global del sector), que en fortalecer las capacidades operativas y administrativas de los servicios estatales.

I. ANTECEDENTES

El Departamento de Salubridad¹ del Ejecutivo Federal surgió ante la necesidad de un organismo que tuviera la capacidad y los recursos para normar acciones contra las epidemias y resolver problemas de saneamiento urbano. La creación del Departamento intentó superar la falta de coordinación de las políticas de salud, que en el pasado había dirigido el Consejo Superior de Salubridad con el apoyo fundamental de los municipios.²

La política descentralizadora de la salud de los años ochenta se inspiró en las Unidades Sanitarias Cooperativas creadas, entre 1917 y 1929, en la región del Golfo para combatir la fiebre amarilla. Las unidades sanitarias tuvieron un carácter descentralizado desde el inicio y se apoyaban en los tres niveles de gobierno, el experimento resultó muy exitoso y adquirió mucho prestigio ante la comunidad sanitaria internacional.

El éxito de las Unidades Sanitarias y la gran depresión de 1929 —la cual redujo notablemente los ingresos federales— provocaron que Plutarco Elías Calles siguiera el modelo de las Unidades y creara los Servicios Coordinados de Salud Pública: se proponía establecer servicios sanitarios en cada municipio con financiamiento conjunto federación-estados.³ Los Servicios Coordinados se crearon como unidades regionales de competencia coordinada, las cuales operaban los servicios de salud que prestaba el Departamento de Salubridad. Al asignar a los estados la corresponsabilidad por el bienestar social, se pretendía proteger la frágil estabilidad presupuestal frente al embate de la depresión mundial de 1929. La decisión de formar los SCSP permitió que el gasto en salud global de los estados aumentara 15% durante los años de la depresión, mientras que el de la federación disminuyó 23% en el mismo período.⁴

La Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios de la República Mexicana (25 de agosto 1934) facultaba al Jefe del Departamento de Salubridad Pública para celebrar convenios con los estados y, si lo permitía la legislación local, con los

¹ Creado el 14 de abril de 1917.

² Poder Ejecutivo Federal, *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*, México, 1995, p. 2. (En adelante: *Programa de Reforma*).

³ “La descentralización del sector salud en México. Alcances y limitaciones de los sistemas locales de salud”, *Salud Pública de México*, 34 (1992), suplemento, p. 123. (En adelante: *Descentralización*).

⁴ Jesús Kumate y Guillermo Soberón, *Salud para todos ¿Utopía o realidad?*, México, El Colegio Nacional, 1989, p. 11.

ayuntamientos. en materia de unificación, coordinación y cooperación de los servicios sanitarios. Desde esta Ley, todos los códigos sanitarios, hasta el último de 1973, incluían la fórmula de la coordinación que tenía como elementos básicos los siguientes: la federación y los estados aportarían recursos humanos y financieros, la dirección técnica correspondería a la federación por conducto del Departamento de Salubridad, además, permitía que se firmaran convenios de coordinación sanitaria. Estos convenios incluían los fondos y bienes que se afectaban, el derecho de las partes a vigilar el desarrollo de los servicios y, también, facultaban al titular del Departamento para designar al jefe de los Servicios Coordinados de Salud.⁵

En los años que siguieron a la crisis de 1929, los Servicios Coordinados parecían el instrumento idóneo para enfrentar la crisis, sin embargo, el modelo no logró apoyar la colectivización masiva de las haciendas agroexportadoras del periodo cardenista. En consecuencia, surgieron los Servicios Médicos Ejidales, los cuales inauguraron un nuevo modelo, la cogestión, en este caso entre el gobierno, la banca de desarrollo ejidal y los campesinos beneficiados por la colectivización de vastas extensiones de tierra.⁶

La restauración de la salud era la preocupación central de la banca ejidal, pues la colectivización había convertido a los campesinos en la principal fuente de divisas del país. De tal manera, la banca ejidal asumió de más en más el control sobre la inversión sanitaria con énfasis en la medicina curativa, en cambio, el Departamento de Salubridad procuró introducir la atención preventiva y vincularla con la curativa.⁷

El propio Departamento de Salubridad reconocía la importancia del apoyo a la producción que significaba prestar servicios médicos a los trabajadores del campo, así, el

⁵ Guillermo Soberón y otros (comps.), *La Salud en México: Testimonios 1988. Fundamentos del cambio estructural*, México, Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica, 1988, pp. 136 s. (En adelante: *La Salud*).

⁶ *Programa de Reforma*, p. 2.

⁷ El énfasis en la medicina curativa sobrevive hasta nuestros días. En el diagnóstico que sirvió de base para el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 se registra que la Secretaría de Salud destina 89.3% de su presupuesto a programas de atención curativa y sólo 10.7 a la medicina preventiva. (Alfonso Urrutia, "Caos, ineficiencia y duplicidades en los servicios de salud: ARDF", *La Jornada*, México D. F., 11 de octubre de 1995).

Departamento llegó a asignar hasta cuarenta veces más recursos per capita a los servicios ejidales en comparación a los Servicios Coordinados de Salud en los estados.⁸

La participación gubernamental en los servicios de salud siguió creciendo con un carácter cada vez más centralizado: las contribuciones de los campesinos se relegaron; la banca ejidal y, en menor medida, el Departamento de Salubridad decidían las prioridades de inversión y, en 1936, se diseñó una política federal para alentar la presencia de médicos en el medio rural, el servicio social universitario.

En la década de los cuarenta ya coexistían tres modalidades para la asignación de recursos públicos para los servicios de salud, las cuales contribuyeron a la creación de un modelo de atención a la salud que se caracterizó —desde sus orígenes— por la falta de coordinación y la heterogeneidad de los servicios.

1. Atención a problemas de salud muy específicos, con el modelo de las campañas iniciadas en las Unidades Sanitarias.
2. Atención a todos los residentes de estados y municipios mediante la asignación de recursos a servicios no personales y en menor medida asistenciales. Estas actividades seguían a cargo de los Servicios Coordinados de Salud Pública.
3. Atención a grupos estratégicos para la producción por medio de contribuciones de trabajadores, patrones y gobierno.⁹

Durante la Segunda Guerra Mundial, el provechoso intercambio con otros países, pero sobre todo la expansión de la actividad económica interna generó un crecimiento importante en los ingresos gubernamentales. Como consecuencia, el gasto público creció notablemente (representó 37% del PIB entre 1939 y 1945) y se dedicó sobretodo a proyectos de inversión en transporte y comunicaciones, generación de energía eléctrica, obras de irrigación, así como a inversiones de índole social como educación y salud.

Durante la Segunda Guerra Mundial, la población objetivo prioritaria de los servicios médicos se modificó paulatinamente, se relegaron los servicios ejidales y se atendió

⁸ *Programa de Reforma*, p. 2.

⁹ *Ibid*, pp. 2 ss.

preferentemente las zonas urbanas mediante el Seguro Social. En 1943 se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como versión mexicana del modelo de seguridad social que se seguía en casi todo el mundo (con sustento teórico de la Organización Internacional del Trabajo). El IMSS se creó, entre otros motivos, con el propósito de administrar las contribuciones tripartitas (gobierno, patrones y trabajadores) para prestar servicios integrales de salud a los asalariados de la naciente industria nacional. Con mucha rapidez, el Seguro Social centralizó la gestión; eliminó la participación comunitaria y concentró los servicios de salud en grandes clínicas y hospitales.¹⁰

También en 1943, con la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad, se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia. La SSA se encargaba de asignar recursos a los Servicios Coordinados y de proveer servicios de salud a la población que no recibía seguridad social, entre ellos la mayor parte de los campesinos. La Secretaría también se ocupaba de las campañas extraordinarias para combatir epidemias y problemas específicos de salud. Por separado, y con muy pocos vínculos formales o informales, crecían dos tipos de servicios de salud: los de población abierta (a cargo de la SSA) y los de derechohabiente (responsabilidad del IMSS).

En la década de los cincuenta, surgieron organismos y acciones con márgenes de autonomía muy grandes, con el propósito de solucionar graves problemas sanitarios, sin considerar la participación estatal o municipal. El ejemplo más ilustrativo es la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo (CNEP). Sin dejar de lado los resultados positivos de la CNEP, su centralización técnica fragmentó aún más la política sanitaria, pues se multiplicaron las autoridades centrales y no se crearon instancias integradoras para las acciones estatales o municipales.¹¹

La Secretaría de Salud reconoce lo costoso que resultó tanto desatender las políticas de salud pública como permitir la falta de coordinación entre las dependencias proveedoras de servicios de salud a población abierta y a derechohabiente...

Al privilegiarse el apoyo gubernamental al desarrollo económico y la atención curativa, a través de las instituciones de salud, se incurrió en un importante costo: una menor atención a las políticas de salud

¹⁰ M. González Block, *Descentralización*, p.123.

¹¹ *Loc. cit.*

pública. Los Servicios Coordinados adquirieron, de facto, mayores responsabilidades de atención directa para la población abierta, *perdiendo el Departamento de Salubridad el papel estratégico normativo y financiador* en favor de la población en su conjunto que tuvo en sus mejores momentos. Por otra parte la separación definitiva de los servicios para la población asegurada y para la población abierta le confirió a cada institución funciones normativas y presupuestarias independientes, *lo cual dificultó la coordinación y propició mayor inequidad*.¹²

En la segunda mitad del decenio de los cincuenta se profundizó el proceso de industrialización y el sector manufacturero creció aceleradamente. Como resultado, entre 1953 y 1958, la cobertura del IMSS se duplicó y para 1960 amparaba a poco más de tres millones de personas. De cualquier manera, la SSA seguía atendiendo a la mayor parte de la población, 23 millones de mexicanos, y se ocupaba de los costosos programas derivados de las primeras grandes iniciativas de la Organización Mundial de la Salud, las campañas contra la viruela y el paludismo.

En 1959 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con el propósito de concentrar la diversidad de sistemas de pensiones y prestaciones de los trabajadores del gobierno federal, aunque algunos empleados, como los de la Secretaría de Hacienda, mantuvieron parte de sus servicios separada del resto. También se mantuvieron independientes los servicios de salud de algunas empresas paraestatales —Petróleos Mexicanos, Ferrocarriles Nacionales y la Comisión Federal de Electricidad, entre otras— y se creó el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México.¹³ Con estas decisiones es posible afirmar —con González Block— que el sistema de salud creció con desordenadas adiciones de segmentos, en ausencia de una idea rectora que organizara el conjunto. La fragmentación del sistema de salud nacional también se reflejaba en la Secretaría de Salubridad, en la cual se formó una burocracia altamente centralizada y fragmentada como resultado de las múltiples y, en ocasiones, contradictorias demandas que generaban los Servicios Coordinados y las campañas nacionales de salud.

A partir de los años setenta se intentó extender los beneficios de la seguridad social a los trabajadores del campo mediante el programa IMSS-CONASUPO. No obstante, el programa no logró que se extendiera la política federal, pues la autonomía del Seguro

¹² *Programa de Reforma*, p. 4. Las cursivas son mías

¹³ *Loc. cit.*

Social frenó este esfuerzo, el cual amenazaba su equilibrio económico. Además, la política de salud se debilitó más, pues los Servicios Coordinados siguieron perdiendo a su población objetivo y adquirieron, cada vez más, el carácter de entidad residual.¹⁴

En ese momento, con la centralización de la operación de los servicios para población abierta, la Secretaría de Salubridad se había debilitado enormemente respecto a sus responsabilidades de coordinación y supervisión. Ante la falta de una idea rectora, las instituciones de seguridad social fortalecían su autonomía y seguían ganando terreno tanto en población atendida como en presupuesto, gracias al financiamiento tripartita.

El *boom* petrolero de finales de los setenta y principios de los ochenta, provocó que se pensara de nuevo en la seguridad social para cooperar en la definición de una política social hacia los marginados. Con financiamiento totalmente federal se reanimó el programa IMSS-CONASUPO, ahora bajo el nombre IMSS-COPLAMAR,¹⁵ el Programa tenía como propósito central ampliar sustancialmente la cobertura a la población marginada y llegó a operar 3000 unidades médicas rurales y 60 hospitales.¹⁶ Cuando COPLAMAR desapareció en 1989, el programa persistió bajo el control del Seguro Social con una nueva denominación: IMSS-Solidaridad.

El final del auge petrolero, en el último año del sexenio de López Portillo, provocó que se cuestionara la capacidad para sostener el gasto de los servicios y se subrayaran los enormes dispendios asociados con la duplicidad de programas de salud dirigidos a la población abierta. Así, se convocó a la Coordinación de Servicios de Salud (CSS) para que propusiera medidas capaces de modernizar y racionalizar la prestación de servicios de salud y asistenciales.¹⁷

Además, a pesar de los mecanismos de coordinación federación-estados, que ya se describieron, la centralización en el campo de salud prosiguió como en otros ámbitos nacionales. En consecuencia, la intervención estatal en el funcionamiento de los servicios era muy escasa, los SCSP de los estados dejaron de ser órganos de competencia

¹⁴ M. González Block, *Descentralización*, p. 123.

¹⁵ COPLAMAR era el programa de combate a la marginación que impulsó José López Portillo entre 1976 y 1982.

¹⁶ M. González Block, *Descentralización*, p. 123.

¹⁷ Véase, Guillermo Soberón y Leobardo Ruiz, *Hacia un Sistema Nacional de Salud*, México, UNAM, 1983.

concurrente para transformarse prácticamente en agencias del gobierno federal, el personal local que se asignó a estos servicios se federalizó, el aporte financiero de los estados se redujo paulatinamente (en 1982 fue de 8% aproximadamente) y aumentó el número de programas específicos decretados desde el centro sin participación alguna de los estados (por ejemplo, mejoramiento del ambiente, paludismo, planificación familiar, atención materno-infantil, es decir áreas que a partir de la promulgación de la Ley General de Salud son competencia exclusiva de los estados bajo las normas técnicas federales). El Secretario de Salud Guillermo Soberón reconocería más tarde:

Si bien el mandato del Constituyente en materia sanitaria estableció que esta materia es de competencia concurrente [...], el ímpetu centralizador encontró en la administración de la salud un ámbito propicio, y los convenios de servicios coordinados de salud pública, que desde los años treinta se empezaron a celebrar con los Estados, se transformaron en vehículos de centralización.¹⁸

Si en los años treinta la celebración de convenios de coordinación sanitaria entre el Ejecutivo Federal y los gobiernos estatales se percibía fundamentalmente como fórmula de unificación técnica, la dinámica concentradora de la administración pública nacional y cambios legislativos sucesivos llevaron a la virtual centralización de los servicios de salud.

Después de este recuento es necesario describir cuál era el panorama de los servicios de salud a principios de los ochenta con dos propósitos: (1) caracterizar a los grupos de población abierta y derechohabiente y, a las instituciones que les prestan servicios de salud; (2) subrayar que los problemas de falta de coordinación y heterogeneidad de los servicios motivaron la creación del Sistema Nacional de Salud y su estrategia descentralizadora. Con estas intenciones, el resto del Capítulo se divide en tres secciones: “Los servicios de salud para población abierta y derechohabiente”, “Orígenes del proceso descentralizador” y “La descentralización de los servicios de salud”.

¹⁸ *Planteamientos iniciales para la consolidación del Sistema Nacional de Salud*, México, SSA, 1984, p. 24. (Cuadernos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 2)

2. LOS SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACIÓN ABIERTA Y DERECHOHABIENTE

Los servicios públicos de salud seguían divididos en dos grandes categorías: los que atienden a los trabajadores que gozan de un sistema de seguridad social (población derechohabiente) y los que prestan servicios a la población abierta.

La población derechohabiente incluía en 1984 aproximadamente a 45% de la población del país. Los derechohabientes se caracterizan por tener relaciones laborales más estables, mejores ingresos, vivir en zonas urbanas y, en general, por gozar de mejor salud. Los servicios de seguridad social tienen dos modalidades, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para empleados y trabajadores de las empresas —con financiamiento tripartita: empleado, empleador y gobierno— y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los trabajadores del Estado (ISSSTE) que financian los empleados y el gobierno. Los servicios de salud que prestan son, en general, de buena calidad, cuentan con personal calificado, aun cuando predomina la medicina curativa.

Atienden a la población abierta, en contraparte, la Secretaría de Salubridad y Asistencia en coordinación con los gobiernos estatales —mediante un convenio establecido desde 1934—, los servicios a cargo de los estados, los municipios, algunas universidades y el Programa IMSS-COPLAMAR¹⁹ que brinda atención a la salud conforme a esquemas de solidaridad social a cambio de que el usuario realice labores de beneficio comunitario o familiar. Esta atención a la salud se caracteriza por ser gratuita, con una red de servicios de primer nivel dirigida a la atención de la población rural y urbana marginada que no cuenta con una relación laboral estable; se encuentra dispersa y tiene importantes problemas de salud y nutrición. En general, los servicios son poco tecnificados, operados por personal auxiliar y también privilegian la medicina curativa.²⁰

Ambos tipos de servicios se desarrollaron, por lo menos hasta 1984, en forma independiente y desequilibrada por problemas derivados, sobre todo, de la imprecisión en las políticas nacionales de salud y por una vinculación insuficiente entre el sector salud y el resto de las agencias encargadas del desarrollo social. En consecuencia, la variedad de

¹⁹ En el sexenio de Carlos Salinas de Gortari cambió su nombre a IMSS-Solidaridad.

²⁰ Guillermo Soberón, "Conferencia sobre la consolidación del Sistema Nacional de Salud" en su libro *La protección de la salud en México. Palabras, discursos y mensajes*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1987, p. 79. (En adelante "Consolidación del SNS").

servicios de salud genera problemas sociales, técnicos y administrativos, el más importante es, sin duda, la creación de distintos universos, pues sólo una parte de la población tiene acceso a la seguridad social, la cual, en la mayoría de los casos, dispone de mayores recursos y mejor infraestructura física y técnica que los servicios para población abierta.

La diversidad ha provocado que se establezcan servicios de seguridad social y de atención a población abierta en las mismas áreas geográficas con el consecuente traslape de sus universos. También se presenta duplicación de los servicios, pues algunos grupos tienen acceso a distintas opciones cuando otros carecen de ellas. En México, de la población que tiene acceso a la atención médica por medio del sistema público de seguridad social, el IMSS y el ISSSTE representan, en conjunto, 90% de los asegurados, el resto se compone principalmente por personal militar y empleados de empresas estatales (CFE, FERRONALES y PEMEX), estos últimos tienen sus propios programas y cuentan con más recursos que los demás servicios para derechohabientes.²¹

Si bien los servicios de la seguridad social son de mejor calidad, también se observa su tendencia al consumo elevado de medicamentos y al uso de tecnología compleja con el consecuente incrementos de sus costos.²² En 1987, en términos de costos anuales por persona, la Secretaría de salud gastó 44 dólares, el ISSSTE 62, el IMSS 69, PEMEX 182 y COPLAMAR 7.5.²³ Es necesario mencionar otro factor que también afecta la operación de los sistemas de salud, el rápido crecimiento de la infraestructura de la seguridad social, frente al más moderado de la atención a población abierta, como consecuencia de una época de creación de empleos y por lo tanto de derechohabientes.²⁴

También hay desequilibrios regionales, pues, por ejemplo, aunque la población del norte del país tiene un déficit de servicios de atención médica de tercer nivel, éstos se concentran en la ciudad de México. En resumen, la variedad de sistemas ha generado

²¹ E. Redorta, p. 17.

²² Guillermo Soberón, "Discurso ante la XXXVI Asamblea de la Organización Mundial de la Salud" en su libro *La protección de la salud en México. Palabras, discursos y mensajes*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1987, p. 31. (En adelante, "XXXVI Asamblea de la OMS).

²³ E. Redorta, *op. cit.*, p. 7.

²⁴ G. Soberón, "XXXVI Asamblea de la OMS", p. 31.

servicios heterogéneos, insuficientes, ineficientes, costosos, en ocasiones saturados, pero a veces subutilizados.

3. ORÍGENES DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Aunque estrechamente relacionadas, es posible detectar cuatro fuentes principales del proceso de descentralización: la campaña internacional "Salud para todos en el año 2000", el Sistema Nacional de Planeación Democrática, la Descentralización de la Vida Nacional y, la más importante, el Sistema Nacional de Salud.

3.1 CAMPAÑA MUNDIAL "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000"

Aunque es posible reconocer la vocación temprana de la administración de Miguel de la Madrid por descentralizar los servicios de salud, influyeron en ella reformas sanitarias implementadas en otros países y que promovían organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF.²⁵ La reforma de los servicios de salud se derivó de la reunión internacional de la OMS en 1978, donde los representantes mexicanos reconocieron la irracionalidad y duplicidad innecesaria en la oferta de los servicios y que, en consecuencia, no era posible ofrecer a toda la población un programa de salud que proporcionara mínimos de bienestar. Así, el gobierno mexicano suscribió el compromiso de dirigir las acciones de las unidades de primero y segundo niveles a la población abierta que no podía utilizar los servicios de la medicina privada.

¿Cuál es el significado del compromiso que adquirió México? "Salud para todos" no quiere decir que nadie padezca enfermedad, sino practicar medidas de promoción y de prevención que disminuyan los riesgos de enfermedad, invalidez y muerte, así como la restauración de la salud perdida.²⁶

Las estrategias de la campaña son (1) privilegiar la atención primaria, la medicina preventiva y la educación para la salud; (2) racionalizar el uso de la tecnología y de los medicamentos, así como la formación de los recursos humanos; (3) establecer vínculos

²⁵ Ignacio Almada Bay, "Comentario a la ponencia de Elena Jeannetti D.", en Blanca Torres (comp.), *Descentralización y democracia en México*, México, El Colegio de México, 1986, p. 181.

²⁶ J. Kumate, *op. cit.*, p. 2.

entre la salud y la política general de desarrollo y (4) promover la participación de la comunidad en el cuidado y mejoramiento de la salud.

La primera de estas estrategias, la atención primaria a la salud (APS), es la clave de la campaña, pues cambia el énfasis de la atención médica, antes sinónimo de cuidado a la salud, a un enfoque más amplio e integrador donde también participan la alimentación, la educación, la vivienda, la infraestructura sanitaria y las comunicaciones. Las acciones concretas de la atención primaria a la salud incluyen por lo menos: (1) educación sobre los principales problemas de salud y, sobre los métodos de prevención y cura correspondientes; (2) promoción de nutrición adecuada, abastecimiento suficiente de agua potable y saneamiento básico; (3) asistencia materno-infantil, inclusive planificación familiar; (4) inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; (5) prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; (6) tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes y, (7) suministro de medicamentos esenciales.²⁷

Ante el énfasis de la campaña "Salud para todos en el año 2000" en la atención primaria y sus estrategias, la descentralización de los servicios de salud para población abierta en México tiene como propósito formal compartir la responsabilidad de la Campaña con las autoridades más cercanas a la población y que tal vez pueden vigilar mejor los elementos básicos de esta concepción más amplia de la atención a la salud: los gobiernos estatales y municipales.

3.2 SISTEMA NACIONAL DE PLANEACIÓN DEMOCRÁTICA

Con el marco de las reformas a los artículos 25 y 26 constitucionales, se buscó que los estados promovieran su proceso de desarrollo con la participación activa del municipio. Mediante la vertiente de coordinación del Sistema, se celebran acuerdos con el gobierno federal en los Comités de Planeación y Desarrollo Estatal (COPLADE), en donde por medio del Convenio Único de Desarrollo (CUD) se establecen los criterios para distribuir el gasto y las inversiones que permiten los recursos del ramo XXVI (Desarrollo regional)

²⁷ *Ibid.*, pp. 3 s.

del Presupuesto de Egresos de la Federación.²⁸ El único instrumento jurídico, administrativo, programático y financiero de la coordinación intergubernamental, el CUD, permitió que se celebraran los acuerdos específicos entre federación y estados para llevar a cabo la descentralización de los servicios de salud en sus dos fases. Los convenios suscritos en 1984 y 1985 contenían cláusulas específicas para la descentralización de los servicios de salud.

3.3. DESCENTRALIZACIÓN DE LA VIDA NACIONAL

Miguel de la Madrid, durante su campaña presidencial 1981-1982, agrupó en siete tesis sus percepciones sobre los principales problemas del país y las líneas generales de acción para solucionarlos: nacionalismo revolucionario; renovación moral de la sociedad; combate a la inflación y creación de empleos; democratización integral; sociedad igualitaria; planeación democrática y la descentralización de la vida nacional.²⁹

La Descentralización de la Vida Nacional proponía tres líneas principales de acción: fortalecer el federalismo, la vida municipal y fomentar el desarrollo regional. En su discurso de toma de posesión, De la Madrid insistió en la política de descentralización y manifestó que se promovería la transferencia a los estados de la educación básica y normal, además de los servicios de salud a población abierta que prestaba la federación.³⁰

La descentralización del aparato público en el caso mexicano, si se atiende a sus propósitos explícitos y a los no tanto, surgió no sólo de la necesidad de legitimación o justificación ideológica, sino también, como sostienen Cabrero y Mejía Lira, de la necesidad de hacer más eficiente su actuación frente a la sociedad.³¹ El Presidente de la Madrid decía al respecto...

Debemos concebir ahora a la descentralización como un proceso acelerado e irreversible, pero firme, que debe conciliar la eficiencia en el manejo de los asuntos públicos y, a la vez, responder al reclamo ciudadano de vigorizar a los estados. Yo estoy convencido, por otra parte, de que *el valor de la*

²⁸ Gustavo Martínez Cabañas, *La administración estatal y municipal en México*, México, INAP-CONACYT, 1985, pp. 243-296.

²⁹ G. Soberón, "XXXVI Asamblea de la OMS", p. 32.

³⁰ Ulises Beltrán y Santiago Portilla, "El proyecto de descentralización del gobierno mexicano (1983-1984)", en B. Torres, *op. cit.*, pp. 91 s.

³¹ *Op. cit.*, p. 27.

*eficiencia se cumple más —y en el futuro esto será cada vez más cierto— en la medida que descentralicemos.*³²

La descentralización de Miguel de la Madrid no sólo buscaba la racionalización dentro del aparato administrativo, sino que contó con diferentes matices políticos y sociales. La política no sólo se refirió a la descentralización de la Administración Pública Federal, también incluía acciones de desconcentración, delegación de facultades y reubicación física de organismos públicos en los estados y municipios de la federación.³³

3.4. SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En México, el Sistema Nacional de Salud ha enriquecido la historia y la experiencia nacionales con las de otros países y regiones del mundo, en realidad, la crisis económica determinó la búsqueda de nuevas formas de organización del trabajo para optimizar los limitados recursos disponibles. Se reconoció, al observar las experiencias estadounidense y europea, que la atención médica especializada con tecnologías modernas es insuficiente para satisfacer plenamente las necesidades sanitarias. Asimismo, las carencias de Asia y África permitieron descubrir el valor de las tecnologías que se basan en los recursos humanos y materiales disponibles.³⁴

En agosto de 1981, al final de la administración de López Portillo, se criticaron con mucha insistencia los problemas que genera la diversidad de servicios, particularmente el dispendio de recursos. En consecuencia, la Secretaría de Programación y Presupuesto promovió la creación de la Coordinación de Servicios de Salud —la cual dependía de la Presidencia de la República y era el último de los ocho grupos que el presidente López Portillo estableció como instrumentos de coordinación interinstitucional— con el propósito de determinar los elementos normativos, financieros, administrativos y técnicos para integrar los servicios y constituir un sistema de salud de cobertura universal.³⁵ Así, la Coordinación de Servicios de Salud (CSS) se enfrentaba a la tarea de reestructurar de

³² "Discurso del C. Presidente de la República Lic. Miguel de la Madrid en Durango, durante la firma del Acuerdo para la descentralización", en Secretaría de Salud, *Reunión de evaluación de la descentralización de los servicios de salud*, México, Secretaría de Salud, 1984, p. 8. Las cursivas son mías.

³³ E. Cabrero y J. Mejía, *op. cit.*, p. 31.

³⁴ J. Kumate, *op. cit.*, p. 6.

³⁵ G. Soberón, "XXXVI Asamblea de la OMS", p. 32.

fondo los servicios para modernizar y racionalizar la infraestructura médico-sanitaria y asistencial.³⁶

En síntesis, la CSS identificó a la falta de coordinación intrasectorial y al centralismo como los problemas centrales de los servicios porque:

1. Las autoridades locales no tenían la capacidad para planificar el desarrollo de la infraestructura, implementar los programas prioritarios y utilizar los recursos de manera eficiente.
2. Además, el programa IMSS-COPLAMAR había debilitado todavía más a los estados, pues muchos gobernadores habían manifestado desinterés en los servicios de salud, al disminuir considerablemente sus aportaciones, por ejemplo, en 1982, la participación estatal al gasto gubernamental total en salud era aproximadamente de 8%.³⁷
3. Finalmente, aún con los COPLADE no se había logrado desconcentrar las decisiones de inversión federal, pues todavía se privilegiaban las necesidades del centro sobre las estatales.³⁸

La Coordinación concluyó que era indispensable centralizar las atribuciones de política sanitaria, las cuales compartían la SSA y la Seguridad Social, para lograr:

Definir políticas, objetivos y programas comunes, determinados por necesidades y prioridades nacionales... Mejorar los sistemas de asignación de recursos... Desarrollar programas integrales de desconcentración y descentralización administrativa... Mejorar la coordinación entre el sector y los otros sectores cuya acción contribuya a elevar el nivel de salud... La integración de las instituciones puede evitar las duplicaciones de servicios y de programas si la planeación se desarrolla por una sola instancia y de acuerdo con objetivos claramente definidos.³⁹

Así, la CSS recomendó que se centralizaran las decisiones clave, lo que permitiría fusionar los programas redundantes, y descentralizar las operaciones. La Coordinación — si se analizan sus propuestas— consideraba a la sectorización y a la descentralización como procesos complementarios, por este motivo propuso que la reorganización de los servicios se realizara de la siguiente manera:

³⁶ Los trabajos de la Coordinación se describen detalladamente en G. Soberón y L. Ruiz, *op. cit., passim*, para una versión resumida véase, M. González Block, *Descentralización, passim*.

³⁷ G. Soberón, *La Salud*, p. 136.

³⁸ M. González Block, *Descentralización*, p. 124.

³⁹ G. Soberón y L. Ruiz, *op. cit.*, p. 78.

- I Crear los Servicios Nacionales de Salud, organismo público descentralizado por función que se ocuparía de la operación de las unidades de la SSA y de sus servicios coordinados.
- II Que la Secretaría de Salubridad asuma plenamente las funciones normativas en todo el sector, por encima de los servicios estatales y de las dependencias de la seguridad social.
- III Crear servicios estatales de salud bajo la responsabilidad política y administrativa de cada entidad.
- IV Que los Servicios Nacionales transfieran a cada servicio estatal sus responsabilidades, vinculadas sobre todo con la operación de los servicios.
- V También se consideró la posibilidad de transferir directamente, sin la necesidad del paso intermedio de los servicios nacionales, a aquellos estados con la capacidad administrativa suficiente

La CSS presentó también, aunque con poco detalle, tres alternativas para resolver el problema de IMSS-COPLAMAR: fusionarlo a los servicios estatales, incorporarlo a la coordinación programática o fusionarlo con los servicios de la Secretaría bajo un sistema a cargo del IMSS.

¿Cómo participarían las autoridades estatales? La CSS propuso que se creara un Sistema Permanente de Planeación al cual acudirían también autoridades regionales y nacionales. El sistema surgiría de la reorganización del Consejo de Salubridad General, creado por la Constitución de 1917, y tendría como miembros a los directores estatales.

En resumen, la Coordinación de Servicios de Salud determinó que para crear el Sistema era indispensable entregar a los estados la responsabilidad de operar servicios propios (descentralización), sectorizar aquéllos de responsabilidad federal, además de estimular y conducir la participación ciudadana, sin embargo, también era necesario centralizar la normativa financiera y técnica, único medio para lograr eficiencia y equidad en el marco del pacto federal.⁴⁰ La descentralización liberaría a la SSA de sus

⁴⁰ Cfr. J. Kumate, *op. cit.*, p. 18.

responsabilidades operativas y le permitiría concentrarse en la evaluación y control de los servicios de salud, tanto para población abierta como para derechohabiente.

4. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En 1982, cuando concluyeron los trabajos de la CSS, el presidente De la Madrid trasladó el equipo que dirigía Soberón de la Coordinación a la Secretaría de Salubridad con la encomienda de crear el Sistema Nacional de Salud. En 1983 se reformó el art. 4º constitucional, así, el párrafo tercero establece...

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Esta reforma motivó la promulgación de la Ley General de Salud, la cual estableció el marco jurídico para la reforma sanitaria, su contenido puede agruparse en tres categorías: (a) las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, (b) la separación de competencias entre la federación y los estados⁴¹ y (c) definición de los rubros específicos de salubridad general, en este último inciso, la Ley establece tres tipos de competencia en materia sanitaria:

1. La salubridad general que se reserva a la federación, pero en la que los estados pueden colaborar mediante acuerdos de coordinación.
2. La salubridad general a cargo de las entidades federativas bajo las normas técnicas federales.
3. La salubridad local que conforme a la legislación local y reglamentos municipales queda a cargo de estados y municipios.

⁴¹ En materia de salubridad general, corresponden a la federación, entre otras, las siguientes facultades: el programa contra la farmacodependencia, el control sanitario de productos y servicios para exportación o importación, el control sanitario de la publicidad de actividades, productos y servicios, el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, la sanidad internacional... A los estados compete, la atención materno infantil, la planificación familiar, la salud mental, la salud ocupacional, la prevención y el control de enfermedades transmisibles, la asistencia social, la prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre. (México, *Ley General de Salud*, 1991, art. 13º).

La Ley contiene otros aspectos importantes que es necesario mencionar. En el art. 4º se establece que las autoridades sanitarias son el Presidente de la República, el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud y los gobiernos estatales; en el art. 7º se enuncian las atribuciones de la Secretaría de Salud entre las que se encuentra impulsar la desconcentración y la descentralización; el art. 9º obliga a los estados a establecer sistemas estatales de salud y a responsabilizarse de su planeación, organización y desarrollo; el art. 13º distribuye competencias entre federación y estados, y el art. 21º establece las bases para los acuerdos de coordinación entre la federación y los estados.

La Ley General de Salud transfiere a las entidades federativas la atención médica, la planificación familiar, la vigilancia del ejercicio profesional, el control sanitario de un número muy amplio de servicios, productos y establecimientos, la prevención y control de enfermedades, además del combate al alcoholismo, al tabaquismo y a la farmacodependencia, entre otras materias.

En cuanto a la posibilidad de firmar acuerdos de coordinación, es necesario mencionar que la Ley establece, primero, las áreas de concurrencia (art. 13º), sin embargo, también permite los acuerdos de coordinación para aquellas áreas de salubridad general reservadas a la federación, de esta manera, las relaciones intergubernamentales federación-estados tienen como marco, en materia de salubridad general, tanto la concurrencia como la coordinación.

La Ley General de Salud era un paso fundamental del proceso de modernización de la legislación que facilitó enormemente el proceso de reforma sanitaria mexicana, sin embargo, sólo quedaría completo cuando las legislaturas locales emitieran las leyes estatales de salud que reglamentarían sus nuevas competencias.

4.1 CREACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Con base en el art. 5º de la Ley General de Salud se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual "está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y

privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud".⁴²

El Sistema se propone integrar funcional y programáticamente a las instituciones sanitarias para en forma conjunta superar antiguos problemas que todavía padece, en particular, la población abierta, la cual incluye a la mayoría de los grupos sociales de escasos recursos. El SNS tiene como propósitos específicos:

- a. Mejorar cualitativa y cuantitativamente los servicios de salud para población abierta, con especial énfasis en las acciones preventivas, además de reducir las diferencias que los separan de los de seguridad social.
- b. Reforzar la capacidad operativa y de gestión de los servicios de salud en los gobiernos de los estados.
- c. Vincular la planeación en salud con la planeación global del país.

Además para consolidarse el Sistema ha establecido tres estrategias complementarias: sectorización, modernización y descentralización.

➤ Sectorización

Esta estrategia intentaba integrar el proceso de planeación del Sector Salud al del Sistema Nacional de Planeación Democrática, superando las barreras intersectoriales y agrupando las diversas instituciones de salud bajo la rectoría de la Secretaría de Salud para que actúen con un programa básico común o sectorial con el propósito de elevar su eficacia y su productividad.⁴³

La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF) faculta a la Secretaría de Salud para establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos, salubridad general y, también, para coordinar los programas y servicios públicos de salud.⁴⁴ La Secretaría encabeza el Sector Salud, el cual se integra

⁴² *Ibid.*, art. 5°.

⁴³ G. Soberón, "Consolidación del SNS", p. 81.

⁴⁴ G. Soberón, *La Salud*, p. 71.

con dos ámbitos: el programático y el administrativo. El programático incluye los programas y funciones de los organismos de seguridad social (IMSS, ISSSTE) y de otros componentes de la administración pública federal que prestan servicios de salud (SSDDF, ISSFAM, SSMARINA, SSEMEX). El administrativo se integra con la Secretaría de Salud (incluyendo a los Sistemas Coordinados de Salud Pública en los estados como órganos desconcentrados por territorio de la Secretaría) y con dos subsectores: 1) la asistencia social a cargo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) que incluye al Instituto Nacional para la Senectud y a los Centros de Integración Juvenil; 2) el subsector de los institutos nacionales de salud que incluye diez organismos dedicados a la atención especializada, a la investigación y a la formación de recursos humanos de alto nivel.⁴⁵

De acuerdo a esta estrategia, el Programa Nacional de Salud, presentado en agosto de 1984, es un producto de la coordinación sectorial y se convirtió en la referencia básica para los programas institucionales y obliga a todas las entidades sectorizadas.

➤ Modernización

En 1984, se reformó la LOAPF para reorganizar la Secretaría de Salud, la cual desde ese momento tiene facultades para: (1) llevar a cabo la programación nacional de salud, (2) fijar las normas técnicas a que se sujetan los servicios de salud del país, (3) otorgar financiamiento a los servicios estatales de salud, (4) ejercer las facultades de autoridad sanitaria que retiene la federación.

La modernización tenía como propósito modificar el tamaño y superar el rezago administrativo de la Secretaría y que su estructura fuera más congruente con sus funciones de entidad rectora y reguladora del Sistema Nacional de Salud, mediante la simplificación de estructuras y procedimientos. La SSA cambió radicalmente su estructura para dedicarse principalmente a planear, evaluar y supervisar las actividades de todo el sector, pero también para convertirse en un organismo de gestión financiera ante las entidades operativas.

⁴⁵ Carlos Cruz y Cuauhtémoc Valdés, "Diversidad financiera para la prestación de los servicios de salud", *Salud Pública de México*, 34 (1992), suplemento, pp. 134-147.

➤ Descentralización

El Programa Nacional de Salud 1984-1988 estableció los objetivos de la descentralización que son: reforzar el carácter normativo y de control de la administración central ejercida por la Secretaría, racionalizar las tareas de regulación sanitaria tanto en las estructuras centrales de organización como en los estados descentralizados, buscar la homogeneización de la prestación de los servicios de salud en cada entidad federativa, pero sobre todo hacer más eficiente la prestación de los servicios de salud.

Ante el proceso descentralizador, muchos sectores —reconoce el secretario Soberón— temían por la desarticulación técnica de los servicios, en consecuencia, se decidió que la SSA retuviera la facultad para establecer normas técnicas a las que se sujetarían las acciones de salubridad general de las jurisdicciones federal y local, las cuales, no obstante, también serían obligatorias para los sectores social y privado.⁴⁶

La modernización de la Secretaría y la descentralización de los servicios han llevado a conformar un modelo de operación del SNS que distingue dos ámbitos, el normativo a cargo de la Secretaría de Salud y el operativo responsabilidad de los servicios estatales de salud y de las dependencias federales prestadoras de servicios.⁴⁷

Gracias a estas tres estrategias queda claro que el sector cuenta con una cabeza coordinadora, pero, además, en la búsqueda de la eficiencia operativa hay, por lo menos descrita en la Ley General de Salud y en el Reglamento Interno de la Secretaría de Salud, una división de trabajo más clara: la asistencia social articulada en el DIF; los servicios de salud para población abierta normados por la SSA y prestados por los gobiernos locales (descentralización) y, la seguridad social que involucra al IMSS y al ISSSTE principalmente

La Secretaría de Salud estaba consciente de que el Sistema Nacional de Salud no era un fin en sí mismo y de que sus estrategias no podían mejorar, automáticamente, el estado de salud de la población, pues también era necesario modificar las condiciones sociales y económicas del país y prestar servicios más eficaces y eficientes. En otras palabras, dice

⁴⁶ "Comparecencia ante el H. Congreso de la Unión", en su libro *La protección de la salud en México. Palabras, discursos y mensajes*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1987, p. 57.

⁴⁷ G. Soberón, *La Salud*, pp. 103 ss.

Soberón, en realidad, se intentaba reformar los servicios para que fueran capaces de responder a las necesidades de los usuarios; incorporar los avances científicos disponibles; atender a una planeación que jerarquice y especifique los problemas de salud más importantes y, finalmente, de utilizar racionalmente los recursos.⁴⁸

4.2 INICIA LA DESCENTRALIZACIÓN

Es necesario subrayar, en este punto, que el proceso de descentralización de los servicios de salud fue sin duda muy complejo, pues involucró a cerca de cien mil trabajadores, diez mil consultorios rurales, centros de salud y hospitales, recursos financieros que en 1985 ascendían a 170 mil millones de pesos y un conjunto de acciones de salud que afectaban a más de 30 millones de personas que hacen uso efectivo de los servicios.⁴⁹

El marco jurídico para la descentralización de los servicios de salud para la población abierta se compone del art. 4º constitucional, la Ley General de Salud (en especial el art. 7º), decretos y acuerdos presidenciales, las leyes estatales de salud, previsiones en las leyes orgánicas de las administraciones públicas estatales, acuerdos y convenios específicos de coordinación y apoyo.

México, como ya se mencionó, posee varios sistemas de servicios de salud que a través del tiempo han actuado incoordinadamente, lo cual ha provocado marcadas desigualdades y deficiencias en cuanto al uso de los recursos y la calidad de la atención. Estos problemas, pero en especial las diferencias entre los servicios de salud que se prestaban, motivaron el proceso de descentralización, el cual avanzó por dos vías: la concurrencia, que establece el art. 4º constitucional, y la coordinación como vertiente del Sistema Nacional de Planeación Democrática. El Secretario de Salud dice sobre el proceso...

La descentralización tiene dos objetivos primordiales: redistribuir las competencias sanitarias para regresar a las entidades federales las facultades que les corresponden y que históricamente les fueron to-

⁴⁸ G. Soberón, "Consolidación del SNS", p. 87.

⁴⁹ G. Soberón, "Discurso en la Reunión Nacional de Descentralización", en su libro *La protección de la salud en México. Palabras, discursos y mensajes*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1987, p. 333. (En adelante, "Reunión Nacional").

madras y establecer sistemas de salud en los estados, *eficientes*, racionales y que permitan abatir incoordinaciones y omisiones.⁵⁰

La descentralización, desde el punto de vista técnico, es un medio para integrar sistemas estatales para población abierta que terminen con la falta de coordinación, las omisiones y las duplicidades de cobertura; pero, además, que se ajusten a las necesidades específicas de los estados, a sus prioridades y estrategias de desarrollo, de tal forma, el proceso descentralizador intentaba generar servicios de salud más eficientes.

El 30 de agosto de 1983 se expidió el decreto presidencial que establece las bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la SSA. El decreto establece que (1) los Servicios Coordinados de Salud Pública se convertirían en órganos desconcentrados por región con autonomía técnica y funciones operativas, (2) los gobernadores de los estados presidirían el Consejo Interno de los SCSP y (3) la Secretaría de Salud se reestructuraría para ajustarse a sus nuevas funciones de programación, normatividad y control.⁵¹

En noviembre de 1983, se establecieron los lineamientos del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud, entre los más importantes se encuentran: distribuir competencias de salubridad general entre la federación y los estados (Ley General de Salud), establecer el carácter operativo de los Servicios Coordinados de Salud (Acuerdo del Secretario de Salubridad y Asistencia), adecuar los regímenes legales locales (promulgar leyes estatales de salud)...⁵² En estos lineamientos se propuso la desconcentración del programa IMSS-COPLAMAR bajo la estructura del IMSS y su coordinación programática con los Servicios Coordinados en cada entidad.⁵³

El 8 de marzo de 1984 se publicó en el *Diario Oficial* el decreto mediante el cual se descentralizaban a los estados los servicios de salud de la SSA y el programa IMSS-COPLAMAR. En el decreto se establece: "la descentralización de ambos sistemas deberá

⁵⁰ G. Soberón, "Consolidación del SNS", p. 83. Las cursivas son mías.

⁵¹ "Decreto que establece las bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la SSA" *Diario Oficial de la Federación*, 30 de agosto de 1983.

⁵² Secretaría de Salud, *Sistema Nacional de salud. Avances y perspectivas*, México, SSA, 1984, p. 72. (Cuadernos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 7). (En adelante, *Avances*).

⁵³ M. González Block, *Descentralización*, p. 125.

conducir a su integración funcional en una primera etapa, y orgánica en la segunda, para que, con los servicios locales, se formen sistemas estatales de salud".⁵⁴

Durante 1984, la resistencia del IMSS para fusionar el programa COPLAMAR con los servicios de salud de la Secretaría y los gobiernos estatales —que implicaba ceder todas las unidades médicas, además de material y equipo— llegó a amenazar la capacidad normativa de la SSA, la cual apenas iniciaba su fortalecimiento. La nueva estructura de la Secretaría ya no permitía operar los servicios, lo cual hacía apremiante la participación de los gobiernos estatales. El decreto de marzo de 1984 representaba, en realidad, un ultimátum para la desaparición del programa IMSS-COPLAMAR, pues no sólo anunciaba su desaparición paulatina, sino además creaba dos órganos que acelerarían su descentralización: el Comité de Operación del Programa y los Consejos Estatales de Vigilancia. Ambas instancias, con sólo un representante del IMSS en cada una, se convertirían en órganos de apoyo, seguimiento y evaluación.⁵⁵

Según los criterios del decreto, durante 1984 se completaría la primera fase para iniciar la segunda en 1985 y concluir la descentralización para todos los estados a finales de 1986. Sin embargo, aunque en la coordinación programática se incorporaron todos los estados, en la integración orgánica sólo participaron catorce.

En la primera etapa, coordinación programática, se acordó con los gobernadores que la autoridad estatal coordinara los servicios federales (Servicios Coordinados de Salud Pública e IMSS-COPLAMAR) con los servicios locales con el propósito de evitar duplicidades o superarlas cuando ya existieran, así como fomentar la cooperación entre los servicios. El objetivo era, por tanto, unificar esfuerzos, recursos funciones y programas en materia de atención médica, salud pública y asistencia social.

Desde 1985, con base en los avances observados en la primera fase, se implantó la etapa definitiva, integración orgánica, que consistía en la fusión de los servicios de salud de la federación con los locales, lo cual implicaba la desaparición de todos los órganos

⁵⁴ "Decreto para la descentralización de los servicios de salud para población abierta", *Diario Oficial de la Federación*, 8 de marzo de 1984.

⁵⁵ *Loc. cit.*

federales. La integración orgánica permitiría constituir los Servicios Estatales de Salud cuya operación sería entregada a la oficina estatal creada con ese propósito.

La descentralización en su segunda etapa se realizó mediante acuerdos de coordinación con los estados, según el CUD que se firma entre el gobierno federal y cada uno de los estatales. Los acuerdos de coordinación incluían:

1. Definición de competencias en materia de salubridad general.
2. Definición de atribuciones del organismo coordinador del Sistema Estatal de Salud
3. Definición de aportaciones federales y estatales para sufragar la operación de los servicios y las inversiones orientadas a mejorar y ampliar la infraestructura.
4. Regulación de la condición laboral de los trabajadores de salud involucrados.

En el acuerdo de coordinación se establecía el tipo y las características operativas de los servicios de salud congruentes con las características de cada estado y con la normatividad técnica emitida por la Secretaría de Salud. Después de firmar estos acuerdos se celebraron convenios de coordinación específicos sobre descentralización en cuanto a regulación sanitaria, apoyos logísticos (durante el proceso la Secretaría de Salud e IMSS-COPLAMAR colaborarían con los estados para evitar que disminuyera la cobertura o la calidad de los servicios), uso gratuito de muebles e inmuebles, formación de recursos humanos para la salud y cuotas de recuperación.⁵⁶

De acuerdo con las características de los estados —forma jurídica, facultades y nivel jerárquico requeridos— se establecieron tres modalidades para la conformación de los Sistemas Estatales de Salud:

1. Coexiste una Secretaría de Salud y un organismo descentralizado de la administración pública estatal. A la primera le corresponde coordinar el sistema estatal de salud y ejercer las funciones de autoridad sanitaria federal que se descentralizaron. Al organismo descentralizado le corresponde la prestación de los servicios de atención médica y salud pública. Este modelo se adoptó en Baja California Sur y en Sonora.

⁵⁶ G. Soberón, *La Salud*, p. 145.

2. Un organismo descentralizado de la administración pública estatal ejerce las funciones de autoridad sanitaria, además presta los servicios de atención médica y salud pública. Los estados de Aguascalientes y México adoptaron esta modalidad.
3. La Secretaría de Salud Estatal se encarga de la coordinación del sistema estatal de salud y representa al gobierno del estado como autoridad sanitaria, además presta los servicios de atención médica y salud pública. Este esquema lo adoptaron los estados de Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Tabasco y Tlaxcala.⁵⁷

CUADRO 1

Estados descentralizados en la 2ª etapa Integración orgánica	
ESTADOS	FIRMA DE ACUERDOS
Tlaxcala	mayo 24 1985
Nuevo León	mayo 31 1985
Guerrero	junio 11 1985
Jalisco	julio 30 1985
Baja California Sur	julio 30 1985
Morelos	octubre 4 1985
Tabasco	diciembre 6 1985
Querétaro	diciembre 13 1985
Sonora	diciembre 17 1985
Colima	marzo 7 1986
México	marzo 7 1986
Guanajuato	marzo 7 1986
Aguascalientes	octubre 19 1987
Quintana Roo	diciembre 23 1987

Fuente: Myriam Cardozo Brum, "La descentralización de los servicios de salud en México: hacia la amnesia total o hacia la recuperación de la política", *Gestión y política pública*, 2 (1993), p. 369.

La política de descentralización se diseñó para ser gradual, modular y casuística, de manera que tomara en cuenta el desarrollo sanitario desigual de los estados y sus peculiaridades económicas, sociales y políticas.⁵⁸ La descentralización de los servicios de

⁵⁷ Secretaría de Salud, *Avances*, pp. 26 s.

⁵⁸ G. Soberón, "Discurso inaugural del Seminario Taller sobre Descentralización y Administración Local de Sistemas de Salud", en su libro *La protección de la salud en México. Palabras, discursos y mensajes*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1987, p. 300.

salud, en consecuencia, se caracteriza sobre todo por su gradualismo, no se trata de una política uniforme ni por su contenido, ni por sus tiempos (cuadro 1).

Además, la necesidad de diseñar un nuevo modelo de atención hizo evidente los enfoques encontrados de planificadores y salubristas dentro de la SSA. Miguel Ángel González Block, acucioso investigador del proceso y testigo presencial de sus momentos culminantes, pues trabajaba muy cerca del Secretario Soberón, dice:

La diferencia más sobresaliente fue entre quienes favorecieron los programas selectivos y autónomos, *versus* quienes apoyaron la integración horizontal de programas con mayor autoridad a nivel estatal y jurisdiccional. Esta pugna se dirimió en buena medida haciendo referencia al modelo de atención primaria de la salud.⁵⁹

En cuanto a la regionalización de los niveles de atención, las diferencias también aparecieron. El personal médico consideraba que lo más conveniente era convertir a los mandos superiores de los Servicios Estatales de Salud en administradores directos de los hospitales de segundo nivel, pues tendrían apoyo administrativo de primera mano. En cambio, los planificadores propusieron que los hospitales se incorporaran a las jurisdicciones, lo cual desconcentraría la administración estatal. El propósito último era organizar un sistema de atención integral, si los hospitales de segundo nivel pertenecían a las jurisdicciones, se relacionarían más con los centros de salud de la jurisdicción favoreciendo naturalmente las referencias y contrarreferencias de los pacientes.⁶⁰

En realidad, parece que por momentos, como revela la siguiente declaración de Soberón, otras decisiones, cómo cuáles estados incorporar a la segunda etapa, por ejemplo, respondieron más a criterios políticos que a razones técnicas o de necesidad sanitaria.

En 1985 se implantará la etapa terminal de la descentralización en los primeros nueve estados, que reúnen ya condiciones propicias para ello y cuyos gobernadores han hecho explícita su disposición para hacerlo y para elevar significativamente su aporte presupuestal. El resto de las entidades serán invitadas progresivamente, en la segunda mitad de este año y en 1986.⁶¹

⁵⁹ M. González Block, *Descentralización*, p. 126.

⁶⁰ *Loc. cit.*

⁶¹ G. Soberón, "Reunión Nacional", p. 335.

No obstante, parece que para participar en la segunda etapa los estados tenían que, a juicio de la Secretaría, cumplir por lo menos, y en ese orden, con los siguientes requisitos: consensos entre los gobiernos federal y estatal, capacidad de respuesta certificada por la SSA y, fortalecimiento de la estructura administrativa de los servicios de salud estatales y municipales.⁶²

La implementación de la política descentralizadora, en consecuencia, exigió en sus dos fases de la participación decidida de los gobiernos locales, el apoyo financiero, tanto federal como estatal, y la capacidad técnica de los estados para hacerse cargo de los servicios.⁶³

Asimismo, la descentralización implicó la participación de distintos organismos federales como la Secretaría de Salud, responsable del análisis técnico para determinar las posibilidades de la descentralización, la SPP, encargada de la definición del esquema de desarrollo regional y de formular los CUD, la SECOGEF que tenía a su cargo la supervisión general de la aplicación de los programas y el cumplimiento de los compromisos concertados. Finalmente, los responsables de la operación eran las agencias federales de la Secretaría de Salud (Sistemas Coordinados de Salud Pública) y el gobierno estatal quienes definieron la ubicación administrativa de los servicios estatales así como el apoyo financiero que recibirían.

La descentralización también contemplaba la participación municipal en aquellas localidades con importantes concentraciones urbanas —como Guadalajara, Monterrey y Acapulco. En el resto se sugería establecer convenios para incentivar la colaboración de los ayuntamientos y facilitar, en consecuencia, la captación de problemas y la implementación de políticas.

En cuanto al personal, la política descentralizadora se limitó a desconcentrar la gerencia de los recursos humanos, pues todos los empleados de los Servicios Estatales —personal médico, paramédico y administrativo de todas las jerarquías— permanecieron en

⁶² G. Soberón, "Discurso en la Reunión para la firma del acuerdo de integración orgánica y descentralización operativa de los servicios de salud a población abierta en el estado de Sonora", en su libro *La protección de la salud en México. Palabras, discursos y mensajes*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1987, p. 374.

⁶³ G. Soberón, *La Salud*, p. 68

la nómina federal. Sin embargo, se autorizó a las autoridades estatales para actuar como patrones sustitutos en cuestiones sindicales y para participar en la administración del personal. Además, las autoridades centrales se reservaron las negociaciones contractuales con el sindicato y la autorización de las plantillas generales de personal.⁶⁴ El gobierno federal conservó la propiedad de los bienes muebles e inmuebles involucrados en la descentralización, se acordó que los servicios estatales de salud los utilizarían bajo la figura de comodato.

Aunque el decreto presidencial de marzo de 1984 contemplaba que la descentralización culminaría en 1986, hasta ese año sólo doce estados participaban en la segunda fase, lo cual representaba 35.7% de la población abierta nacional, no obstante, el IMSS-COPLAMAR conservaba 72% de sus unidades y 60% de su cobertura. ¿Por qué se interrumpió el proceso? Las explicaciones varían, sin embargo, tanto Myriam Cardozo como González Block coinciden en señalar al problema financiero como el factor determinante. La crisis económica —dice el segundo— redujo la dotación de nuevas plazas e insumos para la administración y planeación de los estados por descentralizar; pero también reconoce que las resistencias del Seguro Social influyeron en la decisión presidencial de suspender el proceso.

Ahora bien, en la segunda etapa, que involucró sólo a catorce estados se cuidó sobre todo el ingrediente financiero, por tanto se le dio el ritmo que impone la limitación de recursos. Se seleccionaron esos catorce estados —dice Myriam Cardozo— porque además de haber madurado satisfactoriamente la etapa de coordinación, se podía consolidar el proceso para que asegurara impactos notables en la cantidad y calidad de los servicios.⁶⁵ De nuevo el testimonio de González Block es muy ilustrativo:

Una preocupación creciente dentro de la SSA fue la del financiamiento de los servicios. La crisis amenazó con deteriorarlos, haciendo realidad los presagios del IMSS acerca de la incapacidad de la Secretaría para llevar adelante el cambio estructural propuesto. El Secretario se vio ante un dilema: “fortalecer los servicios de salud para descentralizarlos o descentralizarlos para fortalecerlos”. La coyuntura le llevó a optar por un camino medio, donde se reforzaría la infraestructura de planeación y control de los servicios estatales al momento de la descentralización.⁶⁶

⁶⁴ M. González Block, *Descentralización*, pp. 127 s.

⁶⁵ M. Cardozo, “Descentralización”, p. 369.

⁶⁶ M. González Block, *Descentralización*, p. 125.

Los estados seleccionados para participar en la integración orgánica son un conjunto representativo de los distintos niveles de desarrollo del país. Es necesario destacar que estos estados cuentan con aproximadamente 50% de los recursos financieros, humanos y físicos que la Secretaría de Salud destina a los estados, además de que atienden a 40% de la población abierta. En conjunto, lo transferido equivale a la mitad de los recursos y servicios disponibles para la atención de la población abierta en todo el país.⁶⁷

4.3 EL FINANCIAMIENTO

José Francisco Ruiz Massieu, Subsecretario de Planeación de la SSA durante el sexenio de De la Madrid, señala que la descentralización no es sólo un esfuerzo para fortalecer el federalismo, sino también un esfuerzo para ordenar los servicios, ampliar la cobertura y mejorar la calidad.⁶⁸ En consecuencia —y esta advertencia es vital en el análisis de la relación descentralización-productividad, propósito central de esta tesis— si en el largo plazo se desea que la descentralización se traduzca en un manejo más eficiente de los recursos y en mayor productividad de los servicios, en el corto plazo, los servicios estatales demandan reforzamiento financiero.

Así, en cuanto al financiamiento, en 1986 se firmó el acuerdo de coordinación correspondiente, en el cual se establece que las fuentes de financiamiento serán federales, estatales, por convenios de cofinanciamiento y aportaciones directas de la sociedad.

➤ Recursos federales

En el seno del COPLADE, se acuerda el gasto que la Secretaría de Salud transfiere de su programa normal vía ramo XXVI (Solidaridad y Desarrollo regional) a los estados por el proceso de descentralización. Además de los recursos para programas de salud pública que corresponden al IMSS, ISSSTE y otros organismos públicos.

⁶⁷ Secretaría de Salud, *Avances.*, p. 125.

⁶⁸ "Prólogo" en G. Soberón, *La protección de la salud en México. Palabras, discursos y mensajes*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1987, p. 18.

➤ Recursos estatales

Es el presupuesto estatal asignado para la operación de los Servicios Estatales de Salud. En 1987, 90% de los recursos se destinaban al gasto corriente de los servicios y sólo 10% a programas de inversión.

➤ Cofinanciamiento

Por medio del Convenio Único de Desarrollo se decide cuáles programas se financiarán entre la federación y los estados y, con qué estructura financiera.

➤ Aportaciones directas de la sociedad

Se refieren principalmente a las cuotas de recuperación aportadas por las personas atendidas, en los estados descentralizados en la segunda etapa se convino dejar de cobrar la atención médica y sólo cobrar los medicamentos, en algunos estados este esquema sólo se utilizó en el medio rural, mientras que en otros se aplicó tanto en el medio rural como en el urbano. El monto de las cuotas es bastante importante, pues para 1987 representaban alrededor de 10% del gasto de operación de los servicios estatales de salud.

¿Cómo ha evolucionado el financiamiento? Los gobiernos estatales incrementaron sus aportaciones 88.1% en el período 1985-86 por su corresponsabilidad en el proceso de descentralización mientras que las aportaciones federales sólo crecieron 3% en este período. En los programas de inversión, la diferencia es aún más pronunciada, por ejemplo, en 1986, la inversión estatal se incrementó 465% y la federal sólo creció 13%.⁶⁹

El proceso de los ochenta tuvo efectos muy poco significativos en cuanto al control de los estados sobre los recursos financieros. Aún en los estrechos márgenes de libertad que se detectan en el cuadro 2, como la compra consolidada de medicamentos, muchos de los estados descentralizados en el decenio de los ochenta decidían participar con la SSA, porque, casi siempre, la compra conjunta abatía costos para los servicios estatales.

⁶⁹ G. Soberón, *La Salud*, pp. 117 ss.

CUADRO 2

PRESUPUESTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD POR CAPÍTULO, 1995
(Millones de pesos corrientes)

CAPÍTULO O CONCEPTO	ESTADOS DESCENTRALIZADOS	ESTADOS NO DESCENTRALIZADOS
1000 Servicios personales	1200.3	1127.1
2000 Medicamentos, materiales y suministros	248.5	157.1
2500 Medicamentos. Compra consolidada obligada	0.0	149.0
3000 Servicios generales	128.0	188.3
3500 Conservación y mantenimiento*	39.4	
4100 Transferencias	35.9	19.8
5000 Bienes muebles e inmuebles*	50.6	
6000 Obra pública*	215.4	
SUBTOTAL	1612.7	1641.3
Promedio de rubros compartidos**	150.0	150.0
Gran total	1765.4	1791.3
Los estados controlaban	23.4 %	20.4 %

Los rubros sombreados representan los recursos líquidos que se transfirieron a los estados.

* Renglones compartidos; no se sabe con exactitud cuánto gasta en cada grupo de estados (descentralizados y no descentralizados), porque una parte del presupuesto se gasta en administración central.

** Se considera que los rubros compartidos se distribuyen entre 2 (300 MP/2 = 150)

Fuente: Javier Bonilla, "Descentralización de la Secretaría de Salud", en Consejo Nacional de Salud, *Hacia la Federalización de la salud en México*. México, Secretaría de Salud, 1996, pp. 64 s.

En resumen, gracias a las tres estrategias para consolidar el Sistema Nacional de Salud —sectorización, modernización y descentralización— la Secretaría de Salud quedó a cargo de las funciones normativas y de control, y se delegó a los estados la operación de los servicios. Así, las constituciones estatales reformadas en la materia y las leyes estatales de salud establecen que permanecen al cuidado de la federación la dirección, coordinación y conducción operativa de una lista de aspectos de salubridad general a ser transferidos a los estados mediante acuerdos que con los CUD establecen las bases y modalidades para coordinar las acciones entre la federación y los estados. El modelo de descentralización establecía también los siguientes puntos:

- a. Se transfirió 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. Se permitió el uso gratuito por parte de los servicios estatales de salud de los muebles e inmuebles federales, pero la federación conservó la propiedad.
- c. Se descentraliza la administración de los recursos financieros federales mediante subsidio y aliento a las aportaciones estatales. Sin embargo, los recursos federales se enviaban asignados por programa, subprograma, partida e incluso concepto.
- d. El Gobierno federal conservó la titularidad en la relación laboral con los trabajadores federales que laboraban en los Servicios Estatales de Salud.

El Programa de descentralización señaló a la Secretaría de Salud como la institución responsable de proporcionar la normatividad técnica, el apoyo financiero y el logístico, en este último caso junto con el IMSS. Así, la Secretaría definió las siguientes normas:

- La Secretaría conservaría la rectoría normativa, además autorizaría y proporcionaría el financiamiento federal que se complementarían con las aportaciones estatales
- Los gastos de operación e inversión de los servicios estatales se sufragarían con la aportación de la Secretaría, las aportaciones del gobierno del estado, las cuotas de recuperación que captan los servicios estatales y los ingresos extraordinarios de los servicios estatales.
- Los sistemas estatales de salud debían apegarse a las normas de la Secretaría, así como a las de la desaparecida SPP, en materia de programación, presupuestación, contabilidad, control y evaluación.

Al definir a la descentralización como una variable continua, es posible decir que la política descentralizadora de los servicios de salud se define por el grado en que los gobiernos estatales asumen responsabilidades tanto para detectar necesidades de salud como para formular e implementar respuestas o, en otros términos, por el grado en que comparten con la Secretaría federal la toma de decisiones.

En realidad, el proceso descentralizador de los ochenta logró sentar las bases para el funcionamiento cada vez más autónomo de los sistemas estatales de salud, pues estableció un aparato mínimo de gobierno estatal especializado en salud, que complementó la percepción federal de los problemas.

Sin embargo, la primera descentralización no logró liberar a la Secretaría de Salud de todas sus responsabilidades operativas en los estados, pues siguió a cargo de los Servicios Coordinados de Salud en las 17 entidades que no participaron en el proceso. Conservar estas responsabilidades operativas impidió a la SSA concentrarse completamente en la planeación, coordinación y supervisión global del sector.

Además la limitada transferencia de poder de decisión y recursos humanos, financieros y materiales, sin considerar la escasa preparación que recibieron los servicios estatales para fusionarse con las otras dependencias que atendían a población abierta, limitó los beneficios que comúnmente se asocian con la descentralización. Como ejemplo, el siguiente capítulo se ocupará de evaluar los efectos del proceso descentralizador sobre la productividad de los servicios de salud para población abierta en el período 1982-1994.

CAPÍTULO III

UN EJERCICIO DE EVALUACIÓN: LA PRODUCTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO (1982-1994)

En términos amplios, evaluación se refiere a todas las formas de valorar la acción colectiva pública que puedan ocurrir en un sistema político,¹ en consecuencia, puede incluir desde experimentos sociales multimillonarios hasta visitas de un día. Sin embargo, en el marco más restringido del análisis de políticas públicas, la evaluación se define como la aplicación sistemática de los métodos de investigación de las ciencias sociales (o de aproximaciones) con el propósito de examinar la conceptualización, diseño, implementación y utilidad de las políticas.²

¿Por qué medir los resultados o impactos de las acciones públicas es un fenómeno relativamente novedoso en países cercanos a la tradición administrativa hispana como México?,³ Joan Subirats responde:

Evaluar implica preocuparse por los resultados, saber si se han obtenido o no los objetivos planteados. Pero la administración pública, en su modelo más extendido (racional-burocrático), no está pensada para preocuparse por los resultados, sino por la legalidad de su actuación. Se trata de un sistema concebi-

¹ Xavier Ballart, *¿Cómo evaluar programas y servicios públicos? Aproximación sistemática y estudios de caso*, Madrid, Ministerio para las Administraciones Públicas, 1992, p. 45.

² Peter H. Rossi y Howard E. Freeman, *Evaluation. A Systematic Approach*, Newbury Park (CA), Sage, 4ª ed., 1989, p. 18.

³ En otros países, la evaluación de programas gubernamentales, en términos de resultados o impactos, es una tradición añeja. En Estados Unidos se remonta por lo menos al decenio de los cincuenta, cuando por un lado se avanzó gradualmente en la evaluación de programas educativos, de salud pública, de defensa o contra el crimen y la delincuencia con los métodos de la ciencia social aplicada. Por el otro lado, a partir de los años sesenta, los economistas principalmente desarrollaron otra corriente de evaluación que alcanzó su desarrollo más elevado en el Sistema de Planeación, Programación y Presupuestación del Departamento de Defensa (PPBS, por sus siglas en inglés). Ambas corrientes inauguraron el uso y difundieron diversos métodos que se han convertido en las herramientas básicas de la evaluación en nuestros días: encuestas, estudios de caso, experimentos, investigación de operaciones, diseños longitudinales... (Eleanor Chelimsky, "Old Patterns and New Directions in Program Evaluation", en su libro *Program Evaluation: Patterns and Directions*, Washington (DC), American Society for Public Administration, 2ª ed., 1989, pp. 2-6).

do más como expresión de dominación legal, que como productor de servicios, o de intermediación entre partes, y por ello los mecanismos de control se dirigen más a certificar la conformidad de la actuación administrativa con lo previsto normativamente que a encontrar indicadores de gestión y volumen de resultados e impactos.⁴

No obstante, ante las cambiantes condiciones políticas en México, cada vez es más necesario que se fortalezca una de las características fundamentales de los sistemas políticos democráticos: que los integrantes del gobierno y la administración sean responsables de sus actividades ante los ciudadanos. En consecuencia, la investigación sobre los medios de evaluación como una de las fases fundamentales de la vida del programa gubernamental es perfectamente necesaria y justificable por el solo hecho de que ayuda a perfeccionarlo y crea conocimiento.⁵

En México, en particular, los esfuerzos de evaluación también se justifican porque — como subraya Juan Pablo Guerrero— hasta principios de los años ochenta, la efectividad del gobierno en México se medía en términos de la cantidad de infraestructura creada. Sin embargo, a partir de la crisis de 1982, los integrantes de la administración y los sectores sociales involucrados se interesaron de más en más por los problemas de equidad de la acción pública, así como por la eficiencia, la rentabilidad y la calidad de los servicios.⁶

En este punto, es necesario señalar que es posible agrupar a las evaluaciones de políticas en dos tipos de acuerdo a su propósito primario: rendición de cuentas (*accountability*) o mejoramiento de las políticas. El primer grupo refiere al derecho y la capacidad efectiva de exigir a una autoridad pública que explique sus acciones, lo cual no sólo requiere de marcos legales, sino de instituciones independientes con el poder suficiente para obligarla.⁷ Las evaluaciones interesadas en mejorar las políticas públicas se acercan más a la definición que se presentó antes; se ocupan de examinar la formulación, implementación y resultados para enriquecer y retroalimentar el proceso de las políticas. Aun cuando no son propósitos contradictorios, cada uno modela los métodos y procedimientos que se siguen en la evaluación de programas específicos.

⁴ “Prólogo”, en X. Ballart, *op. cit.*, p. 21.

⁵ Juan Pablo Guerrero, “La evaluación de políticas públicas: enfoques teóricos y realidades en nueve países desarrollados”, *Gestión y Política Pública*, 4 (1995), pp. 47 y 77.

⁶ *Ibid.*, p. 49.

⁷ *Ibid.*, p. 47.

En la primera mitad de este capítulo, como se anunció desde la "Introducción", me concentraré en revisar el concepto de evaluación, sus tipos, así como los diseños de investigación más frecuentes, con el propósito de explicar las causas que modelaron el tipo de evaluación que se realiza sobre la descentralización de los servicios de salud.

En la segunda parte del capítulo, presentaré este diseño de evaluación con sus ventajas y limitaciones, describiré detalladamente como se realizó el ejercicio y discutiré sus resultados, con el propósito de aclarar los efectos que la descentralización tuvo sobre la productividad de los servicios de salud para población abierta.

PRIMERA PARTE: LA EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

1. LA EVALUACIÓN

En general, las preocupaciones de los especialistas frente a la evaluación pueden agruparse en: (1) determinar si existen, dentro de un sistema político, los organismos e instancias que puedan actuar efectivamente como órganos de evaluación y (2) construir los conceptos y métodos que permitan describir, explicar y juzgar en forma científica los resultados de la acción gubernamental.⁸ En este último grupo, como se mostrará más tarde, se ubica la evaluación que se realiza en esta tesis.

Antes de tratar de aclarar el significado, las razones y las implicaciones de la evaluación, es indispensable reconocer sus limitaciones, pues el valor de los objetos, las ideas, las palabras o las acciones siempre son relativos a la referencia o escala que se usa para medirlo o apreciarlo. Asimismo, la referencia, escala o índice de evaluación adoptado depende de condiciones objetivas, pero sobre todo de consideraciones subjetivas como la situación emocional y material de quien califica, el contexto general en el que se encuentra, sus creencias, la moral predominante, el marco institucional y jurídico...⁹

⁸ *Ibid.*, p. 48

⁹ Estos problemas se discuten con detalle en Dennis J. Palumbo (ed.), *The Politics of Program Evaluation*, Beverly Hills (CA), Sage, 1987. (Sage Yearbooks in Politics and Public Policy, 15), pero también en J. Guerrero, art. cit., p. 50.

Aunque de cierta manera las consideraciones morales siempre existen en las evaluaciones, pues siempre se parte de una referencia particular para medir o calificar los efectos de una política. En sociedades como la nuestra donde abundan valores diferentes, datos y tiempos cuyas definiciones no comparten todos sus integrantes, evaluar implica, con todas sus consecuencias, asumir una posición y tomar partido.

Las evaluaciones pueden realizarse por muy diversas razones: con propósitos administrativos o de gestión, para examinar la conveniencia de modificar programas, para identificar maneras de mejorar las intervenciones gubernamentales o quizá para satisfacer los requerimientos de quienes financian el proyecto. Aunque pueden emprenderse para probar ideas innovadoras o contrastar hipótesis específicas, como en el caso de la tesis, en general, las evaluaciones, dentro del proceso de política pública, intentan ayudar a resolver o, por lo menos, a aliviar problemas comunitarios.¹⁰

En este sentido, en las evaluaciones de la autoridad pública, los especialistas no se han limitado a describir los sucesos ligados a la aplicación de una política determinada o a su calificación de acuerdo con determinadas normas o criterios contables o presupuestales; también han intentado explicar los efectos de las intervenciones gubernamentales y examinar si se resolvió el problema original y si se alcanzaron sus objetivos explícitos e implícitos. Los evaluadores también pretenden comprender los cambios en las relaciones entre las instituciones ejecutantes y los sectores sociales involucrados, los efectos inesperados de la actuación pública, así como las transformaciones internas que la autoridad experimentó al implementar el programa.¹¹

Con el propósito de evaluar de manera objetiva –y hasta científica– los resultados de la acción gubernamental, los analistas han tenido que construir conceptos y métodos muy diversos, pues:

Para apreciar los efectos políticos, económicos y sociales generados por una intervención gubernamental, en un área específica de la sociedad y en un lugar y tiempo determinados, el evaluador escoge un procedimiento, un método de observación y una forma de razonar específicos.¹²

¹⁰ P. Rossi, *op. cit.*, p. 43.

¹¹ J. Guerrero, *art. cit.*, p. 50.

¹² *Loc. cit.*

En general, a pesar de los diversos métodos y motivaciones, es posible identificar dos características comunes en los ejercicios de evaluación:

- I La evaluación consiste en *aplicar sistemáticamente procedimientos de investigación social*, en consecuencia, es necesario seguir los métodos de las ciencias sociales para producir evidencia empírica válida y confiable. De acuerdo a la naturaleza del programa y a las circunstancias de la evaluación, estos métodos pueden ir desde los experimentos sociales hasta las opiniones de expertos.
- II Los propósitos de las evaluaciones son *valorar y perfeccionar las políticas*, en alguno de los siguientes aspectos:
 - ◆ la conceptualización y diseño
 - ◆ la implementación
 - ◆ la utilidad

2. TIPOS DE EVALUACIÓN ¹³

La tipología depende, desde luego, de los criterios que se utilicen para construirla, de tal manera, es posible establecer varios tipos de evaluación de acuerdo a:

- A. Propósito de la evaluación: formativa o de proceso y conclusiva o de resultados
- B. Naturaleza del estudio: descriptiva, clínica, normativa, experimental y pluralista
- C. Relación de los evaluadores con la organización: interna y externa.
- D. Por la fase del programa en que se evalúa: formulación, implementación, evaluación ex-post

A. Propósito de la evaluación: formativa o de proceso y conclusiva o de resultados

La *evaluación formativa* responde a una preocupación que se encuentra en la base de muchas demandas de evaluación: obtener información sobre el progreso de un programa para

¹³ Este apartado se elaboró con base en las tipologías que presentan X. Ballart, *op. cit.*, pp. 75-82, J. Pablo Guerrero, *art. cit.*, pp. 51-74 y P. Rossi, *op. cit.*, pp. 41-57.

proporcionar recomendaciones tácticas a los responsables de la política con el propósito de corregir desviaciones y mejorar la intervención.

En la *evaluación conclusiva* o de resultados se busca, en cambio, proporcionar la información necesaria para valorar en forma global los resultados de un programa y su utilidad. Esta clase de evaluación requiere sobre todo estabilidad en la organización y en sus actividades, en consecuencia, es recomendable que medie un intervalo de tiempo suficiente desde la adopción del programa hasta su evaluación. Si el programa tiene objetivos claros y medibles será más sencillo juzgar sus resultados, pues será posible compararlos, por ejemplo, con los de programas similares o con los de un grupo control que no haya recibido ningún tratamiento. Este tipo de evaluación enfatiza los efectos finales de la política pública y, en consecuencia, analiza sus consecuencias generales.

Es necesario reconocer que la «all-purpose evaluation», como la llama Carol Weiss, es un mito, así como las evaluaciones globales o completas.¹⁴ Entre los obstáculos que este tipo de evaluaciones enfrentan, me parece que los valores o intereses del evaluador o de quienes encargan la evaluación son los más importantes. Xavier Ballart dice al respecto:

*Es, pues, importante reconocer la diversidad de intereses en juego y las múltiples perspectivas que estos intereses implican a la hora de enjuiciar una política. También es cierto, sin embargo, que una misma evaluación difícilmente podría proporcionar información de inmediata utilidad para todos los grupos, dada la diversidad de sus preocupaciones.*¹⁵

Como Xavier Ballart y Juan Pablo Guerrero reconocen —y se mencionó líneas arriba— es imposible pensar en una evaluación exenta de valores, pues el término evaluación implica juzgar el mérito, es decir, el valor o la bondad de las políticas y los programas, la pregunta inmediata es: ¿bajo que criterios?

¹⁴ *Evaluation Research*, Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall, 1972, p. 15.

¹⁵ *Op. cit.*, p. 85.

B. Naturaleza del estudio: descriptiva, clínica, normativa, experimental y pluralista¹⁶

En la *evaluación descriptiva* se elabora una lista precisa y exhaustiva de los efectos de la acción pública, con el propósito de registrar los cambios generados por la política pública. En realidad, este enfoque se ocupa, sobre todo, de los efectos de la política, es decir de las modificaciones que surgen tras la intervención de la autoridad.

En las evaluaciones de este tipo, la observación es particular y, en consecuencia, no es posible compararla con la observación de un grupo similar que no haya participado en el programa. En los estudios de caso, no obstante, el evaluador puede comparar los efectos de la política con las condiciones previas a su implementación (estudios reflexivos) o, si hay información disponible, hacer un seguimiento progresivo a lo largo de la aplicación de la política (análisis de series temporales). Las características de la evaluación descriptiva sugieren de inmediato que es necesario ser muy modestos en cuanto a su interpretación teórica, así como evitar cualquier intento de generalización.

Las *evaluaciones clínicas* intentan explicar los efectos de la política; contrastan los objetivos propuestos con los resultados observados de la política e intentan explicar por qué ciertos objetivos no se lograron y las consecuencias inesperadas de la implementación del programa.

Estas evaluaciones hacen énfasis en los criterios iniciales de la política, pues intentan determinar las causas de las variaciones entre objetivos y resultados y, tratan de evitar que se repitan en el futuro. En las evaluaciones clínicas, por lo general, resulta muy complicado distinguir entre los cambios generados por la política y los que resultan de la modificación de parámetros exteriores o, como dice Juan Pablo Guerrero, de otra política pública que actuó simultáneamente e influyó en el resultado final indirectamente.¹⁷

¹⁶ En esta clasificación me referiré a los cuatro enfoques generales en los que Yves Mény y Jean Claude Thoening agrupan las diversas estrategias para evaluar (*Las políticas públicas*, Barcelona, Ariel, 1992), más el enfoque pluralista que discuten ampliamente X. Ballart, *op. cit.*, pp. 147-161 y Guerrero, art. cit. pp. 67-72.

¹⁷ Art. cit., p. 56.

En la *evaluación normativa* el evaluador sustituye los objetivos explícitos de la política por otros, que el mismo escoge como criterios para juzgar los resultados observables de la política pública. ¿Cuáles son las razones para establecer criterios valorativos propios?

- ◆ Los objetivos gubernamentales no están definidos en forma clara.
- ◆ El evaluador no comparte los criterios de los objetivos de la política, o bien considera que ciertos criterios adicionales son indispensables para emitir un juicio sobre ella.
- ◆ El evaluador establece los criterios de evaluación de una política específica atendiendo más a la normatividad gubernamental respectiva que a las características propias de la política.

Guerrero reconoce que, a pesar de la relativa autonomía del investigador para fijar criterios, en la evaluación normativa se emplean cinco como puntos de partida generales:

1. Eficiencia: la capacidad para transformar los recursos iniciales en resultados al menor costo posible, aunque ya se discutió su significado en el primer capítulo, no está de más recordarlo.
2. Eficacia: la capacidad para alcanzar las metas programadas
3. Igualdad: implica un tratamiento idéntico para todos los sectores sociales, aun cuando se encuentren en situación desigual.
4. Equidad: ante la desigualdad social incorpora consideraciones distributivas.
5. Pertinencia o adecuación: la capacidad para responder satisfactoriamente a las necesidades sociales.¹⁸

Para cumplir los propósitos de este documento, en el marco de los tipos de evaluación, este es buen momento para recapitular sobre la diferencia entre eficiencia y eficacia, vital para alcanzar los propósitos de esta tesis. El criterio de eficiencia agrega una consideración normativa a los objetivos de la política pública, pues busca establecer una estimación relativamente objetiva —económica— de los recursos con los que cuenta el funcionario

¹⁸ *Ibid.*, pp. 60 ss.

(humanos, organizacionales, económicos, institucionales...), para calcular su desempeño tras la observación de los resultados finales. En cambio, la eficacia parte de los objetivos programados y los asocia directamente con los resultados concretos, por lo que es un criterio común en las evaluaciones clínicas. Con estas definiciones, puede decirse, por ejemplo, que una política pública es ineficiente si se emplearon recursos descomunales para su aplicación, pero eficaz, si se alcanzaron los objetivos programados, aunque haya sido a un precio muy alto.

El *enfoque experimental* supone que es posible descubrir relaciones estables de causalidad entre política pública y efectos sociales, es decir, es posible establecer conexiones, que pueden explicarse lógicamente, entre las causas (medidas específicas del programa) y las consecuencias (efectos en el entorno donde se aplica). En consecuencia, el enfoque experimental se ocupa de realizar ensayos y experimentos de políticas que muestren —en un sector reducido y controlable, un lugar delimitado y un lapso preestablecido— los efectos reales, con el propósito de evaluar todas las posibles soluciones y seleccionar después la más adecuada, considerando, normalmente, los objetivos y valores de la autoridad responsable.

La *investigación experimental* permite acercarse a los efectos verdaderos de una política pública, porque es capaz de reducir la incertidumbre que generan factores externos. La comparación entre grupos equivalentes (uno sujeto al programa y otro como control) muestra lo que ha sucedido de manera independiente a la implementación de la política. En realidad, la pureza experimental de una evaluación depende de la presencia de este grupo testigo que sea equivalente al grupo objeto de la política, con el propósito de realizar una comparación sistemática.

La *evaluación pluralista* representa el reconocimiento de la naturaleza política de la evaluación; combina algunos de los criterios de los otros enfoques y ofrece al evaluador un papel activo a lo largo de la instrumentación de la política. A diferencia de la concepción racionalista-científica, en la que pueden incluirse los tipos de evaluación que ya se describieron, este modelo rechaza la idea de evaluación imparcial y objetiva de los resultados de un programa, para concentrarse en la importancia de los valores y de las opiniones de los múltiples actores involucrados.

A diferencia de las evaluaciones experimentales, en el *enfoque pluralista*, la realidad no puede reducirse ni aislarse, en consecuencia, es indispensable que la evaluación se realice en el contexto de la política, pues, la verdad solo tiene sentido si se vincula con el sistema de referencias del observador y con el entorno que observa, además, se considera cualquier pretensión de objetividad como inútil y falsa.

Los principios fundadores del *enfoque pluralista* pueden resumirse en los cuatro puntos siguientes:

1. Es necesario considerar una pluralidad de valores en la evaluación de cualquier programa.
2. Las evaluaciones se realizan para que los responsables directos de los programas utilicen sus resultados.
3. Utilizar metodologías cualitativas permite alcanzar un conocimiento profundo del programa y de su contexto
4. Los métodos científicos que necesitan un entorno estable y sin cambios han dejado su lugar a otros que se adapten a la naturaleza dinámica y evolutiva de los programas

La calidad científica en la evaluaciones pluralistas se concentra en la estructura racional que organiza la información disponible (observada o recopilada), además, como supone un entorno cambiante, el criterio fundamental es la pertinencia o la validez de las observaciones en su contexto.

Para interpretar los objetivos específicos de la política pública, la evaluación pluralista requiere de la reconstrucción (o conocimiento) de los diferentes objetivos de todos los actores sociales involucrados. De tal manera, este tipo de evaluación adopta las perspectivas de los distintos grupos; considera las diferentes teorías de acción e intenta comprender y explicar los problemas prácticos de cada uno.

C. Relación de los evaluadores con la organización: interna y externa

En este punto, el dilema está entre una evaluación interna que dispone de la información, pero carece de espíritu crítico y, en algunos casos, de la competencia necesarios y una

evaluación externa, con libertad de enjuiciamiento y competencia, pero con dificultades para reunir la información pertinente.

D. Por la fase del programa en que se evalúa: formulación, implementación, impacto

Durante la *formulación*, los evaluadores se concentran en determinar que tan amplio y severo es el problema público y en diseñar programas capaces de aliviarlo. Más adelante, durante la *implementación*, las evaluaciones ayudan a determinar la efectividad de las políticas, es decir si han tenido éxito en alcanzar a su población objetivo y si entregan los recursos, servicios o beneficios que los patrocinadores y diseñadores de la intervención planearon. Finalmente, las *evaluaciones de impacto* estiman los efectos y magnitudes de las políticas, para satisfacer demandas de rendición de cuentas, o bien para ayudar a decidir si los programas continúan, se expanden o se recortan. Estas evaluaciones consideran los costos de los programas en relación con sus beneficios y los comparan con otras políticas alternativas.

Ante los tipos de evaluación presentados, es posible afirmar con Guerrero, que no hay un enfoque de evaluación que resulte mejor que otro. La evaluación de una política pública depende sobre todo de: (1) carácter y sector al que se dirige, (2) naturaleza de las autoridades responsables de la política, (3) recursos y tiempo disponibles, (4) independencia del investigador frente al patrocinador de la evaluación.¹⁹ Así, es imposible afirmar que un tipo de evaluación supera a otro, en realidad, lo más importante es determinar cuál es más adecuado en cada contexto para alcanzar los propósitos que se persiguen.

3. DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN

El ejercicio de evaluación que se reporta en este trabajo se ocupa de examinar los cambios que la descentralización provocó en la productividad de los servicios de salud para población abierta. Es claro que las clasificaciones presentadas no son excluyentes, en consecuencia, esta evaluación —de acuerdo a Juan Pablo Guerrero— se acerca a la clínica, pues contrasta los objetivos propuestos con los resultados observados de la política, pero en

¹⁹ *Ibid.*, pp. 72.

realidad su motivación última es determinar los efectos de la política sobre un punto específico, la productividad de los servicios, de tal manera también puede caracterizarse como evaluación de *impacto*.

Con el propósito de explicar por qué se adoptó el diseño de evaluación “Serie de tiempo interrumpida con grupo de comparación”, describiré, en el siguiente apartado, los diseños experimentales, cuasiexperimentales y no experimentales más frecuentes en las evaluaciones de impacto, sus condiciones, limitaciones y bondades generales, además de las específicas para el caso que nos ocupa.

Antes de esa descripción, es necesario precisar que los diseños de evaluación clásicos comparten cuatro características básicas: comparación, manipulación, control y generalización, a continuación se describen brevemente.

Con el propósito de examinar el impacto de la política es necesario establecer alguna forma de comparación, ya sea entre un grupo experimental y otro de control, o bien el grupo experimental se compara con sí mismo antes y después del tratamiento. En un diseño experimental auténtico, el grupo experimental se compara con uno de control.

La segunda característica compartida de los diseños es la manipulación. Si el programa o política es verdaderamente efectivo, los individuos (estados, organizaciones) cambiarán durante el programa o, tal vez, poco después de participar. De tal manera, si es posible mantener constantes el resto de los factores que intervienen en el problema que se estudia, entonces la política (manipulación) tendrá que producir cambios en su población objetivo (individuos, estados, organizaciones).

El control —la tercera característica— requiere se descarten otros factores que puedan explicar la relación observada entre la política y su objetivo. Estos otros factores son las conocidas fuentes de invalidez interna: historia, maduración, test, instrumentación y selección, las cuales se revisarán más adelante.²⁰

La última característica esencial de los diseños clásicos es la posibilidad de generalizar, es decir que los resultados de la investigación puedan extenderse a poblaciones más

²⁰ Aunque a lo largo de esta sección se mencionan brevemente las “amenazas” a la validez interna, para un estudio completo, véase, el capítulo sexto de Richard D. Bingham y Claire L. Felbinger, *Evaluation in Practice. A Methodological Approach*, White Plains (NY), Longman, 1989, pp. 247-343 o un buen resumen en Ballart, pp. 113-117.

grandes y entornos diversos.²¹ Así, las dos cuestiones esenciales en las evaluaciones de impacto son: (1) ¿hasta qué punto los efectos del programa se deben realmente a éste y no a otros factores? (validez interna) y (2) ¿hasta qué punto los resultados de un programa concreto se pueden generalizar a otras situaciones? (validez externa).

Las cuestiones de validez interna —se afirma generalmente— son más importantes que las de validez externa, pues hasta no poder afirmar que los efectos observados se pueden atribuir al programa, no tiene sentido generalizarlo a otras situaciones. Algunos autores, sin embargo, han defendido lo contrario, pues para ellos en la ciencia social aplicada lo más importante son indudablemente las inferencias realizadas en cada caso.²²

Sobre la validez interna y externa, la postura de Claire Felbinger es muy esclarecedora: los evaluadores y los científicos de laboratorio prefieren maximizar la interna, pues tratan de mostrar que un programa específico funciona, de tal manera, controlan tantos factores que su estudio es “generalizable” sólo para sí mismo. En cambio los investigadores de políticas tratan de generalizar sus hallazgos para convertirlos en el sustento de nuevas propuestas teóricas; intentan, en realidad, aplicar sus resultados en un contexto más amplio.²³

En el apartado que Ballart dedica a las amenazas a la validez interna se ejemplifican los problemas derivados de factores como historia, maduración, test, instrumentación, selección, los cuales pueden condicionar (test) o interferir (historia o maduración) en los efectos del programa, ante estas dificultades se sugiere añadir un grupo de comparación.²⁴

En general, para todas las evaluaciones es vital: (1) definir los criterios de control de variables en forma clara sin dejar lugar a confusiones, (2) lograr que la forma de medición sea válida, confiable y precisa y (3) controlar los factores externos sobre el área de observación mediante la definición clara de los términos temporales y espaciales.²⁵

²¹ R. Bingham, pp. 15 ss.

²² C. J. Cronbach, *Toward Reform of Program Evaluation*, San Francisco (CA), Jossey-Bass, 1980, p. 7, cit. por X. Ballart, *op. cit.*, p. 113.

²³ “The process of evaluation” en R. Bingham, *op. cit.*, pp. 10 s.

²⁴ *Op. cit.*, pp. 114-117.

²⁵ J. Guerrero, art. cit., p. 66.

A continuación revisaré los diseños de investigación experimentales, cuasiexperimentales y no experimentales para mostrar sus condiciones, limitaciones y el tipo de conclusiones que son capaces de generar.

3.1 DISEÑOS EXPERIMENTALES

Estos diseños utilizan grupos experimentales y grupos de control. De la población objeto del programa, se seleccionan individuos (clases, ciudades) y se asignan de forma aleatoria al grupo que obtiene el programa —grupo experimental— y a un grupo control que no recibe el tratamiento. Esto no significa que no reciba tratamiento alguno ya que siempre se intenta que el grupo control reciba algún servicio alternativo para evitar el efecto Hawthorne, esto es, que se produzca un resultado positivo en el grupo experimental debido, sobre todo, a la mayor atención que recibe.²⁶

Aunque muchos autores utilizan los términos grupo control y grupo de comparación como sinónimos,²⁷ es más conveniente distinguirlos: los grupos de control se asignan en procesos aleatorios, mientras que los de comparación se determinan construyendo un grupo comparable en todos los aspectos importantes con el experimental. La justificación más simple de la asignación aleatoria es que constituye el mejor mecanismo para maximizar la certeza de las estimaciones sobre los costos y efectos de los programas.²⁸ Es decir, decidir aleatoriamente quienes forman los grupos experimental y de control permite afirmar con mayor certidumbre, por ejemplo, que ante un programa dedicado a evitar el contagio del cólera, las posteriores diferencias entre la salud de los grupos se explica por el programa y no por condiciones preexistentes, o por diferencias naturales entre las tasas de morbilidad de los participantes y los no participantes.

Como se describirá más adelante, en la evaluación que se reporta en este trabajo el grupo experimental son los servicios de salud para población abierta en los estados des-

²⁶ X. Ballart, *op. cit.*, p. 118. Para más detalles sobre el efecto Hawthorne o los problemas de las observaciones antes-después que pueden condicionar a los individuos participantes en el experimento, véase, Richard H. Franke y James D. Kaul, "The Hawthorne Experiments: First Statistical Interpretation", en R. Bingham, *op. cit.*, pp. 277-299.

²⁷ Entre otros Xavier Ballart, Howard E. Freeman y Peter H. Rossi, cuyos trabajos ya se citaron.

²⁸ Robert F. Boruch y otros, "Randomized Experiments for Evaluating and Planning Local Programs. A Summary of Appropriateness and Feasibility", en E. Chelimsky, *op. cit.*, pp. 165 s.

centralizados y se utilizan dos grupos de comparación (les llamo así porque no se asignaron aleatoriamente): los servicios para población abierta en los estados no descentralizados y los de derechohabientes en los descentralizados.

Cuando ya se han establecido los grupos experimentales y, los de control o comparación, se toman medidas de las variables más relevantes, antes de empezar el programa y cuando termina. Se considera que el programa fue un éxito si el grupo experimental obtiene mejores resultados que el grupo de control.²⁹

DIAGRAMA 2

DISEÑO ANTES-DESPUÉS CON GRUPO DE CONTROL

	Antes		Después
GRUPO E-A	O ₁	X	O ₂
GRUPO C-A	O ₃		O ₄

Donde A representa asignación aleatoria. E grupo experimental. C grupo de control. O observaciones y X intervención o programa.

Fuente: Modificado por la autora con base en X. Ballart, *op. cit.* p. 119 y R. Bingham, *op. cit.*, p. 18.

El “Antes-después con grupo de control” es el diseño experimental base para el resto, sin embargo, de acuerdo a las condiciones y necesidades de cada evaluación hay otros diseños útiles: “Solomon de cuatro grupos”, “Sólo después con grupo de control” y “Factorial”.³⁰

Ante el diseño experimental tradicional, los evaluadores enfrentan el dilema que Marcia Guttentag retrató, en una descripción clásica para los expertos en evaluación de programas y políticas:

The context within which evaluation research is conducted is too different from the classical experimental model. Most of the assumptions of the model cannot be fulfilled. Further, the researcher does not begin with his own hypothesis. He tries to tease hypotheses out of program administrators. They have goals, not hypotheses. Initially, the researcher abstracts those few hypotheses which he considers “researchable” from the program's broad and multifaceted goals. Given the researcher's constraints, the final hypotheses may have little relevance to what is actually going on in the program. In addition, the researcher cannot randomize subjects or treatments. He cannot control the flow of subjects into or out of programs. when he does try to do so, conflicts with program administrators result. Even when a control group is established, true random assignment of subjects to experimental and control group is

²⁹ X. Ballart, *op. cit.*, p. 118.

³⁰ Para descripciones cuidadosas de cada uno, esquemas y ejemplos de aplicación, véase, R. Bingham, *op. cit.*, pp. 40-94.

rare. The researcher cannot fulfill most of the criteria for validity required by the classical experimental model.³¹

De tal manera, queda claro que realizar un verdadero experimento no sólo es complicado, sino en ciertas circunstancias imposible, en realidad, las dificultades principales pueden agruparse en las cuatro siguientes:

- ◆ Las formas en que se diseñan y administran los programas normalmente no tienen en cuenta su evaluación.
- ◆ La asignación aleatoria de personas a grupos experimentales y de control puede parecer injusta o hasta contraproducente.
- ◆ Las evaluaciones, en general, tienen limitaciones temporales y de recursos. Los diseños experimentales, que han probado ser más poderosos para garantizar la validez interna y externa de las evaluaciones, casi siempre son muy costosos tanto en tiempo como en dinero.
- ◆ El evaluador entra en contacto con el programa después de su puesta en marcha.

Ante estos problemas, el evaluador tendrá que seleccionar, de acuerdo a sus limitaciones y a las características de la política, el mejor diseño posible seguramente dentro del grupo de los cuasiexperimentales o los no experimentales.

2.2 DISEÑOS CUASIEXPERIMENTALES

La diferencia central entre los diseños experimentales y los cuasiexperimentales es que, para los primeros, se determina aleatoriamente qué individuos reciben el tratamiento (participan el programa) y cuáles no. En los diseños cuasiexperimentales, en cambio, el investigador construye un grupo de comparación que se asemeje en todos los aspectos importantes para la evaluación a la población objetivo de la política. Son diseños cuasiexperimentales: “Antes-después con grupo de comparación”, “Series temporales interrumpidas con grupo de comparación”, además de los diseños reflexivos.

³¹ “Special Characteristics of Social Intervention Programs: Evaluation of Social Intervention Programs”, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 218 (1973), p. 6, cit. por E. Chelimsky, art. cit., p. 13.

1. "Antes-después con grupo de comparación"

El diseño es similar al "Antes-después con grupo de control", con las diferencias que ya se señalaron en la integración de los grupos testigo.

2. Series temporales interrumpidas con grupos de comparación

Este diseño compara los cambios ocurridos a lo largo del tiempo en la variable que refleja los resultados del programa (en nuestro caso, productividad), para dos grupos: uno que recibe el programa (servicios para población abierta en los descentralizados) y otro que no (en el caso de las tesis hay dos grupos de comparación: servicios para población abierta en los estados no descentralizados y para derechohabiente en los descentralizados). Esto supone tomar medidas de la variable periódicamente, antes del inicio del programa y cuando termine, con el propósito de observar la tendencia de los valores antes de la interrupción (la descentralización en este caso) y después para examinar los resultados del programa, de este modo es posible determinar si el programa ha producido un cambio significativo en esta tendencia.³²

DIAGRAMA 3

DISEÑO DE SERIES TEMPORALES INTERRUMPIDAS CON GRUPO DE COMPARACIÓN			
	Antes		Después
GRUPO E	O ₁ O ₂ O ₃ O ₄	X	O ₅ O ₆ O ₇ O ₈
GRUPO C	O ₁ O ₂ O ₃ O ₄		O ₅ O ₆ O ₇ O ₈

Donde E representa grupo experimental, C grupo de control, O observaciones y X intervención o programa.

Fuente: Modificado por la autora con base en X. Ballart, *op. cit.*, p. 120 y R. Bingham, *op. cit.*, p. 111.

Como los grupos cuasiexperimental y de comparación no se obtienen de asignaciones aleatorias, la validez del diseño dice Ballart depende:

*... en gran medida de si el grupo de control adoptado se parece, en todos los aspectos relevantes, al grupo que recibe el programa. Si los dos grupos son efectivamente comparables, la evaluación será internamente válida.*³³

³² X. Ballart, *op. cit.*, p. 120.

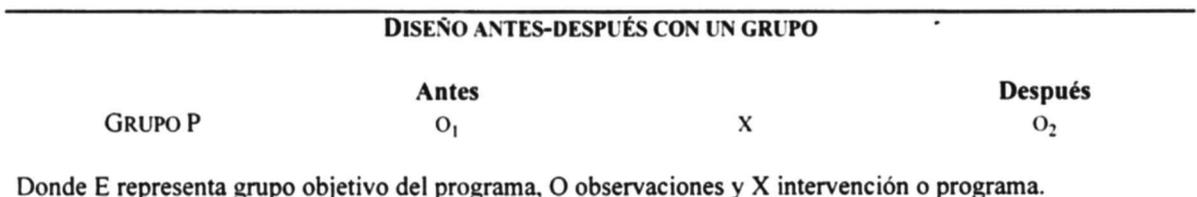
³³ *Ibid.*, p. 121. Las cursivas son mías.

Este diseño es muy consistente porque las series temporales eliminan el sesgo que surge cuando sólo se realiza una observación del fenómeno. Es decir, cuando los datos se obtienen en un solo punto temporal, el investigador tiene que determinar si esa observación refleja la tendencia normal de los datos, o bien si los datos corresponden a una fluctuación anormal. Las evaluaciones con series temporales interrumpidas se fortalecen aún más si cuentan con más observaciones en el tiempo, es decir aquéllas con cuatro puntos temporales de observación antes y después del programas son más confiables que las de dos, pero inferiores a las de diez. Esto es muy razonable si se considera que con más puntos de observación en el tiempo, hay más certidumbre de que las observaciones reflejen el proceso social, en consecuencia, es indispensable recopilar datos en el mayor número posible de puntos temporales, desde luego, sujeto a los recursos disponibles.³⁴

3. Reflexivos

Estos diseños utilizan al grupo objetivo del programa como su propio control. Se realizan en la modalidad una sola observación antes de la intervención y otra después (“Antes-después con un grupo”), pero también con series temporales. Estos diseños de evaluación se basan en el análisis de las tendencias en la variable de impacto antes y después de la intervención, en realidad, se trata de los mismos diseños, pero sin grupo de comparación.³⁵

DIAGRAMA 4



Fuente: R. Bingham, *op. cit.*, p. 175.

³⁴ R. Bingham, *op. cit.*, p. 110. Hay numerosas evaluaciones que se han reelaborado años después con series temporales más extensas, en muchos casos los resultados han cambiado, pues se detecta, por ejemplo, que los resultados de los programas fueron abruptos, pero sólo temporales. Para una muestra, véase, Robert B. Albritton y Tamasak Witayapanyanon, “Impact of SSI: A Reanalysis of Federal Welfare Policy”, en R. Bingham, *op. cit.*, pp. 113-126.

³⁵ X. Ballart, *op. cit.*, p. 121 y R. Bingham, *op. cit.*, pp. 173-203.

3.3 DISEÑOS NO EXPERIMENTALES

Los diseños no experimentales se caracterizan por utilizar procedimientos estadísticos para controlar la influencia de factores externos al programa evaluado que podrían generar confusión sobre sus verdaderos efectos. La forma en que los diseños no experimentales controlan estos factores externos al programa es su rasgo distintivo frente a los diseños experimentales y cuasiexperimentales.

La regresión múltiple es la técnica estadística en la que se fundamenta la mayor parte de los no experimentos en el contexto de la evaluación de programas. El análisis de regresión permite determinar el impacto del programa, de cada una de las posibles variables externas consideradas y de cualquier otro factor no medido, en la variable que mide los resultados del programa.³⁶

Para concluir este apartado es necesario reiterar que el propósito de las evaluaciones es producir información sobre los efectos, la implementación y los procesos de planificación de las intervenciones públicas, que sirva a los decisores políticos, administradores públicos y, en general, a aquéllos que tienen capacidad para influir en las decisiones sobre acciones futuras.

Desde luego, la evaluación es tan solo un factor adicional en el proceso decisional y posiblemente no será el más importante. Sin embargo, puede esperarse que los resultados de un buen estudio se tomen en cuenta en las deliberaciones sobre un programa. En este sentido, Cronbach se refiere a un uso conceptual de los estudios en el sentido de hacer pensar de forma diferente sobre un programa, de contribuir a un cambio gradual de las percepciones o de clarificar las cuestiones.³⁷ Otros autores, como Robert F. Clark, destacan la influencia acumulada de la evaluación a medio y largo plazo más que los efectos inmediatos en decisiones específicas.³⁸

³⁶ X. Ballart, *op. cit.*, pp. 124 s.

³⁷ *Op. cit.*, p. 65.

³⁸ "The Proverbs of Evaluation: Perspectives from CSA's Experience", en E. Chelimsky, *op. cit.*, p. 201.

SEGUNDA PARTE:

LA EVALUACIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD (1982-1994)

La segunda parte del capítulo se concentrará en explicar las características particulares del modelo de evaluación que se utiliza, además se presentará el diseño general de dos ejercicios de evaluación:

- I Comparación de los servicios para población abierta en los estados descentralizados con los servicios del mismo tipo en los no descentralizados, la cual se propone detectar los cambios en la productividad de los servicios que generó la descentralización.
- II Comparación de los servicios para población abierta en los estados descentralizados con los de derechohabientes en los mismos estados, la cual intenta determinar si disminuyeron las diferencias entre los servicios para universos abiertos y cerrados, por lo menos en cuanto a su productividad.

También se describirán las dos fases de ambas evaluaciones: en la primera se examinaron las series 1982-1994 de las variaciones porcentuales de los servicios prestados y los recursos significativos existentes, en la segunda se analizaron once indicadores de productividad en el mismo período.

1. DISEÑO DEL EJERCICIO DE EVALUACIÓN

Antes de describir detalladamente el diseño que se utiliza en este trabajo, me detendré a revisar dos características particulares de este ejercicio: (1) es una evaluación por objetivos y (2) se basa en archivos administrativos.

La descentralización de los servicios de salud para población abierta se propuso hacer más eficiente la atención de la salud de los no derechohabientes y, por extensión, lograr que los servicios fueran más productivos, de tal manera, en este ejercicio se utilizará uno de los objetivos del programa como criterio de evaluación. En general es posible emplear los objetivos como criterios de evaluación; porque son, normalmente, resultado de negociaciones políticas y, en consecuencia, reflejan los intereses de los actores que participan en la formulación y aprobación de las políticas.

La evaluación por objetivos —también denominada clásica, racional o científica— presenta, sin embargo, algunas limitaciones importantes tanto en su aplicación, como para el uso de sus resultados y su conexión con la toma de decisiones políticas, lo cual ha ocasionado que se rechacen sus propuestas, en favor de enfoques más políticos, centrados en la utilidad de los resultados del proceso evaluador y, generalmente, con un método de investigación predominantemente cualitativo.³⁹ Los principales problemas de las evaluaciones por objetivos, en palabras de Xavier Ballart, se relacionan sobre todo con:

... la estrechez del modelo [...], dado que todo el proceso de evaluación se concentran en medir el grado en que se alcanzan un/unos pocos objetivos cuidadosamente identificados y seleccionados, mientras que no ofrece información sobre otros aspectos tan o más importantes para el proceso de planificación y decisión política. En este sentido, *las conclusiones de las evaluaciones se reducen a aspectos excesivamente técnicos y carecen de la sensibilidad necesaria para formular conclusiones en términos de implicaciones políticas más amplias.*⁴⁰

Además, es necesario mencionar que los resultados de las evaluaciones, con frecuencia, son ambiguos, pues los efectos detectados son pequeños: las variables controladas explican sólo una parte de la variación en los resultados y resulta difícil, por otra parte, generalizarlos a otras situaciones o programas. Todo esto se traduce en una cierta incapacidad de prescripción y, por tanto, de indicar con claridad qué curso de acción conviene tomar a los decisores políticos.

Ante las limitaciones de la evaluación por objetivos, con el propósito de justificar la evaluación de los cambios en la productividad de los servicios de salud derivados de la descentralización, objeto central de este trabajo, es necesario apuntar:

1. Aunque limitada, la evaluación es pertinente, pues uno de los problemas más severos de los servicios de salud son sus crecientes costos, en consecuencia, es necesario hallar los medios para contenerlos (incrementando la productividad, por ejemplo), sin que disminuya la calidad o efectividad de la atención a la salud. Como se mencionó en el

³⁹ X. Ballart, *op. cit.*, p. 147.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 151. Las cursivas son mías.

Capítulo II, el sector salud en los países en desarrollo, sobre todo en cuanto a los servicios para los no derechohabientes, se enfrenta al problema de hacer más con menos.

2. Aunque esta evaluación se concentra en evaluar la política descentralizadora de los servicios de salud con base en criterios de productividad, esto no significa que despre- cie otros criterios vitales para las políticas de salud en general como: cobertura, accesibilidad, calidad, efectividad ... Esta trabajo intenta contribuir a la evaluación permanente y cada vez más amplia de los componentes administrativos de las actividades del sector salud —en particular, la descentralización— la cual, desafortunadamente, muy pocos investigadores realizan.
3. En esta evaluación no se aspira a generar recomendaciones sobre los cursos de acción más convenientes para la política de descentralización del sector salud, sino a señalar los cambios en la productividad de los servicios que se generaron con el proceso descentralizador, con el propósito de mostrar que la limitada transferencia de poder de decisión, recursos humanos, financieros y materiales impidió que la descentralización generara, como en otras experiencias, mejores servicios para la población abierta o, por lo menos, más productivos.

El ejercicio de evaluación que se presentará se fundamenta en archivos administrativos, las bases de datos —las cuales se describirán más adelante— se construyeron con información de los *Boletines de Información Estadística* que primero editó la SSA (1982 - 1986) y después el Sistema Nacional de Salud (1987-1994). ¿Cuáles son las ventajas de los archivos administrativos para esta evaluación?⁴¹

1. Como el investigador no recopiló los datos, se ahorró no sólo tiempo y dinero, sino que además se evitaron cambios de comportamiento en las personas observadas

⁴¹ Las ventajas y desventajas de utilizar archivos administrativos se adaptaron de *Ibid.*, pp. 104 s.

2. Los archivos administrativos empleados son continuos, lo cual significa que garantizaron series temporales de datos para períodos de tiempo relativamente extensos (1982-1994) y, en consecuencia, permitieron análisis del tipo antes-después de la intervención.
3. Estos archivos contienen tal cantidad de información, que superan por mucho la muestra de observaciones que sería posible obtener a través de entrevistas, cuestionarios o de observación directa.

Sin embargo emplear archivos administrativos también tiene desventajas, en general, son las siguientes:

1. Tal vez estén incompletos, porque se haya perdido parte de la información a través del tiempo, los archivos no se mantengan al día o, quizá, los criterios aplicados no permitieron que se recopilaran los datos necesarios para la evaluación.
2. Los funcionarios que reúnen la información pueden voluntaria o involuntariamente falsear la información, con el propósito de conservar únicamente los datos que sean menos conflictivos para sus superiores.
3. En ocasiones, se prohíbe el acceso a los archivos, pues se considera que las investigaciones amenazan a grupos con intereses específicos.

No obstante, en el caso de esta tesis se puede afirmar que las ventajas superan los inconvenientes, especialmente porque existen series estadísticas completas, creadas y puestas al día por las diversas dependencias gubernamentales que prestan servicios de salud a la población abierta y derechohabiente en todo el país.

Con el propósito de evaluar los efectos de la descentralización de los servicios de salud sobre la productividad en la prestación de estos servicios se empleó el diseño “Series temporales interrumpidas con grupo de comparación” —descrito detalladamente en la primera parte de este capítulo— para el período 1982-1994.

Este período se seleccionó para retratar los efectos de la descentralización que en la mayoría de las experiencias se perciben en el mediano y largo plazo, pero también por las restricciones de información. El horizonte temporal es muy limitado, sin embargo, este

ejercicio de comparación resulta más valioso frente a la descentralización de los servicios de salud que ha emprendido el gobierno de Ernesto Zedillo, pues en el futuro podrá construirse un estudio para comparar los efectos de las descentralizaciones de los años ochenta y noventa.⁴²

En este momento, es necesario subrayar que el estado general de salud de la población no es resultado solamente de las acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras que desarrolla el sector, los resultados sustantivos del proceso de descentralización de los servicios están influidos también por la presencia, entre otros, de factores relacionados con los niveles de bienestar económico y social.

De tal manera, para tomar en cuenta estos factores —los cuales, desde luego, también influyen en la productividad de los servicios— y teniendo en mente que entre los principales objetivos de la descentralización se encontraba abatir las diferencias entre los servicios de salud para la población abierta y aquéllos para los derechohabientes (homologación) se realizaron dos evaluaciones. En la primera se comparó la productividad de los servicios de salud para la población abierta entre los estados descentralizados y los no descentralizados, en la segunda, entre los servicios para la población abierta y los servicios para los derechohabientes en todos los estados descentralizados.

La primera evaluación se realizó utilizando los servicios para población abierta de los catorce estados descentralizados como grupo cuasiexperimental (Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Sonora, Tabasco y Tlaxcala) y a los servicios de los diecisiete no descentralizados (Baja California, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas) como grupo de comparación. En adelante, me referiré a este ejercicio como *Evaluación descentralizados – no descentralizados*.

⁴² En las conclusiones de la tesis me detendré a examinar, por su importancia presente, las diferencias entre la política descentralizadora del Gobierno de Miguel de la Madrid y la actual de Ernesto Zedillo. Para una revisión detallada del nuevo esfuerzo descentralizador de los servicios de salud en México, véase mi trabajo, "Las perspectivas del Nuevo Federalismo: El Sector Salud. Las experiencias de Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí", México, CIDE, 1997. (Documento de Trabajo, DAP, en prensa).

DIAGRAMA 5

GRUPO DE COMPARACIÓN : SERVICIOS PARA POBLACIÓN ABIERTA EN LOS ESTADOS NO DESCENTRALIZADOS

Población abierta	Antes							Después						
DESCENTRALIZADOS	O ₁₉₈₂	O ₁₉₈₃	O ₁₉₈₄	O ₁₉₈₅	O ₁₉₈₆	O ₁₉₈₇	X	O ₁₉₈₈	O ₁₉₈₉	O ₁₉₉₀	O ₁₉₉₁	O ₁₉₉₂	O ₁₉₉₃	O ₁₉₉₄
NO DESCENTRALIZADOS	O ₁₉₈₂	O ₁₉₈₃	O ₁₉₈₄	O ₁₉₈₅	O ₁₉₈₆	O ₁₉₈₇		O ₁₉₈₈	O ₁₉₈₉	O ₁₉₉₀	O ₁₉₉₁	O ₁₉₉₂	O ₁₉₉₃	O ₁₉₉₄

Donde O representa las observaciones anuales y X intervención o programa.

En la segunda evaluación, los servicios para población abierta de los descentralizados también fueron el grupo cuasiexperimental y se utilizó como grupo de comparación los servicios para derechohabientes en los mismos estados. En adelante, me referiré a este ejercicio como *Evaluación abierta – derechohabiente*.

DIAGRAMA 6

GRUPO DE COMPARACIÓN : SERVICIOS PARA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE EN LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS

Descentralizados	Antes							Después						
P. ABIERTA	O ₁₉₈₂	O ₁₉₈₃	O ₁₉₈₄	O ₁₉₈₅	O ₁₉₈₆	O ₁₉₈₇	X	O ₁₉₈₈	O ₁₉₈₉	O ₁₉₉₀	O ₁₉₉₁	O ₁₉₉₂	O ₁₉₉₃	O ₁₉₉₄
P. DERECHOHABIENTE	O ₁₉₈₂	O ₁₉₈₃	O ₁₉₈₄	O ₁₉₈₅	O ₁₉₈₆	O ₁₉₈₇		O ₁₉₈₈	O ₁₉₈₉	O ₁₉₉₀	O ₁₉₉₁	O ₁₉₉₂	O ₁₉₉₃	O ₁₉₉₄

Donde O representa las observaciones anuales y X intervención o programa.

Estas aclaraciones y restricciones me permiten reiterar que la información analizada y las conclusiones distarán mucho de evaluar de manera integral el proceso de descentralización de los servicios de salud. A lo que esta comparación aspira es a señalar, primero, que el campo de investigación de este proceso es terreno virgen no sólo en cuanto a la productividad y la eficiencia, sino inclusive en cuanto a la decisión (aspectos que como mencioné en el Capítulo I son esenciales para comprender y explicar las políticas descentralizadoras), segundo, que las políticas descentralizadoras no se implementan en el vacío, sus resultados dependen del contexto político, social, económico ..., y, tercero, a generar recomendaciones útiles para otros procesos descentralizadores en cuanto a su relación con la productividad, y con las limitaciones que se mencionaron, con la eficiencia.

Cada evaluación se elaboró en dos fases, en la primera, se examinaron los servicios prestados y los recursos (humanos y/o materiales) que resultaron significativos en el aná-

lisis de datos de panel que se realizó, con el propósito de comparar las variaciones porcentuales anuales de los servicios prestados y de los recursos disponibles para los grupos cuasiexperimental y de comparación. En la segunda, se calcularon y analizaron once indicadores de productividad (insumo-producto).

2. EL ANÁLISIS DE LOS DATOS: VARIACIONES PORCENTUALES

Con los datos de los *Boletines de Información Estadística* de 1982 a 1994 se construyó una base de datos, registrando para cada entidad federativa y cada año, en el período 1982-1994, las veintidós variables del cuadro 3.

CUADRO 3
VARIABLES

RECURSOS MATERIALES	RECURSOS HUMANOS	SERVICIOS PRESTADOS
Unidades médicas (De consulta externa y de hospitalización general)	Personal médico en contacto directo con el paciente (generales, pediatras, gineco-obstetras)	Aplicación de biológicos
Camas censables	Médicos generales	Consultas otorgadas (generales + especializadas: ginecobstétricas y pediátricas)
Consultorios	Médicos especialistas	Atenciones odontológicas
Laboratorios	Odontólogos	Intervenciones quirúrgicas
Gabinets de radiología	Pasantes	Partos atendidos
Quirófanos	Personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento (análisis clínicos y estudios radiológicos)
Salas de expulsión		

Fuente: Elaborado por la autora

Estas variables se seleccionaron de acuerdo con: (1) el estudio de Myriam Cardozo,⁴³ (2) las recomendaciones de la OMS⁴⁴ y (3) de acuerdo a la disponibilidad de información. Además se consideraron dos criterios adicionales: incluir sólo los recursos y servicios de los niveles de atención pertinentes y, que los recursos (materiales, humanos) se encontraran estrechamente vinculados con los servicios prestados.

En los estudios de eficiencia, se trata de identificar la combinación que produce el mayor rendimiento con el mínimo de recursos, es decir lo más importante es identificar los insumos que han de seleccionarse entre las alternativas y la relación que tienen. Por ejemplo, un cierto número de pacientes puede atenderse por medio de varias combinaciones de horas-médico, horas-enfermera y equipo médico. Así, dice Donabedian, "el método más eficiente consiste en atender a un cierto número de pacientes con el mínimo de insumos o atender a más pacientes con los mismos insumos".⁴⁵ En este caso, los resultados de la comparación de estas variables permitirán determinar la relación que existe entre la evolución (crecimiento positivo o negativo) de los servicios prestados vinculados con los recursos humanos o materiales que son determinantes para producirlos.

En una fase posterior, la base de datos original —que en adelante llamaré del agregado (31 entidades)— se dividió en dos: estados descentralizados y no descentralizados. Así para examinar las relaciones entre servicios prestados, recursos humanos y materiales se emplearon tres grupos de datos: variables para 31 entidades, variables para los estados descentralizados y variables para los estados no descentralizados.

En consecuencia, para la *Evaluación descentralizados – no descentralizados* se calcularon las variaciones porcentuales del número de recursos y servicios para dos grupos:

1. POBLACIÓN ABIERTA – ESTADOS DESCENTRALIZADOS (Grupo cuasiexperimental)
2. POBLACIÓN ABIERTA – ESTADOS NO DESCENTRALIZADOS (Grupo de comparación)

⁴³ Entrevista con Myriam Cardozo, Cd. de México, noviembre 22 de 1995.

⁴⁴ *Evaluación de los programas de salud. Normas fundamentales para su aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud*, Ginebra, OMS, 1981, *passim*.

⁴⁵ Avedis Donabedian, *Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*, trad. por Beatriz Álvarez, México, Secretaría de Salud—Instituto Nacional de Salud Pública—Fondo de Cultura Económica, 1988, p. 298.

Para la *Evaluación abierta – derechohabiente* se calcularon las variaciones porcentuales del número de recursos y servicios para dos grupos:

1. POBLACIÓN ABIERTA – ESTADOS DESCENTRALIZADOS (Grupo cuasiexperimental)
2. POBLACIÓN DERECHOHABIENTE – ESTADOS DESCENTRALIZADOS (Grupo de comparación)

La selección de las variables utilizadas para analizar cada servicio prestado se realizó atendiendo a dos criterios:

1. Que la variable fuera significativa en el análisis de datos de panel en alguno de los siguientes casos: en el agregado y en los descentralizados, en el agregado y en los no descentralizados o, eventualmente, cuando se consideró interesante la variable para el servicio, fue suficiente que resultara significativa en el agregado.⁴⁶
2. Que el recurso humano o material constituyera un insumo indispensable para la prestación del servicio, por ejemplo, aunque gabinetes de radiología no resultó significativo para explicar la evolución del número de estudios radiológicos, se incluyó en el análisis.

⁴⁶ En el Apéndice B se explica detalladamente el procedimiento del análisis de datos de panel y se incluyen los reportes de las regresiones para cada caso.

CUADRO 4
ANÁLISIS DE LAS VARIABLES

SERVICIO PRESTADO	RECURSOS HUMANOS Y/O MATERIALES SIGNIFICATIVOS
Aplicación de biológicos	Personal médico Unidades médicas
Análisis clínicos	Consultorios Laboratorios Personal médico Quirófanos
Atenciones odontológicas	Consultorios Odontólogos
Consultas otorgadas	Consultorios Personal médico
Estudios radiológicos	Consultorios Gabinetes de radiología Personal médico Quirófanos
Intervenciones quirúrgicas	Consultorios Personal médico Quirófanos
Partos atendidos	Camas censables Personal médico Quirófanos Salas de expulsión Unidades médicas

Fuente: Elaborado por la autora con base en el análisis de datos de panel que se reporta en el Apéndice B.

Para facilitar el análisis se construyó para cada variable una sola serie temporal que representara al grupo correspondiente.⁴⁷ Por ejemplo, la serie 1982-1994 para los estados descentralizados en la variable unidades médicas se construyó de la siguiente manera:

⁴⁷ *Evaluación descentralizados – no descentralizados*: agregado, estados descentralizados o estados no descentralizados y para la *Evaluación abierta – derechohabiente*: estados descentralizados (población abierta) o estados descentralizados (población derechohabiente).

DIAGRAMA 7

 UNIDADES MÉDICAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACIÓN ABIERTA
 DE LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS (1982-1994)

UMA-DES ₁₉₈₂	=	UMA-AGS ₁₉₈₂ + UMA-COL ₁₉₈₂ . . . UMA-TAB ₁₉₈₂ + UMA-TLX ₁₉₈₂
UMA-DES ₁₉₈₃	=	UMA-AGS ₁₉₈₃ + UMA-COL ₁₉₈₃ . . . UMA-TAB ₁₉₈₃ + UMA-TLX ₁₉₈₃
UMA-DES ₁₉₈₄	=	UMA-AGS ₁₉₈₄ + UMA-COL ₁₉₈₄ . . . UMA-TAB ₁₉₈₄ + UMA-TLX ₁₉₈₄
UMA-DES ₁₉₈₅	=	UMA-AGS ₁₉₈₅ + UMA-COL ₁₉₈₅ . . . UMA-TAB ₁₉₈₅ + UMA-TLX ₁₉₈₅
UMA-DES ₁₉₈₆	=	UMA-AGS ₁₉₈₆ + UMA-COL ₁₉₈₆ . . . UMA-TAB ₁₉₈₆ + UMA-TLX ₁₉₈₆
UMA-DES ₁₉₈₇	=	UMA-AGS ₁₉₈₇ + UMA-COL ₁₉₈₇ . . . UMA-TAB ₁₉₈₇ + UMA-TLX ₁₉₈₇
UMA-DES ₁₉₈₈	=	UMA-AGS ₁₉₈₈ + UMA-COL ₁₉₈₈ . . . UMA-TAB ₁₉₈₈ + UMA-TLX ₁₉₈₈
UMA-DES ₁₉₈₉	=	UMA-AGS ₁₉₈₉ + UMA-COL ₁₉₈₉ . . . UMA-TAB ₁₉₈₉ + UMA-TLX ₁₉₈₉
UMA-DES ₁₉₉₀	=	UMA-AGS ₁₉₉₀ + UMA-COL ₁₉₉₀ . . . UMA-TAB ₁₉₉₀ + UMA-TLX ₁₉₉₀
UMA-DES ₁₉₉₁	=	UMA-AGS ₁₉₉₁ + UMA-COL ₁₉₉₁ . . . UMA-TAB ₁₉₉₁ + UMA-TLX ₁₉₉₁
UMA-DES ₁₉₉₂	=	UMA-AGS ₁₉₉₂ + UMA-COL ₁₉₉₂ . . . UMA-TAB ₁₉₉₂ + UMA-TLX ₁₉₉₂
UMA-DES ₁₉₉₃	=	UMA-AGS ₁₉₉₃ + UMA-COL ₁₉₉₃ . . . UMA-TAB ₁₉₉₃ + UMA-TLX ₁₉₉₃
UMA-DES ₁₉₉₄	=	UMA-AGS ₁₉₉₄ + UMA-COL ₁₉₉₄ . . . UMA-TAB ₁₉₉₄ + UMA-TLX ₁₉₉₄

Donde UMA representa unidades médicas para población abierta y DES estados descentralizados.

A continuación presentaré las series temporales de los servicios prestados seleccionados y de los recursos que resultaron significativos, con el propósito de destacar los cambios más llamativos en la evolución de las series. Es necesario recordar que los acuerdos de descentralización se firmaron en el período 1985-1987, en consecuencia, revisaré las tendencias previas para determinar las diferencias preexistentes a la descentralización entre los grupos cuasiexperimental y de comparación. Después de 1987, se compararán las tendencias para intentar detectar cambios que puedan atribuirse al proceso descentralizador.

Las herramientas más poderosas para determinar la productividad de los servicios de salud son, sin lugar a dudas, los once indicadores que se calcularon y se discuten más adelante. Sin embargo, hay servicios (aplicación de biológicos) y recursos (unidades médicas, camas censables) que son vitales para cualquier análisis sobre los servicios de salud de primero y segundo niveles, pero donde las condiciones para construir los indicadores no se presentan, es decir, no fue posible sustentar el papel central de estos recursos para producir alguno de los servicios analizados.

2A EVALUACIÓN DESCENTRALIZADOS – NO DESCENTRALIZADOS

1. Aplicación de biológicos (personal médico, unidades médicas)

Hasta antes de 1987, en aplicación de biológicos, sobresalen las variaciones porcentuales 1983-1984 y 1985-1986 en ambos grupos, sin embargo, la variación de personal médico, pero sobre todo de unidades médicas favorece al grupo de estados descentralizados (cuadro 5). Es decir, el crecimiento en el número de servicios (aplicación de biológicos) fue similar en ambos grupos, pero los descentralizados tuvieron más recursos, en consecuencia, los estados no descentralizados, hasta antes de 1987, eran más productivos que los descentralizados en este rubro.

Después de 1987, llaman la atención los incrementos en el número de biológicos aplicados en 1989-1990 y 1991-1992 que son semejantes en ambos grupos, lo más interesante, sin embargo es que el incremento de personal médico y unidades médicas es muy superior en los estados no descentralizados que en los descentralizados. Así, después de 1987, los estados descentralizados incrementaron sus servicios prestados en el mismo porcentaje que los descentralizados, pero con menos recursos.

Lo más interesante es que, durante todo el período estudiado, la serie aplicación de biológicos sigue un patrón evolutivo similar en ambos grupos, tanto en la magnitud de las variaciones como en su signo (crecimientos o disminuciones). Como se mencionó en el Capítulo II, una de las preocupaciones más importantes de los creadores del Sistema Nacional de Salud era reivindicar la medicina preventiva. Las disminuciones en el número de biológicos aplicados en todo el país entre 1992 y 1994 son, en consecuencia, alarmantes.

2. Análisis clínicos (consultorios, laboratorios, personal médico, quirófanos)

Hasta antes de 1987, como muestra el cuadro 6, la serie análisis clínicos tiene, en los dos grupos, un comportamiento muy parecido, tanto en magnitudes como en dirección, después de 1987, sobresale el enorme salto (superior a 40%) entre 1991 y 1992. En cambio, la evolución del número de consultorios, laboratorios y quirófanos es muy distinta en cada caso. Por ejemplo, la serie consultorios es muy accidentada en los descentralizados (saltos

CUADRO 5
APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS Y RECURSOS SIGNIFICATIVOS

1. Estados descentralizados

Año	Aplicación de biológicos		Personal médico		Unidades médicas	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	3386564	n.a.	4585	n.a.	2658	n.a.
1983	3593835	6.1	4358	-5.0	2658	0.0
1984	6940292	93.1	6309	44.8	2457	-7.6
1985	8156622	17.5	8409	33.3	3087	25.6
1986	14115392	73.1	9354	11.2	3115	0.9
1987	15556950	10.2	9733	4.1	3352	7.6
1988	16231994	4.3	10513	8.0	3651	8.9
1989	16632768	2.5	10667	1.5	3828	4.8
1990	21950039	32.0	10239	-4.0	3681	-3.8
1991	22631817	3.1	11321	10.6	3837	4.2
1992	27260266	20.5	13477	19.0	3932	2.5
1993	23502264	-13.8	14445	7.2	4030	2.5
1994	18192704	-22.6	16059	11.2	4119	2.2

2. Estados no descentralizados

Año	Aplicación de biológicos		Personal médico		Unidades médicas	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	4435180	n.a.	5943	n.a.	3942	n.a.
1983	4428566	-0.1	5438	-8.5	4009	1.7
1984	13013679	193.9	7353	35.2	4095	2.1
1985	13359779	2.7	8204	11.6	4259	4.0
1986	19665636	47.2	8493	3.5	4511	5.9
1987	18625165	-5.3	9718	14.4	4583	1.6
1988	19095036	2.5	10258	5.6	4745	3.5
1989	19347555	1.3	10379	1.2	5237	10.4
1990	25705720	32.9	10906	5.1	5814	11.0
1991	25937904	0.9	14080	29.1	6193	6.5
1992	31370308	20.9	15446	9.7	6408	3.5
1993	28815931	-8.1	15764	2.1	6419	0.2
1994	23638081	-18.0	17704	12.3	6834	6.5

Fuente: Elaborado por la autora con datos de *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes.

CUADRO 6

ANÁLISIS CLÍNICOS Y RECURSOS SIGNIFICATIVOS

1. Estados descentralizados

Año	Análisis clínicos		Consultorios		Laboratorios		Personal médico		Quirófanos	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	2622459	n.a.	4516	n.a.	179	n.a.	4585	n.a.	195	n.a.
1983	2658211	1.4	4471	-1.0	191	6.7	4358	-5.0	201	3.1
1984	2539216	-4.5	4365	-2.4	173	-9.4	6309	44.8	155	-22.9
1985	3107312	22.4	5489	25.8	212	22.5	8409	33.3	205	32.3
1986	3683768	18.6	5482	-0.1	197	-7.1	9354	11.2	197	-3.9
1987	3633080	-1.4	6383	16.4	205	4.1	9733	4.1	213	8.1
1988	3931389	8.2	6310	-1.1	226	10.2	10513	8.0	235	10.3
1989	4725906	20.2	6802	7.8	353	56.2	10667	1.5	255	8.5
1990	5672653	20.0	6819	0.2	506	43.3	10239	-4.0	208	-18.4
1991	6579408	16.0	7231	6.0	207	-59.1	11321	10.6	268	28.8
1992	9447236	43.6	7656	5.9	296	43.0	13477	19.0	347	29.5
1993	8754739	-7.3	8004	4.5	298	0.7	14445	7.2	381	9.8
1994	10238032	16.9	8413	5.1	328	10.1	16059	11.2	381	0.0

2. Estados no descentralizados

Año	Análisis clínicos		Consultorios		Laboratorios		Personal médico		Quirófanos	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	2604965	n.a.	5472	n.a.	254	n.a.	5943	n.a.	235	n.a.
1983	2836082	8.9	5491	0.3	259	2.0	5438	-8.5	275	17.0
1984	2785404	-1.8	5772	5.1	237	-8.5	7353	35.2	247	-10.2
1985	3261908	17.1	6153	6.6	263	11.0	8204	11.6	259	4.9
1986	3597499	10.3	6543	6.3	269	2.3	8493	3.5	263	1.5
1987	3415408	-5.1	6911	5.6	280	4.1	9718	14.4	248	-5.7
1988	3619492	6.0	6851	-0.9	262	-6.4	10258	5.6	250	0.8
1989	4442349	22.7	7794	13.8	298	13.7	10379	1.2	269	7.6
1990	5161609	16.2	8357	7.2	335	12.4	10906	5.1	202	-24.9
1991	6530184	26.5	9030	8.1	231	-31.0	14080	29.1	380	88.1
1992	8111820	24.2	9336	3.4	323	39.8	15446	9.7	429	12.9
1993	8811809	8.6	9682	3.7	337	4.3	15764	2.1	431	0.5
1994	10152283	15.2	10517	8.6	369	9.5	17704	12.3	473	9.7

Fuente: Elaborado por la autora con datos de Boletín de Información Estadística de los años correspondientes.

pronunciados, además de altas y bajas), en comparación, con el comportamiento regular de la serie en los no descentralizados.

El único recurso que en los dos grupos presenta un comportamiento semejante es personal médico: incrementos muy importantes entre 1983 y 1985, además de otros notorios, pero más modestos, entre 1991 y 1992. Las variaciones porcentuales más grandes se presentan en los recursos de los estados descentralizados, con excepción del crecimiento de cerca de 90% (1990-1991) en el número de quirófanos de los estados no descentralizados.

Por el momento, es posible afirmar que en cuanto a los análisis clínicos y la aplicación de biológicos no hay diferencias importantes entre los dos grupos: el número de estos servicios crece o decrece en los mismos años y en montos similares, antes y después del proceso descentralizador.

3. Atenciones odontológicas (consultorios, odontólogos)

En el grupo de estados descentralizados, la serie atenciones odontológicas presenta una evolución muy distinta a los no descentralizados, antes y después de 1987, no obstante, ambos comparten la pronunciada caída de 1987-1988 (cuadro 7). También llama la atención la importante disminución del número de odontólogos en ambos grupos para el período 1988-1989, tal vez derivada de la crisis económica nacional de esos años.

En cuanto a las atenciones odontológicas, la descentralización no se tradujo en más recursos (los cuales podrían derivarse de una administración más cercana a los problemas, que reasignara los dineros), pero tampoco en incrementos notorios de los servicios prestados, lo cual si se mantuvieran constantes los recursos existentes podría interpretarse como aumentos en la productividad.

4. Consultas otorgadas (consultorios, personal médico)

La serie de este servicio tiene un comportamiento muy parecido en los dos grupos, sin embargo en 1985-1986 y 1986-1987 es más notable el crecimiento en los estados descentralizados, pero también la caída de 1987-1988 (cuadro 8). En cuanto al personal médico, creció sustancialmente en el período 1983-1985, pero sólo en el caso de los descentrali-

CUADRO 7
ATENCIÓNES ODONTOLÓGICAS Y RECURSOS SIGNIFICATIVOS

1. Estados descentralizados

Año	Atenciones odontológicas		Consultorios		Odontólogos	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	2759481	n.a.	4516	n.a.	640	n.a.
1983	3121884	13.1	4471	-1.0	680	6.3
1984	2768706	-11.3	4365	-2.4	792	16.5
1985	3342291	20.7	5489	25.8	1143	44.3
1986	3516995	5.2	5482	-0.1	1197	4.7
1987	5166001	46.9	6383	16.4	1212	1.3
1988	1037719	-79.9	6310	-1.1	1271	4.9
1989	1083524	4.4	6802	7.8	728	-42.7
1990	1099973	1.5	6819	0.2	698	-4.1
1991	1199776	9.1	7231	6.0	833	19.3
1992	1355824	13.0	7656	5.9	917	10.1
1993	1398857	3.2	8004	4.5	953	3.9
1994	1495542	6.9	8413	5.1	1010	6.0

2. Estados no descentralizados

Año	Atenciones odontológicas		Consultorios		Odontólogos	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	1614380	n.a.	5472	n.a.	483	n.a.
1983	1779470	10.2	5491	0.3	595	23.2
1984	1815683	2.0	5772	5.1	788	32.4
1985	2204857	21.4	6153	6.6	998	26.6
1986	2502980	13.5	6543	6.3	1005	0.7
1987	2548258	1.8	6911	5.6	883	-12.1
1988	1028993	-59.6	6851	-0.9	1051	19.0
1989	1071909	4.2	7794	13.8	429	-59.2
1990	1097495	2.4	8357	7.2	497	15.9
1991	1124707	2.5	9030	8.1	559	12.5
1992	1179961	4.9	9336	3.4	738	32.0
1993	1352873	14.7	9682	3.7	674	-8.7
1994	1493168	10.4	10517	8.6	850	26.1

Fuente: Elaborado por la autora con datos de *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes.

CUADRO 8
CONSULTAS OTORGADAS Y RECURSOS SIGNIFICATIVOS

1. Estados descentralizados

Año	Consultas otorgadas		Consultorios		Personal médico	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	9387966	n.a.	4516	n.a.	4585	n.a.
1983	9777671	4.2	4471	-1.0	4358	-5.0
1984	8621818	-11.8	4365	-2.4	6309	44.8
1985	9805159	13.7	5489	25.8	8409	33.3
1986	14831093	51.3	5482	-0.1	9354	11.2
1987	18690461	26.0	6383	16.4	9733	4.1
1988	14241840	-23.8	6310	-1.1	10513	8.0
1989	15914866	11.7	6802	7.8	10667	1.5
1990	15878186	-0.2	6819	0.2	10239	-4.0
1991	17452807	9.9	7231	6.0	11321	10.6
1992	19487562	11.7	7656	5.9	13477	19.0
1993	20193623	3.6	8004	4.5	14445	7.2
1994	21323935	5.6	8413	5.1	16059	11.2

2. Estados no descentralizados

Año	Consultas otorgadas		Consultorios		Personal médico	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	10727193	n.a.	5472	n.a.	5943	n.a.
1983	10584234	-1.3	5491	0.3	5438	-8.5
1984	10979024	3.7	5772	5.1	7353	35.2
1985	11767515	7.2	6153	6.6	8204	11.6
1986	15960121	35.6	6543	6.3	8493	3.5
1987	16771666	5.1	6911	5.6	9718	14.4
1988	15795606	-5.8	6851	-0.9	10258	5.6
1989	17031283	7.8	7794	13.8	10379	1.2
1990	18178160	6.7	8357	7.2	10906	5.1
1991	19805745	9.0	9030	8.1	14080	29.1
1992	21308977	7.6	9336	3.4	15446	9.7
1993	22509824	5.6	9682	3.7	15764	2.1
1994	24580391	9.2	10517	8.6	17704	12.3

Fuente: Elaborado por la autora con datos de *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes.

zados se tradujo en incrementos importantes en el número de consultas otorgadas (1985-1987).

Después de 1987, el número de consultorios creció paulatinamente en ambos grupos, pero hasta 1994 el incremento era superior para los estados descentralizados. La relación consultas otorgadas – consultorios se aclara enormemente con el indicador que se discute más adelante, por el momento, no es posible hacer afirmaciones contundentes sobre la productividad de los consultorios y el personal médico, en cuanto a consultas otorgadas.

5. Estudios radiológicos (consultorios, gabinetes de radiología, personal médico, quirófanos)

En la serie estudios radiológicos del cuadro 9, las evoluciones de los grupos no se parecen, pues como puede observarse hay diferencias importantes tanto en magnitud como en signo. Entre 1988 y 1994, crecen el servicio y sus recursos significativos, pero en todos los casos la variación porcentual es superior en los estados no descentralizados. Estas pequeñas diferencias entre los incrementos de los servicios y los recursos no permiten formular conclusiones firmes sobre cuáles estados son más productivos para realizar estudios radiológicos.

6. Intervenciones quirúrgicas (consultorios, personal médico, quirófanos)

Las series de intervenciones quirúrgicas tampoco siguen un patrón de cambio similar. Antes de 1987, las variaciones más significativas se localizan en los estados descentralizados, después de la descentralización, entre 1990 y 1992, ambos grupos incrementan notoriamente su número de intervenciones quirúrgicas con una clara superioridad de los no descentralizados (cuadro 10).

En cuanto a los recursos significativos, en ambos grupos, llaman especialmente la atención los incrementos en el número de médicos entre 1983 y 1985, que quizás se explica por la necesidad de completar las plantillas de las unidades de consulta externa y hospitalización general, las cuales operaban sólo con pasantes en las comunidades alejadas.

CUADRO 9
ESTUDIOS RADIOLÓGICOS Y RECURSOS SIGNIFICATIVOS

1. Estados descentralizados

Año	Estudios radiológicos		Consultorios		Gabinetes de radiología		Personal médico		Quirófanos	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	239084	n.a.	4516	n.a.	145	n.a.	4585	n.a.	195	n.a.
1983	195651	-18.2	4471	-1.0	142	-2.1	4358	-5.0	201	3.1
1984	206653	5.6	4365	-2.4	144	1.4	6309	44.8	155	-22.9
1985	243020	17.6	5489	25.8	215	49.3	8409	33.3	205	32.3
1986	374037	53.9	5482	-0.1	209	-2.8	9354	11.2	197	-3.9
1987	333125	-10.9	6383	16.4	216	3.3	9733	4.1	213	8.1
1988	361139	8.4	6310	-1.1	258	19.4	10513	8.0	235	10.3
1989	456452	26.4	6802	7.8	319	23.6	10667	1.5	255	8.5
1990	557814	22.2	6819	0.2	264	-17.2	10239	-4.0	208	-18.4
1991	609530	9.3	7231	6.0	294	11.4	11321	10.6	268	28.8
1992	930276	52.6	7656	5.9	338	15.0	13477	19.0	347	29.5
1993	870266	-6.5	8004	4.5	304	-10.1	14445	7.2	381	9.8
1994	1061670	22.0	8413	5.1	353	16.1	16059	11.2	381	0.0

2. Estados no descentralizados

Año	Estudios radiológicos		Consultorios		Gabinetes de radiología		Personal médico		Quirófanos	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	284749	n.a.	5472	n.a.	171	n.a.	5943	n.a.	235	n.a.
1983	309210	8.6	5491	0.3	173	1.2	5438	-8.5	275	17.0
1984	284777	-7.9	5772	5.1	142	-17.9	7353	35.2	247	-10.2
1985	381758	34.1	6153	6.6	201	41.5	8204	11.6	259	4.9
1986	432886	13.4	6543	6.3	219	9.0	8493	3.5	263	1.5
1987	427624	-1.2	6911	5.6	210	-4.1	9718	14.4	248	-5.7
1988	450902	5.4	6851	-0.9	219	4.3	10258	5.6	250	0.8
1989	548047	21.5	7794	13.8	237	8.2	10379	1.2	269	7.6
1990	585971	6.9	8357	7.2	235	-0.8	10906	5.1	202	-24.9
1991	737054	25.8	9030	8.1	251	6.8	14080	29.1	380	88.1
1992	919579	24.8	9336	3.4	307	22.3	15446	9.7	429	12.9
1993	948426	3.1	9682	3.7	315	2.6	15764	2.1	431	0.5
1994	1116152	17.7	10517	8.6	374	18.7	17704	12.3	473	9.7

Fuente: Elaborado por la autora con datos de *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes.

CUADRO 10

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y RECURSOS SIGNIFICATIVOS

1. Estados descentralizados

Año	Intervenciones quirúrgicas		Consultorios		Personal médico		Quirófanos	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	72254	n.a.	4516	n.a.	4585	n.a.	195	n.a.
1983	71000	-1.7	4471	-1.0	4358	-5.0	201	3.1
1984	69097	-2.7	4365	-2.4	6309	44.8	155	-22.9
1985	83590	21.0	5489	25.8	8409	33.3	205	32.3
1986	82109	-1.8	5482	-0.1	9354	11.2	197	-3.9
1987	123722	50.7	6383	16.4	9733	4.1	213	8.1
1988	132681	7.2	6310	-1.1	10513	8.0	235	10.3
1989	142289	7.2	6802	7.8	10667	1.5	255	8.5
1990	158354	11.3	6819	0.2	10239	-4.0	208	-18.4
1991	193165	22.0	7231	6.0	11321	10.6	268	28.8
1992	239807	24.1	7656	5.9	13477	19.0	347	29.5
1993	239996	0.1	8004	4.5	14445	7.2	381	9.8
1994	291687	21.5	8413	5.1	16059	11.2	381	0.0

2. Estados no descentralizados

Año	Intervenciones quirúrgicas		Consultorios		Personal médico		Quirófanos	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	88605	n.a.	5472	n.a.	5943	n.a.	235	n.a.
1983	90833	2.5	5491	0.3	5438	-8.5	275	17.0
1984	93230	2.6	5772	5.1	7353	35.2	247	-10.2
1985	109887	17.9	6153	6.6	8204	11.6	259	4.9
1986	115777	5.4	6543	6.3	8493	3.5	263	1.5
1987	126103	8.9	6911	5.6	9718	14.4	248	-5.7
1988	134779	6.9	6851	-0.9	10258	5.6	250	0.8
1989	143438	6.4	7794	13.8	10379	1.2	269	7.6
1990	151740	5.8	8357	7.2	10906	5.1	202	-24.9
1991	217192	43.1	9030	8.1	14080	29.1	380	88.1
1992	298060	37.2	9336	3.4	15446	9.7	429	12.9
1993	286985	-3.7	9682	3.7	15764	2.1	431	0.5
1994	321604	12.1	10517	8.6	17704	12.3	473	9.7

Fuente: Elaborado por la autora con datos de *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes.

La productividad de los quirófanos se aclarará con el indicador intervenciones quirúrgicas / quirófanos, sin embargo, para las relaciones entre intervenciones y consultorios o intervenciones y personal médico, la revisión de las variaciones porcentuales parece señalar que la descentralización no significó cambios notorios en cuanto a cómo se decide la construcción de infraestructura o la contratación de personal. Por ejemplo, el único decremento en la serie consultorios ocurre entre 1987-1988 en ambos casos, además la mayor variación porcentual ocurre entre 1988 y 1989 también para los dos grupos. Finalmente, en 1991, se presenta para los estados descentralizados y no descentralizados el mayor aumento en el número de médicos de los servicios estatales (19 y 29% respectivamente).

7. Partos atendidos (camas censables, personal médico, quirófanos, salas de expulsión, unidades médicas)

En la serie partos atendidos del cuadro 11, los estados descentralizados y descentralizados se comportan de formas muy distintas. Sin embargo, tres de los recursos significativos (personal médico, quirófanos y salas de expulsión) todavía conservan muchas similitudes entre ambos grupos antes y después de 1987, pues comparten la magnitud y la dirección de casi todas sus variaciones porcentuales anuales.

Camas censables y unidades médicas son series con evoluciones muy distintas para cada caso. Por ejemplo, en 1984-1985, el grupo de estados no descentralizados registró una variación porcentual del número de camas censables que supera en más del doble la de los descentralizados para el mismo período.

En ambos grupos, el crecimiento de las unidades médicas registraba incrementos similares antes de la descentralización, en el período 1982-1986 aumentaron 17.2% en los descentralizados y 14.4% en los no descentralizados, en ese lapso, el número de partos atendidos creció 34.7% y 14.0% respectivamente.

En cambio, entre 1987 y 1994, las unidades médicas de los descentralizados crecieron 22.8% y las de los no descentralizados casi 50%. La serie partos atendidos muestra en el mismo período, sin embargo, crecimientos muy cercanos para ambos grupos, 83.9% para los descentralizados y 82.5%. Estos últimos datos parecerían indicar que los estados descentralizados están aprovechando mejor los recursos disponibles, por lo menos para aten-

CUADRO 11

PARTOS ATENDIDOS Y RECURSOS SIGNIFICATIVOS

1. Estados descentralizados

Año	Partos atendidos		Camas censables		Personal médico		Quirófanos		Salas de expulsión		Unidades médicas	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	94816	n.a.	6896	n.a.	4585	n.a.	195	n.a.	1036	n.a.	2658	n.a.
1983	106943	12.8	6769	-1.8	4358	-5.0	201	3.1	762	-26.4	2658	0.0
1984	97401	-8.9	7319	8.1	6309	44.8	155	-22.9	951	24.8	2457	-7.6
1985	109898	12.8	8240	12.6	8409	33.3	205	32.3	1256	32.1	3087	25.6
1986	127747	16.2	7874	-4.4	9354	11.2	197	-3.9	1478	17.7	3115	0.9
1987	140227	9.8	8439	7.2	9733	4.1	213	8.1	1520	2.8	3352	7.6
1988	155813	11.1	9056	7.3	10513	8.0	235	10.3	1723	13.4	3651	8.9
1989	162163	4.1	9765	7.8	10667	1.5	255	8.5	1801	4.5	3828	4.8
1990	182766	12.7	9260	-5.2	10239	-4.0	208	-18.4	795	-55.9	3681	-3.8
1991	188353	3.1	9996	7.9	11321	10.6	268	28.8	1902	139.2	3837	4.2
1992	226926	20.5	11972	19.8	13477	19.0	347	29.5	2210	16.2	3932	2.5
1993	229237	1.0	12918	7.9	14445	7.2	381	9.8	2277	3.0	4030	2.5
1994	257917	12.5	13150	1.8	16059	11.2	381	0.0	2490	9.4	4119	2.2

2. Estados no descentralizados

Año	Partos atendidos		Camas censables		Personal médico		Quirófanos		Salas de expulsión		Unidades médicas	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	124785	n.a.	6046	n.a.	5943	n.a.	235	n.a.	1204	n.a.	3942	n.a.
1983	137521	10.2	6385	5.6	5438	-8.5	275	17.0	1117	-7.2	4009	1.7
1984	128384	-6.6	6117	-4.2	7353	35.2	247	-10.2	1282	14.8	4095	2.1
1985	147422	14.8	7950	30.0	8204	11.6	259	4.9	1326	3.4	4259	4.0
1986	142282	-3.5	8456	6.4	8493	3.5	263	1.5	1419	7.0	4511	5.9
1987	189508	33.2	7932	-6.2	9718	14.4	248	-5.7	1438	1.3	4583	1.6
1988	184695	-2.5	7316	-7.8	10258	5.6	250	0.8	1529	6.3	4745	3.5
1989	201312	9.0	7644	4.5	10379	1.2	269	7.6	1499	-2.0	5237	10.4
1990	218370	8.5	8377	9.6	10906	5.1	202	-24.9	905	-39.6	5814	11.0
1991	257890	18.1	12130	44.8	14080	29.1	380	88.1	1813	100.3	6193	6.5
1992	294992	14.4	12995	7.1	15446	9.7	429	12.9	2053	13.2	6408	3.5
1993	319096	8.2	12624	-2.9	15764	2.1	431	0.5	2085	1.6	6419	0.2
1994	345998	8.4	13354	5.8	17704	12.3	473	9.7	2235	7.2	6834	6.5

Fuente: Elaborado por la autora con datos de Boletín de Información Estadística de los años correspondientes.

der partos, que los no descentralizados, sin embargo, al examinar el período previo a la descentralización se descubre que este comportamiento ya existía, en consecuencia, no es posible atribuirlo al proceso descentralizador.

El análisis de variaciones porcentuales en la *Evaluación descentralizados – no descentralizados* ha mostrado que en la evolución de los servicios prestados y los recursos existentes, la descentralización no generó cambios significativos en el comportamiento de los estados que participaron en el proceso. Como se ha expuesto el grupo cuasiexperimental y el de comparación muestran antes y después de la descentralización comportamientos muy semejantes, tanto en la magnitud de las variaciones, como en su dirección.

2B EVALUACIÓN ABIERTA – DERECHOHABIENTE

El análisis de variaciones porcentuales para esta segunda evaluación no será tan útil para detectar si la descentralización tuvo efectos sobre los servicios prestados o los recursos existentes, en realidad, lo más importante es señalar —como se mencionó en el segundo capítulo— que los servicios para población abierta y derechohabiente son distintos en la naturaleza de sus usuarios, pero también por los recursos que gastan por paciente y por el trato hacia su personal. Sin embargo, en el análisis de indicadores, la *Evaluación abierta - derechohabiente* mostrará información muy reveladora sobre la posibilidad de desaparecer los servicios para población abierta y crear más organizaciones dedicadas a la seguridad social. Asimismo, permitirá comprobar si la descentralización logró —como anunció la Secretaría de Salud— desvanecer, o por lo menos reducir, las diferencias que existían entre los servicios de salud para derechohabientes y los de población abierta.

1. Aplicación de biológicos (personal médico, unidades médicas)

Como se ha mencionado en varias ocasiones a lo largo de la tesis, durante los años ochenta, la reforma a la salud pública mexicana presentó como uno de sus objetivos centrales cambiar el énfasis de los servicios de salud de la medicina curativa hacia la medicina preventiva, no sólo por las consideraciones morales de evitar el sufrimiento de los enfermos y sus familias, sino porque en términos económicos prevenir la enfermedad es

menos costoso que curarla. En ese sentido resulta muy preocupante que, en el período 1991-1994, la aplicación de biológicos haya disminuido casi 20% en los servicios de salud para población abierta de los estados descentralizados y 23.7% en los servicios para derechohabientes en el mismo grupo (cuadro 12).

2. Análisis clínicos (consultorios, laboratorios, personal médico, quirófanos)

El análisis de la serie análisis clínicos y de sus recursos significativos no revela un patrón que relacione los servicios para población abierta y derechohabiente y tampoco muestra diferencias entre los grupos antes y después de la descentralización (cuadro 13). En algunos años presentan variaciones porcentuales similares, en otros, mientras el grupo que atiende a población abierta crece enormemente en personal médico, los servicios para derechohabientes decrecen en el mismo rubro... En fin, esta comparación revela nuevamente las enormes diferencias que parecen persistir en ambos grupos de servicios, las cuales la descentralización no logró disminuir.

3. Atenciones odontológicas (consultorios, odontólogos)

Estas series también muestran las grandes diferencias que todavía persisten en los servicios de salud para universos cerrados y abiertos (cuadro 14). La importante caída en el número de odontólogos en 1988-1989 y que en la *Evaluación descentralizados - no descentralizados* pensé atribuir a la crisis económica; tiene una explicación más compleja pues en el mismo período el número de odontólogos de los servicios para población derechohabiente en los estados descentralizados creció casi 16%.

4. Consultas otorgadas (consultorios, personal médico)

Nuevamente destacan las diferencias preexistentes al proceso de descentralización entre los grupos: los servicios para población abierta registraron variaciones porcentuales positivas y muy importantes entre 1983 y 1985 en su número de médicos, mientras que en los servicios para derechohabientes disminuyó el número en el mismo lapso (cuadro 15). Diferencias que siguen presentes después del proceso: en el período 1991-1994, el número

CUADRO 12
APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS Y RECURSOS SIGNIFICATIVOS

1. Población abierta

Año	Aplicación de biológicos		Personal médico		Unidades médicas	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	3386564	n.a.	4585	n.a.	2658	n.a.
1983	3593835	6.1	4358	-5.0	2658	0.0
1984	6940292	93.1	6309	44.8	2457	-7.6
1985	8156622	17.5	8409	33.3	3087	25.6
1986	14115392	73.1	9354	11.2	3115	0.9
1987	15556950	10.2	9733	4.1	3352	7.6
1988	16231994	4.3	10513	8.0	3651	8.9
1989	16632768	2.5	10667	1.5	3828	4.8
1990	21950039	32.0	10239	-4.0	3681	-3.8
1991	22631817	3.1	11321	10.6	3837	4.2
1992	27260266	20.5	13477	19.0	3932	2.5
1993	23502264	-13.8	14445	7.2	4030	2.5
1994	18192704	-22.6	16059	11.2	4119	2.2

2. Población derechohabiente

Año	Aplicación de biológicos		Personal médico		Unidades médicas	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	8731223	n.a.	10183	n.a.	989	n.a.
1983	10945353	25.4	10819	6.2	965	-2.4
1984	9537344	-12.9	10345	-4.4	945	-2.1
1985	10155189	6.5	9951	-3.8	991	4.9
1986	8492967	-16.4	11472	15.3	991	0.0
1987	10028390	18.1	13117	14.3	943	-4.8
1988	10331299	3.0	14010	6.8	1075	14.0
1989	10765255	4.2	14848	6.0	1124	4.6
1990	11818712	9.8	15756	6.1	1150	2.3
1991	16742370	41.7	17668	12.1	1199	4.3
1992	12756355	-23.8	17336	-1.9	1231	2.7
1993	14140506	10.9	18389	6.1	1319	7.1
1994	12765746	-9.7	19687	7.1	1306	-1.0

Fuente: Elaborado por la autora con datos de *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes.

CUADRO 13

ANÁLISIS CLÍNICOS Y RECURSOS SIGNIFICATIVOS

1. Población abierta

Año	Análisis clínicos		Consultorios		Laboratorios		Personal médico		Quirófanos	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	2622459	n.a.	4516	n.a.	179	n.a.	4585	n.a.	195	n.a.
1983	2658211	1.4	4471	-1.0	191	6.7	4358	-5.0	201	3.1
1984	2539216	-4.5	4365	-2.4	173	-9.4	6309	44.8	155	-22.9
1985	3107312	22.4	5489	25.8	212	22.5	8409	33.3	205	32.3
1986	3683768	18.6	5482	-0.1	197	-7.1	9354	11.2	197	-3.9
1987	3633080	-1.4	6383	16.4	205	4.1	9733	4.1	213	8.1
1988	3931389	8.2	6310	-1.1	226	10.2	10513	8.0	235	10.3
1989	4725906	20.2	6802	7.8	353	56.2	10667	1.5	255	8.5
1990	5672653	20.0	6819	0.2	506	43.3	10239	-4.0	208	-18.4
1991	6579408	16.0	7231	6.0	207	-59.1	11321	10.6	268	28.8
1992	9447236	43.6	7656	5.9	296	43.0	13477	19.0	347	29.5
1993	8754739	-7.3	8004	4.5	298	0.7	14445	7.2	381	9.8
1994	10238032	16.9	8413	5.1	328	10.1	16059	11.2	381	0.0

2. Población derechohabiente

Año	Análisis clínicos		Consultorios		Laboratorios		Personal médico		Quirófanos	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	12981599	n.a.	3649	n.a.	141	n.a.	10183	n.a.	271	n.a.
1983	14359413	10.6	3786	3.8	139	-1.4	10819	6.2	287	5.9
1984	15528015	8.1	3915	3.4	142	2.2	10345	-4.4	295	2.8
1985	16188751	4.3	3992	2.0	145	2.1	9951	-3.8	313	6.1
1986	16882632	4.3	4175	4.6	151	4.1	11472	15.3	310	-1.0
1987	21462721	27.1	5056	21.1	172	13.9	13117	14.3	334	7.7
1988	22681724	5.7	5674	12.2	187	8.7	14010	6.8	364	9.0
1989	25205638	11.1	5784	1.9	194	3.7	14848	6.0	407	11.8
1990	29261006	16.1	5976	3.3	205	5.7	15756	6.1	424	4.2
1991	31999428	9.4	6211	3.9	204	-0.5	17668	12.1	425	0.2
1992	32448225	1.4	6752	8.7	57	-72.1	17336	-1.9	457	7.5
1993	34212558	5.4	7138	5.7	246	331.6	18389	6.1	493	7.9
1994	35903706	4.9	7714	8.1	262	6.5	19687	7.1	522	5.9

Fuente: Elaborado por la autora con datos de Boletín de Información Estadística de los años correspondientes.

CUADRO 14
ATENCIÓNES ODONTOLÓGICAS Y RECURSOS SIGNIFICATIVOS

1. Población abierta

Año	Atenciones odontológicas		Consultorios		Odontólogos	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	2759481	n.a.	4516	n.a.	640	n.a.
1983	3121884	13.1	4471	-1.0	680	6.3
1984	2768706	-11.3	4365	-2.4	792	16.5
1985	3342291	20.7	5489	25.8	1143	44.3
1986	3516995	5.2	5482	-0.1	1197	4.7
1987	5166001	46.9	6383	16.4	1212	1.3
1988	1037719	-79.9	6310	-1.1	1271	4.9
1989	1083524	4.4	6802	7.8	728	-42.7
1990	1099973	1.5	6819	0.2	698	-4.1
1991	1199776	9.1	7231	6.0	833	19.3
1992	1355824	13.0	7656	5.9	917	10.1
1993	1398857	3.2	8004	4.5	953	3.9
1994	1495542	6.9	8413	5.1	1010	6.0

2. Población derechohabiente

Año	Atenciones odontológicas		Consultorios		Odontólogos	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	1035260	n.a.	3649	n.a.	389	n.a.
1983	1264141	22.1	3786	3.8	387	-0.5
1984	1246514	-1.4	3915	3.4	378	-2.3
1985	1256334	0.8	3992	2.0	389	2.9
1986	1288454	2.6	4175	4.6	595	53.0
1987	1649314	28.0	5056	21.1	625	5.0
1988	1813869	10.0	5674	12.2	715	14.4
1989	1897706	4.6	5784	1.9	829	15.9
1990	2041478	7.6	5976	3.3	861	3.9
1991	2156391	5.6	6211	3.9	929	7.9
1992	2244284	4.1	6752	8.7	906	-2.5
1993	2470627	10.1	7138	5.7	1078	19.0
1994	3527830	42.8	7714	8.1	1168	8.3

Fuente: Elaborado por la autora con datos de *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes.

CUADRO 15
CONSULTAS OTORGADAS Y RECURSOS SIGNIFICATIVOS

1. Población abierta

Año	Consultas otorgadas		Consultorios		Personal médico	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	9387966	n.a.	4516	n.a.	4585	n.a.
1983	9777671	4.2	4471	-1.0	4358	-5.0
1984	8621818	-11.8	4365	-2.4	6309	44.8
1985	9805159	13.7	5489	25.8	8409	33.3
1986	14831093	51.3	5482	-0.1	9354	11.2
1987	18690461	26.0	6383	16.4	9733	4.1
1988	14241840	-23.8	6310	-1.1	10513	8.0
1989	15914866	11.7	6802	7.8	10667	1.5
1990	15878186	-0.2	6819	0.2	10239	-4.0
1991	17452807	9.9	7231	6.0	11321	10.6
1992	19487562	11.7	7656	5.9	13477	19.0
1993	20193623	3.6	8004	4.5	14445	7.2
1994	21323935	5.6	8413	5.1	16059	11.2

2. Población derechohabiente

Año	Consultas otorgadas		Consultorios		Personal médico	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	22358245	n.a.	3649	n.a.	10183	n.a.
1983	25873448	15.7	3786	3.8	10819	6.2
1984	28527932	10.3	3915	3.4	10345	-4.4
1985	28417422	-0.4	3992	2.0	9951	-3.8
1986	29610300	4.2	4175	4.6	11472	15.3
1987	37217673	25.7	5056	21.1	13117	14.3
1988	38467718	3.4	5674	12.2	14010	6.8
1989	38229438	-0.6	5784	1.9	14848	6.0
1990	39641813	3.7	5976	3.3	15756	6.1
1991	40010554	0.9	6211	3.9	17668	12.1
1992	40933046	2.3	6752	8.7	17336	-1.9
1993	45116650	10.2	7138	5.7	18389	6.1
1994	47178256	4.6	7714	8.1	19687	7.1

Fuente: Elaborado por la autora con datos de *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes.

de médicos aumentó casi 42% en los servicios para universos abiertos y sólo 11% en los servicios de seguridad social.

En cuanto a las consultas, en los períodos de pronunciadas caídas de los servicios para población abierta (1983-1984, - 11.8% y 1987-1988, -23.8), los servicios para derechohabientes registraron incrementos (1983-1984, 10.3% y 1987-1988, 3.4).

5. Estudios radiológicos (consultorios, gabinetes de radiología, personal médico, quirófanos). (Cuadro 16).

6. Intervenciones quirúrgicas (consultorios, personal médico, quirófanos). (Cuadro 17).

Sobre las series estudios radiológicos e intervenciones quirúrgicas con sus recursos significativos, basta decir de nuevo que los servicios para población derechohabiente y abierta, aún en los mismos estados —los descentralizados en este caso—, se comportan, en cuanto a la evolución del número de servicios prestados y recursos existentes, de forma muy distinta antes y después de la descentralización, el proceso descentralizador no logro acercarlos.

7. Partos atendidos (camas censables, personal médico, quirófanos, salas de expulsión, unidades médicas)

En la serie partos atendidos, las diferencias son muy sorprendentes. Como en otros de los servicios revisados se presentan, en los mismos años, incrementos en los servicios para derechohabientes y disminuciones en aquéllos para población abierta (cuadro 18). El período 1991-1992 es particularmente interesante, pues mientras el número de partos atendidos en las unidades médicas para derechohabientes disminuyó 17.8%, en los servicios para población abierta se presentó un incremento superior a 20%. Puede pensarse en un gran abanico de explicaciones posibles, pero tal vez en ese año disminuyó considerablemente el número de afiliados a la seguridad social (por ejemplo, porque los trabajadores perdieron su empleo), en consecuencia se produjo una transferencia de nacimientos atendidos de los servicios para derechohabientes a los de población abierta.

CUADRO 16

ESTUDIOS RADIOLÓGICOS Y RECURSOS SIGNIFICATIVOS

1. Población abierta

Año	Estudios radiológicos		Consultorios		Gabinetes de radiología		Personal médico		Quirófanos	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	239084	n.a.	4516	n.a.	145	n.a.	4585	n.a.	195	n.a.
1983	195651	-18.2	4471	-1.0	142	-2.1	4358	-5.0	201	3.1
1984	206653	5.6	4365	-2.4	144	1.4	6309	44.8	155	-22.9
1985	243020	17.6	5489	25.8	215	49.3	8409	33.3	205	32.3
1986	374037	53.9	5482	-0.1	209	-2.8	9354	11.2	197	-3.9
1987	333125	-10.9	6383	16.4	216	3.3	9733	4.1	213	8.1
1988	361139	8.4	6310	-1.1	258	19.4	10513	8.0	235	10.3
1989	456452	26.4	6802	7.8	319	23.6	10667	1.5	255	8.5
1990	557814	22.2	6819	0.2	264	-17.2	10239	-4.0	208	-18.4
1991	609530	9.3	7231	6.0	294	11.4	11321	10.6	268	28.8
1992	930276	52.6	7656	5.9	338	15.0	13477	19.0	347	29.5
1993	870266	-6.5	8004	4.5	304	-10.1	14445	7.2	381	9.8
1994	1061670	22.0	8413	5.1	353	16.1	16059	11.2	381	0.0

2. Población derechohabiente

Año	Estudios radiológicos		Consultorios		Gabinetes de radiología		Personal médico		Quirófanos	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	1874559	n.a.	3649	n.a.	219	n.a.	10183	n.a.	271	n.a.
1983	2014187	7.4	3786	3.8	231	5.5	10819	6.2	287	5.9
1984	2186385	8.5	3915	3.4	240	3.9	10345	-4.4	295	2.8
1985	2279392	4.3	3992	2.0	246	2.5	9951	-3.8	313	6.1
1986	2350545	3.1	4175	4.6	275	11.8	11472	15.3	310	-1.0
1987	3104912	32.1	5056	21.1	329	19.6	13117	14.3	334	7.7
1988	3189799	2.7	5674	12.2	275	-16.4	14010	6.8	364	9.0
1989	3385965	6.1	5784	1.9	355	29.1	14848	6.0	407	11.8
1990	3600223	6.3	5976	3.3	371	4.5	15756	6.1	424	4.2
1991	3799199	5.5	6211	3.9	386	4.0	17668	12.1	425	0.2
1992	3973138	4.6	6752	8.7	408	5.7	17336	-1.9	457	7.5
1993	4393148	10.6	7138	5.7	436	6.9	18389	6.1	493	7.9
1994	4778428	8.8	7714	8.1	467	7.1	19687	7.1	522	5.9

Fuente: Elaborado por la autora con datos de Boletín de Información Estadística de los años correspondientes.

CUADRO 17

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y RECURSOS SIGNIFICATIVOS

1. Población abierta

Año	Intervenciones quirúrgicas		Consultorios		Personal médico		Quirófanos	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	72254	n.a.	4516	n.a.	4585	n.a.	195	n.a.
1983	71000	-1.7	4471	-1.0	4358	-5.0	201	3.1
1984	69097	-2.7	4365	-2.4	6309	44.8	155	-22.9
1985	83590	21.0	5489	25.8	8409	33.3	205	32.3
1986	82109	-1.8	5482	-0.1	9354	11.2	197	-3.9
1987	123722	50.7	6383	16.4	9733	4.1	213	8.1
1988	132681	7.2	6310	-1.1	10513	8.0	235	10.3
1989	142289	7.2	6802	7.8	10667	1.5	255	8.5
1990	158354	11.3	6819	0.2	10239	-4.0	208	-18.4
1991	193165	22.0	7231	6.0	11321	10.6	268	28.8
1992	239807	24.1	7656	5.9	13477	19.0	347	29.5
1993	239996	0.1	8004	4.5	14445	7.2	381	9.8
1994	291687	21.5	8413	5.1	16059	11.2	381	0.0

2. Población derechohabiente

Año	Intervenciones quirúrgicas		Consultorios		Personal médico		Quirófanos	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	281967	n.a.	3649	n.a.	10183	n.a.	271	n.a.
1983	323071	14.6	3786	3.8	10819	6.2	287	5.9
1984	344789	6.7	3915	3.4	10345	-4.4	295	2.8
1985	358180	3.9	3992	2.0	9951	-3.8	313	6.1
1986	383322	7.0	4175	4.6	11472	15.3	310	-1.0
1987	447709	16.8	5056	21.1	13117	14.3	334	7.7
1988	465001	3.9	5674	12.2	14010	6.8	364	9.0
1989	484139	4.1	5784	1.9	14848	6.0	407	11.8
1990	513132	6.0	5976	3.3	15756	6.1	424	4.2
1991	539670	5.2	6211	3.9	17668	12.1	425	0.2
1992	570760	5.8	6752	8.7	17336	-1.9	457	7.5
1993	591404	3.6	7138	5.7	18389	6.1	493	7.9
1994	629098	6.4	7714	8.1	19687	7.1	522	5.9

Fuente: Elaborado por la autora con datos de Boletín de Información Estadística de los años correspondientes.

CUADRO 18

PARTOS ATENDIDOS Y RECURSOS SIGNIFICATIVOS

1. Población abierta

Año	Partos atendidos		Camas censables		Personal médico		Quirófanos		Salas de expulsión		Unidades médicas	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	94816	n.a.	6896	n.a.	4585	n.a.	195	n.a.	1036	n.a.	2658	n.a.
1983	106943	12.8	6769	-1.8416473	4358	-5.0	201	3.07692308	762	-26.4	2658	0
1984	97401	-8.9	7319	8.125277	6309	44.8	155	-22.885572	951	24.8	2457	-7.5620767
1985	109898	12.8	8240	12.5836863	8409	33.3	205	32.2580645	1256	32.1	3087	25.6410256
1986	127747	16.2	7874	-4.4417476	9354	11.2	197	-3.902439	1478	17.7	3115	0.90702948
1987	140227	9.8	8439	7.17551435	9733	4.1	213	8.12182741	1520	2.8	3352	7.60834671
1988	155813	11.1	9056	7.31129281	10513	8.0	235	10.3286385	1723	13.4	3651	8.92004773
1989	162163	4.1	9765	7.8290636	10667	1.5	255	8.6106383	1801	4.5	3828	4.84798685
1990	182766	12.7	9260	-5.171531	10239	-4.0	208	-18.431373	795	-55.9	3681	-3.8401254
1991	188353	3.1	9996	7.94816415	11321	10.6	268	28.8461538	1902	139.2	3837	4.23797881
1992	226926	20.5	11972	19.7679072	13477	19.0	347	29.4776119	2210	16.2	3932	2.47589262
1993	229237	1.0	12918	7.9017708	14445	7.2	381	9.79827089	2277	3.0	4030	2.4923703
1994	257917	12.5	13150	1.79594364	16059	11.2	381	0	2490	9.4	4119	2.20843672

2. Población derechohabiente

Año	Partos atendidos		Camas censables		Personal médico		Quirófanos		Salas de expulsión		Unidades médicas	
	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)	Núm.	Var. anual (%)
1982	217606	n.a.	10445	n.a.	10183	n.a.	271	n.a.	192	n.a.	989	n.a.
1983	232729	6.9	10582	1.3	10819	6.2	287	5.9	183	-4.7	965	-2.4
1984	241964	4.0	11223	6.1	10345	-4.4	295	2.8	193	5.5	945	-2.1
1985	243121	0.5	11003	-2.0	9951	-3.8	313	6.1	193	0.0	991	4.9
1986	244870	0.7	11580	5.2	11472	15.3	310	-1.0	199	3.1	991	0.0
1987	281448	14.9	12224	5.6	13117	14.3	334	7.7	203	2.0	943	-4.8
1988	299501	6.4	12415	1.6	14010	6.8	364	9.0	207	2.0	1075	14.0
1989	312405	4.3	12628	1.7	14848	6.0	407	11.8	214	3.4	1124	4.6
1990	332504	6.4	12922	2.3	15756	6.1	424	4.2	223	4.2	1150	2.3
1991	433465	30.4	13185	2.0	17668	12.1	425	0.2	227	1.8	1199	4.3
1992	356438	-17.8	13398	1.6	17336	-1.9	457	7.5	234	3.1	1231	2.7
1993	361451	1.4	14218	6.1	18389	6.1	493	7.9	246	5.1	1319	7.1
1994	363222	0.5	15123	6.4	19687	7.1	522	5.9	266	8.1	1306	-1.0

Fuente: Elaborado por la autora con datos de *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes.

La evolución de las series sobre servicios prestados y recursos existentes reitera las diferencias que separan a los servicios para población abierta de los de derechohabientes. Sin duda alguna revela que las distintas modalidades de servicios de salud siguen operando de forma independiente, con muy pocos espacios para la coordinación.

3. EL ANÁLISIS DE LOS DATOS: LOS INDICADORES

Los indicadores de productividad (producto/insumo, servicio/recurso) utilizados se construyeron de acuerdo a la disponibilidad de información, con las recomendaciones de la OMS,⁴⁸ pero sobre todo con las de Avedis Donabedian quien establece un estrecho vínculo entre productividad y eficiencia para señalar que las medidas de productividad parcial también pueden emplearse como indicadores de eficiencia, es decir los indicadores de productividad parcial empleados en este trabajo pueden considerarse medidas proxie de eficiencia.⁴⁹ De tal manera, como se anunció en la Introducción, la tesis se concentra en revisar la relación entre la descentralización y la productividad de los servicios de salud, sin embargo, los resultados obtenidos también aclararán la relación entre descentralización y eficiencia, la cual como reveló el Capítulo I prácticamente no se ha discutido en la literatura especializada. Sin embargo, la interpretación de esta última relación tendrá que ser extremadamente cuidadosa por los motivos expuestos en los siguientes párrafos.

Los estudios de productividad miden la relación entre los rendimientos e insumos expresados en términos de volumen físico real, sin embargo, la relación más productiva no necesariamente —según Donabedian— es la más eficiente. Por ejemplo, puede resultar más eficiente utilizar tecnología primitiva cuando abunda la mano de obra barata y es costosa la adquisición, el mantenimiento y la operación de maquinaria. No obstante, en muchos casos hay una relación estrecha entre la productividad y la eficiencia económica,

⁴⁸ OMS, *op. cit.*, *passim*.

⁴⁹ Cuando los resultados esperados de las políticas no pueden medirse directamente o es muy costoso hacerlo, las medidas proxie pueden ayudar en el análisis. Idealmente, las medidas proxie deben tener vínculos muy estrechos con los objetivos de las políticas, pero son más fáciles de obtener o calcular. En general, para seleccionarlas es conveniente tomar en cuenta: (1) las medidas que se han utilizado en otras investigaciones o las recomendaciones de expertos en el sector (como Avedis Donabedian) y (2) que los objetivos de la política (incrementar la eficiencia de los servicios de salud) pueden evaluarse mediante medidas o indicadores que retraten los pasos intermedios hacia esos objetivos (como la productividad). (P. Rossi, *op. cit.*, pp. 245-247).

así, es posible emplear medidas aproximadas de productividad parcial como indicadores aproximados de eficiencia económica.⁵⁰

Tanto para la productividad como para la eficiencia se toman en cuenta las relaciones entre el rendimiento y el insumo, pero de maneras diversas, aunque no desligadas entre sí. La productividad es una medida de la relación entre el rendimiento y el insumo cuando ambos se expresan en términos de volumen físico real:

$$\text{Productividad} = \text{Rendimiento total} / \text{Insumo total}$$

Cuando un solo rendimiento se relaciona con un solo insumo de manera que hay una correspondencia de uno a otro entre ellos, los problemas conceptuales y operacionales de la medición se simplifican considerablemente, sin embargo, pueden surgir graves complicaciones cuando los rendimientos, los insumos, o ambos, son múltiples. Las dificultades se agravan cuando un insumo produce varios rendimientos, cada uno de los cuales es a su vez el producto de varios insumos.

Si hay un interés en los cambios en la productividad a través del tiempo (como en el caso de la tesis), o bien en las comparaciones de productividad entre diversas formas de organizar los insumos (como sucedió con los servicios de salud al fusionar en los estados descentralizados a las dependencias que prestaban servicios a la población abierta), es necesario que los rendimientos y los insumos sean similares cualitativamente y deben medirse de acuerdo con normas establecidas previamente (esas condiciones para la información las garantiza la Secretaría de Salud, la cual se ocupa de concentrar la información). Además, puede haber ambigüedad en la distinción entre los insumos y los rendimientos, así como diferencias cuando se intenta definir exactamente cuál es el rendimiento intangible de un servicio.

Ahora bien, cuando es posible especificar un solo rendimiento (R) y varios insumos ($I_{1...n}$), la medida total de productividad es un cociente del rendimiento entre todos los insumos relevantes, es decir:

⁵⁰ A. Donabedian, *op. cit.*, p. 298.

$$\text{Productividad total} = R / (I_1 + I_2 + I_3 + \dots I_n)$$

En algunos casos es conveniente, o tal vez es la única alternativa como en el caso de la tesis, medir un conjunto más pequeño de insumos, o incluso uno solo. El resultado es una medida parcial de productividad:

$$\text{Productividad parcial} = R / I_1$$

Esta simplificación es válida cuando se sabe que un insumo principal (I_1) representa todos los demás, ya sea porque éstos tienen una magnitud relativamente pequeña, o bien porque tienen una relación fija con el insumo principal, de manera que los cambios en éste son un indicador válido de los cambios en todos los demás. También puede tomarse en cuenta un sólo insumo si desempeña un papel central en el proceso, es relativamente escaso, o, en términos generales, porque se le considera crítico para el estudio específico que se realiza. Un estudio de la productividad del médico o del odontólogo se basa en el papel central de este recurso y la imposibilidad relativa de manipularlo en comparación con otros insumos.

En consecuencia, en la *Evaluación descentralizados - no descentralizados* calculé, para cada año del período 1982-1994, los once indicadores de productividad (producto/insumo, que también pueden representarse como servicio/recurso) del cuadro 19, para tres grupos:

1. POBLACIÓN ABIERTA - AGREGADO
2. POBLACIÓN ABIERTA – ESTADOS DESCENTRALIZADOS (Grupo cuasiexperimental)
3. POBLACIÓN ABIERTA – ESTADOS NO DESCENTRALIZADOS (Grupo de comparación)

En la *Evaluación abierta - derechohabiente* se calcularon en cada año del período los once indicadores para dos grupos:

1. POBLACIÓN ABIERTA – ESTADOS DESCENTRALIZADOS (Grupo cuasiexperimental)
2. POBLACIÓN DERECHOHABIENTE – ESTADOS DESCENTRALIZADOS (Grupo de comparación)

CUADRO 19
INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD ANUAL

Consultas otorgadas por médico (pasante, general o especialista)
Consultas por consultorio (incluye atenciones odontológicas)
Consultas generales por médico general
Consultas generales por médico general o pasante
Consultas especializadas por médico especialista
Atenciones odontológicas por odontólogo
Intervenciones quirúrgicas por quirófano
Partos atendidos por salas de expulsión
Análisis clínicos por laboratorio
Estudios radiológicos por gabinete de radiología
Análisis clínicos y estudios radiológicos por trabajador de los servicios auxiliares y de diagnóstico

Fuente: Elaborado por la autora

Otro problema en la medición de la productividad es la presencia de productos múltiples, pues la atención al paciente consta de muchos componentes que representan los recursos invertidos en muchos profesionales de la salud, pero también recursos de otro tipo. Además, hay productos adicionales a la atención del paciente, los profesionales de la salud pueden dedicarse a la enseñanza, la investigación o la administración.⁵¹ Ante esta advertencia sobre los productos adicionales a la atención del paciente, gracias a la desagregación de información de las ediciones anuales del *Boletín de Información Estadística* (SSA–SNS), fuente básica de información para la tesis, tengo la posibilidad de excluir del análisis estos productos (actividades docentes, de investigación y administrativas) por dos motivos: primero, para evitar el problema de la medición de productos múltiples y, segundo, para concentrarme en la atención al paciente, objetivo central de los servicios de primero y segundo niveles, los únicos sujetos al proceso descentralizador.

⁵¹ *Ibid.*, p. 305.

3A EVALUACIÓN DESCENTRALIZADOS – NO DESCENTRALIZADOS⁵²

El propósito de esta evaluación es tratar de identificar si la descentralización provocó cambios sustanciales en la productividad de los servicios para población abierta, con ese propósito compararé los indicadores de productividad de los estados descentralizados y no descentralizados, antes y después del proceso descentralizador.

1. Consultas otorgadas por médico (pasante, general o especialista)

La gráfica 1 muestra que entre 1982 y 1986, la productividad de ambos grupos sufrió cambios muy bruscos, por ejemplo, un médico que en promedio atendía 2250 consultas al año en 1983, atendió menos de 1400 en 1984. La productividad de los dos grupos se comportan de manera similar: el indicador aumenta y disminuye en los mismos años. Después de la descentralización, la productividad de los no descentralizados supera a la de los descentralizados entre 1988 y 1990, a partir de ese año, el indicador se estabiliza en ambos grupos, pero con tendencia a la baja.

2. Consultas por consultorio (incluye atenciones odontológicas)

Durante todo el período analizado, los estados descentralizados superaron en productividad de los consultorios al grupo de no descentralizados, con excepción de 1985 y 1988 (gráfica 2). La clara ventaja del grupo de descentralizados a partir de 1989 no puede atribuirse definitivamente a la descentralización, pues los estados que participaron en el proceso se mostraban más productivos desde antes de 1987.

3. Consultas generales por médico general

Entre 1982 y 1986, como muestra la gráfica 3, los servicios de los estados no descentralizados se mostraron contundentemente más productivos que los descentralizados, por diferencias abismales, por ejemplo de más de 2000 consultas en 1986. En 1987 se registra un importante salto en la productividad de los descentralizados y uno mucho más modesto en

⁵² Los cuadros que sirvieron de base para elaborar las gráficas que ilustran este apartado aparecen en el Apéndice C.

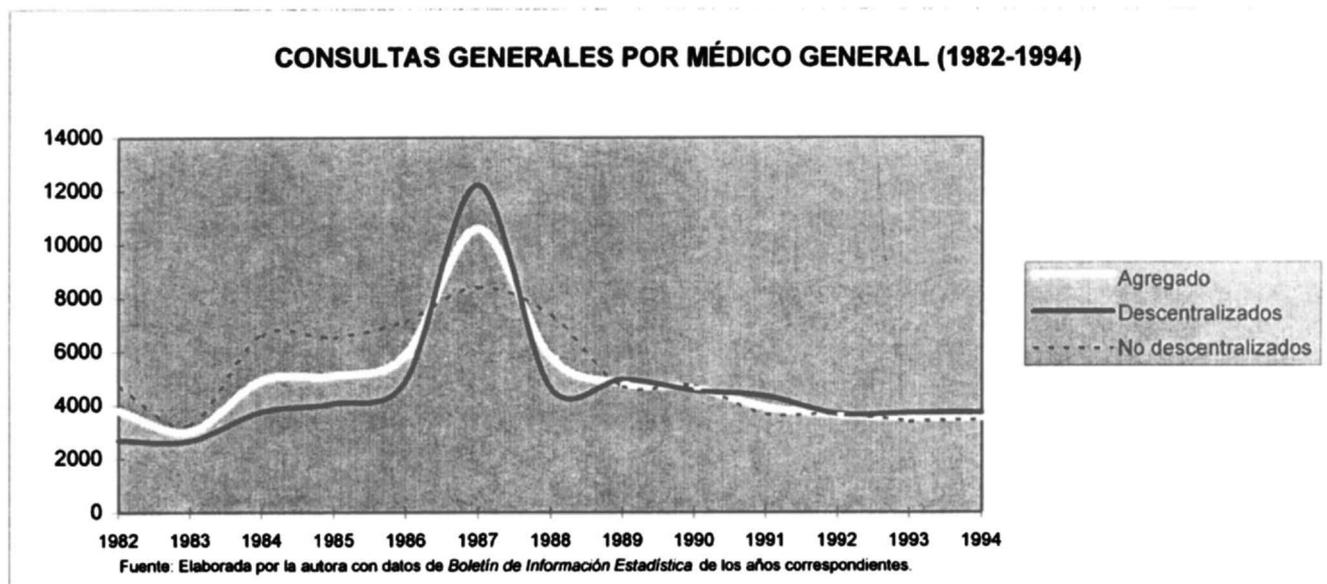
GRÁFICA 1



GRÁFICA 2



GRÁFICA 3



la de los no descentralizados. A partir de 1989, con excepción de 1990, los servicios de los estados descentralizados remontan la ventaja y superan a los no descentralizados en el número de consultas que otorgan sus médicos generales. Aunque las diferencias son irregulares, por ejemplo, en 1991, los estados descentralizados otorgaron casi 700 consultas más que los no descentralizados, en 1992, la ventaja se redujo a 60.

4. Consultas generales por médico general o pasante

Considerando que las atenciones de los pasantes también se contabilizan como consultas, considero que este indicador es más preciso que el anterior, pues refleja la clara división del trabajo entre estudiantes (pasantes o residentes) y médicos graduados (generales o especialistas).

Los estados no descentralizados fueron los más productivos en el período 1982-1986, sin embargo, a partir del año en que concluye la descentralización (1987), los estados descentralizados superan en el resto de la serie a los no descentralizados (gráfica 4). La superioridad de los estados que participaron en el proceso aumentó y se consolidó hasta superar a los no descentralizados por más de 300 consultas anuales en 1991, a partir de ese año ha disminuido paulatinamente hasta llegar a sólo 70 consultas adicionales en 1994.

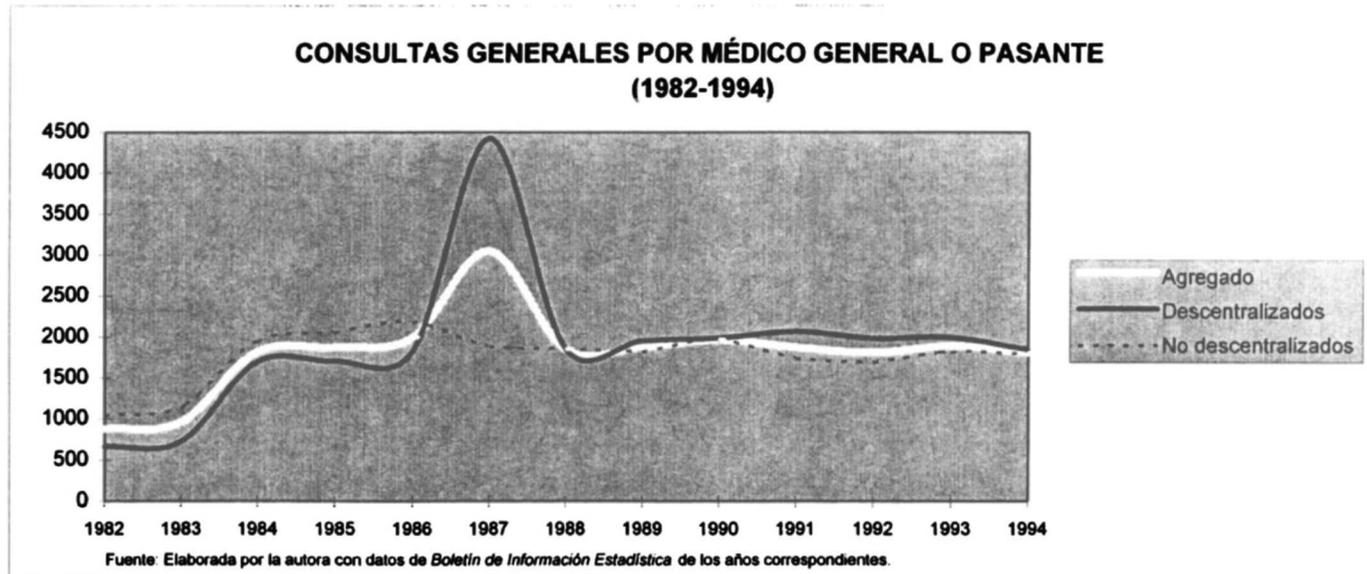
5. Consultas especializadas por médico especialista

Las consultas por médico especialista disminuyeron rápidamente hasta alcanzar su punto más bajo en 1986 y 1987, a pesar de esta vertiginosa caída, los estados no descentralizados se mostraron más productivos que los participantes en el proceso (gráfica 5). Durante 1988 y 1989, los estados descentralizados todavía otorgaban menos consultas especializadas que los no descentralizados, pero a partir de 1990 la productividad anual de los descentralizados superó claramente a la de los no descentralizados.

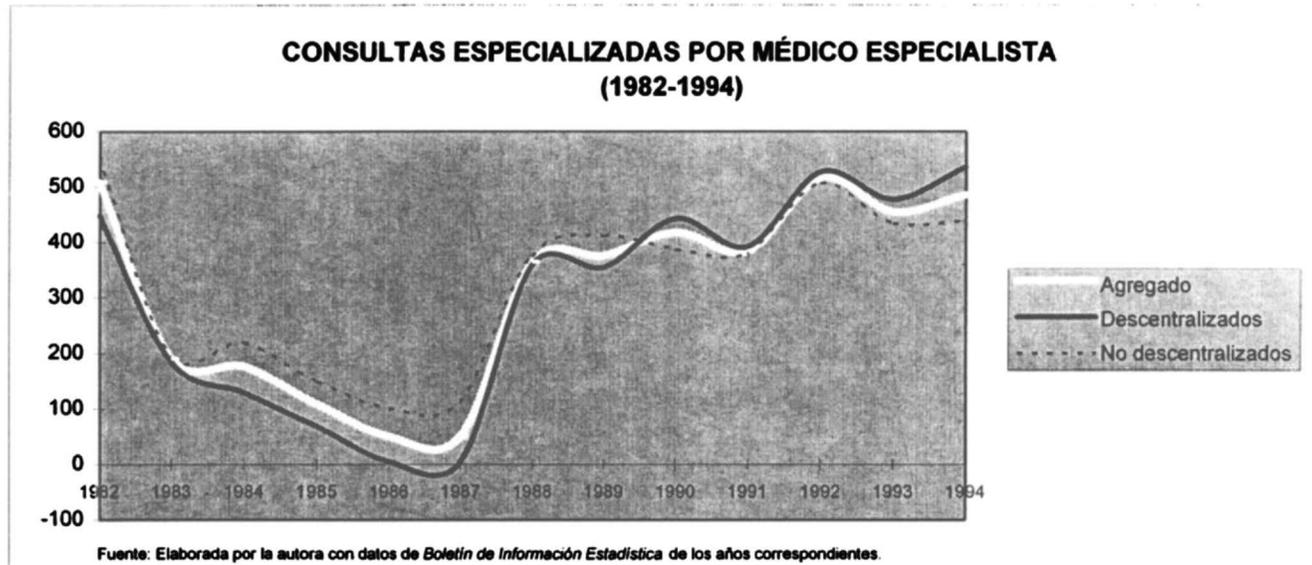
6. Atenciones odontológicas por odontólogo

El comportamiento de este indicador es inesperado, pues muestra con mucha claridad que la productividad de los odontólogos en los estados descentralizados era superior entre 1982 y 1987, sin embargo, a partir de 1988, esta tendencia cambia y la productividad de

GRÁFICA 4



GRÁFICA 5



los estados no descentralizados supera contundentemente a la de los estados descentralizados (gráfica 6).

7. Intervenciones quirúrgicas por quirófano

El indicador muestra una tendencia creciente en ambos grupos hasta 1990, cuando comienza a descender y sólo se recupera ligeramente en 1994 (gráfica 7). ¿Cuál grupo es más productivo? La respuesta depende del año, mientras entre 1982 y 1986, los grupos alternaron el liderazgo, a partir de 1987, los estados descentralizados fueron los más productivos hasta 1992 y 1993 cuando los estados que no participaron en el proceso los superaron.

8. Partos atendidos por salas de expulsión

Los estados no descentralizados han sido más productivos que los descentralizados en el período que revisamos, con excepción de los años 1983 y 1984 (gráfica 8). La descentralización no logró modificar esa tendencia, además, los dos grupos siguen comportándose con un patrón similar, como muestran el repunte de 1990 y la regularidad de los años siguientes.

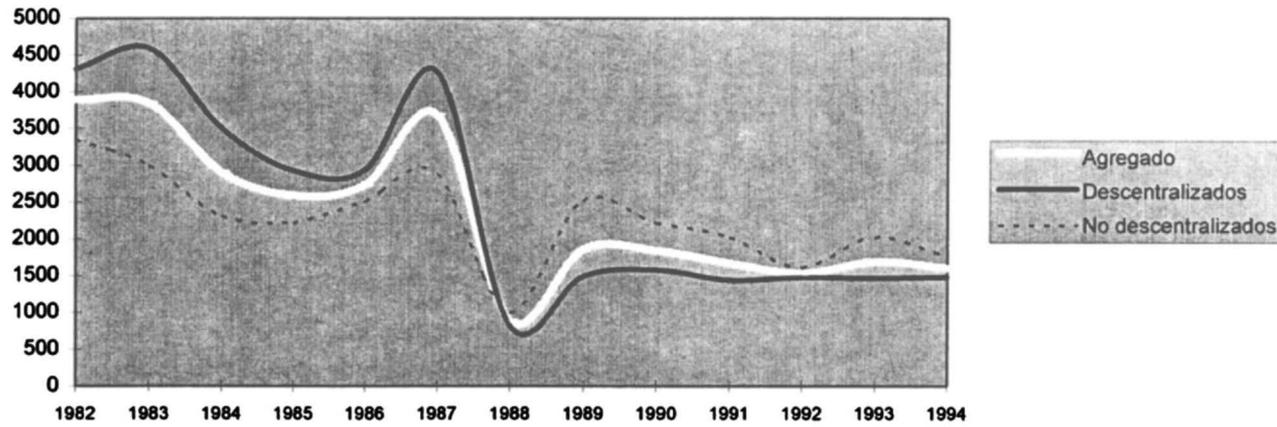
9. Análisis clínicos por laboratorio

Este indicador registra una clara superioridad de los estados descentralizados en todo el período, con excepción de 1989 y 1990. La serie muestra desde 1982 crecimientos moderados en ambos casos y un importante salto en 1991 que, como muestran los datos de 1992 a 1994, no ha sido un incremento efímero.

Lo más interesante de la serie después de 1987 es que el comportamiento del indicador de ambos grupos, como muestra la gráfica 9, es muy semejante; por ejemplo, en 1991, presenta un incremento de 183.5% tanto para los estados descentralizados, como para los no descentralizados. En realidad, la descentralización no significó un cambio importante en la productividad de los laboratorios, parecería que las decisiones sobre administración de recursos y prestación de servicios se realizaban todavía bajo los mismos parámetros o, incluso, por las autoridades centrales de la SSA.

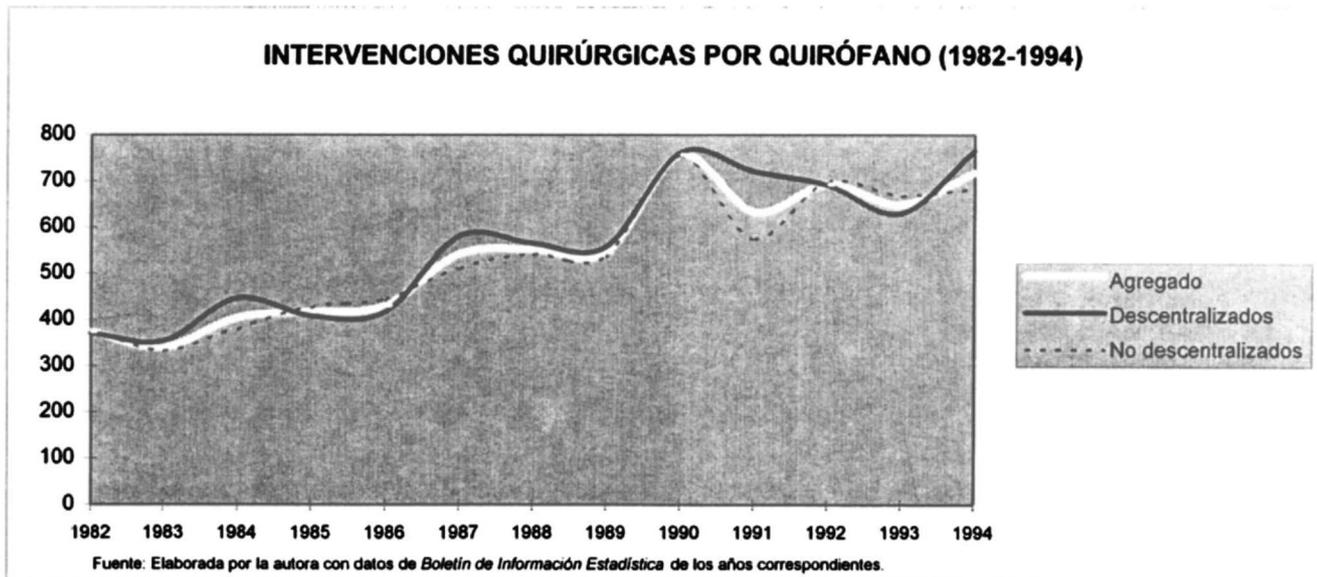
GRÁFICA 6

ATENCIÓNES ODONTOLÓGICAS POR ODONTÓLOGO (1982-1994)



Fuente: Elaborada por la autora con datos de *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes.

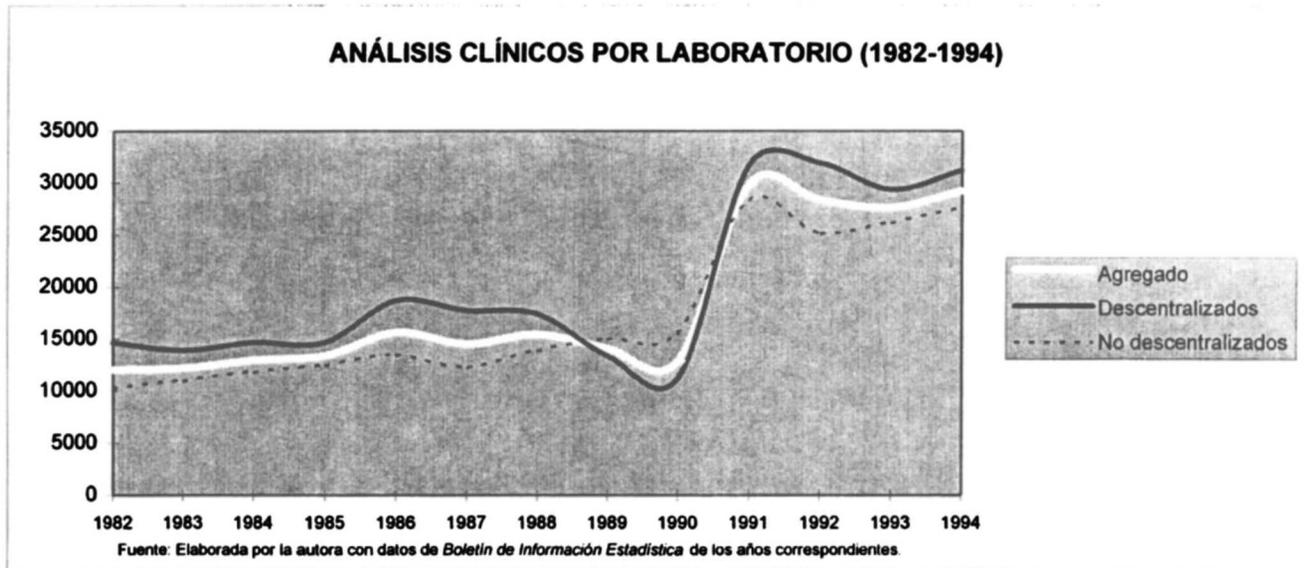
GRÁFICA 7



GRÁFICA 8



GRÁFICA 9



10. Estudios radiológicos por gabinete de radiología

Durante todo el período que se revisa, los estados no descentralizados superaron en estudios por gabinete de radiología a los que participaron en el proceso (gráfica 10). También es necesario mencionar que, durante toda la serie, los no descentralizados incrementaron su productividad cada año, con excepción de 1985. En cambio, los estados descentralizados registran alternativamente incrementos y decrementos, esta tendencia persiste después de la descentralización.

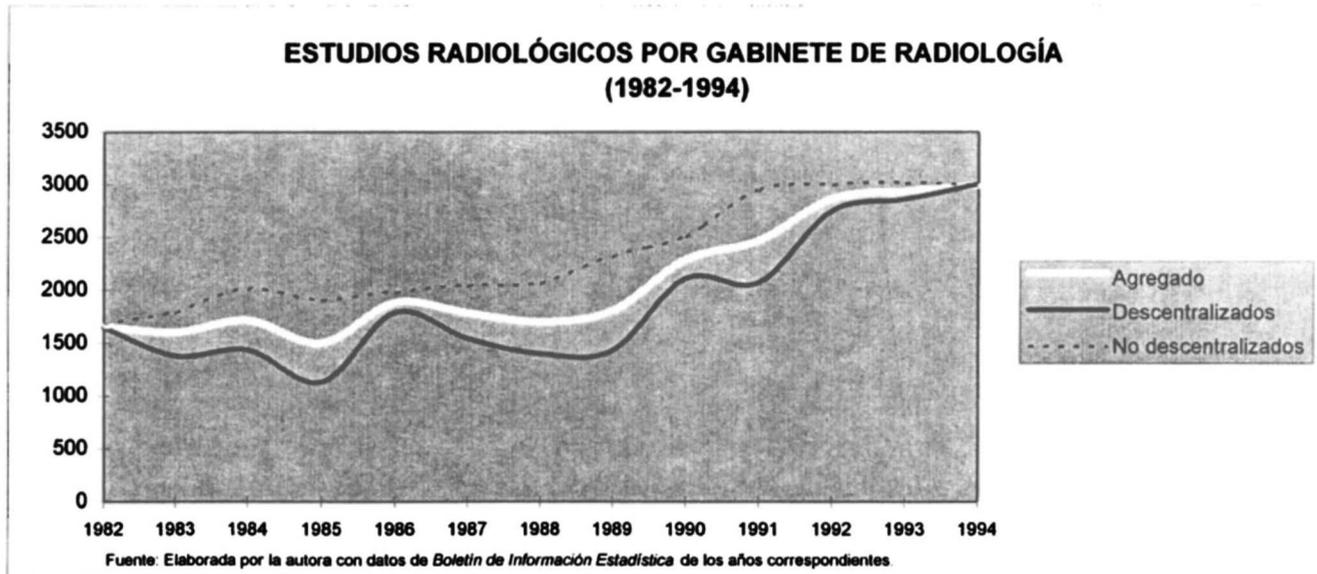
11. Análisis clínicos y estudios radiológicos por trabajador de los servicios auxiliares y de diagnóstico

La serie presenta un comportamiento muy irregular en el período 1982-1985, sin embargo, a partir de 1986, en ambos grupos, la productividad de los trabajadores crece anualmente, aunque de forma moderada (gráfica 11). De acuerdo a este indicador, los estados no descentralizados son más productivos entre 1982 y 1986, con excepción de 1985. Después de la descentralización, la superioridad de los estados que no participaron en el proceso persiste, con excepción de 1992.

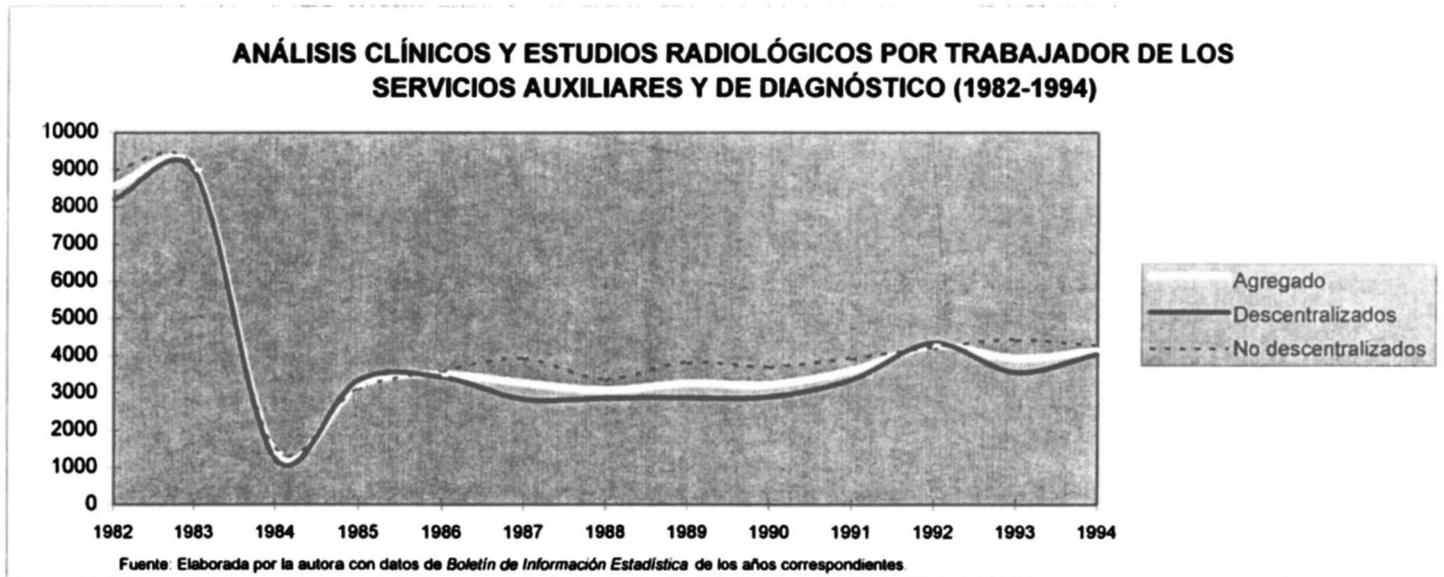
Al examinar los indicadores de productividad para los estados descentralizados y no descentralizados se observa que su comportamiento es muy parecido en los dos grupos, no sólo en dirección (crecimientos y disminuciones en los mismos años), sino también en magnitud, con dos excepciones, “Consultas por consultorio” y “Análisis clínicos por laboratorio”. Este análisis parece indicar que la descentralización no significó para los servicios de salud estatales más autonomía en la toma de decisiones sobre la productividad —es decir las medidas dedicadas a mejorar el proceso de trabajo, al trabajador o la administración. Estas decisiones dependen de rígidos parámetros federales y, en muchas ocasiones, todavía se toman en la Secretaría de Salud federal.

También es necesario mencionar que en este caso el modelo de evaluación “Series temporales interrumpidas con grupo de comparación” no arrojó resultados claros acerca de los efectos de la descentralización sobre la productividad de los servicios de salud,

GRÁFICA 10



GRÁFICA 11



quizá porque los efectos de la política descentralizadora —como ya había mostrado el análisis de variaciones porcentuales— son muy modestos, pues, en realidad, la política sólo fusionó en una sola organización a las diversas dependencias que prestaban servicios de salud para población abierta. El siguiente cuadro resume el comportamiento de los grupos cuasiexperimental y de comparación para cada uno de los once indicadores que se examinaron.

CUADRO 20
COMPORTAMIENTO DE LOS ESTADOS DESCENTRALIZADOS Y NO DESCENTRALIZADOS
SEGÚN LOS INDICADORES SELECCIONADOS (1982-1994)

COMPORTAMIENTO	SEGÚN LOS INDICADORES ...
Los servicios en los estados descentralizados eran más productivos desde antes de la descentralización y lo siguen siendo.	Análisis clínicos por laboratorio Consultas por consultorio
Los servicios en los estados no descentralizados eran más productivos desde antes de la descentralización y lo siguen siendo.	Estudios clínicos y radiológicos por trabajador Estudios radiológicos por gabinete de radiología Partos atendidos por sala de expulsión
El comportamiento es mixto, ninguno de los grupos tuvo un liderazgo claro durante el período.	Consultas otorgadas por médico Intervenciones quirúrgicas por quirófano
Los estados no descentralizados eran más productivos antes de 1987, pero después del proceso los estados descentralizados los han superado.	Consultas generales por médico general Consultas generales por médico general o pasante Consultas especializadas por médico especialista
Los estados descentralizados eran más productivos antes de 1987, pero después del proceso los estados no descentralizados los han superado.	Atenciones odontológicas por odontólogo

Fuente: Elaborado por la autora con los resultados de la *Evaluación descentralizados - no descentralizados*

3B EVALUACIÓN ABIERTA – DERECHOHABIENTE

En este análisis de la productividad de los servicios de salud para población abierta en los estados descentralizados se utilizan como grupo de comparación los servicios para derechohabientes en los mismos estados. La comparación pretende aclarar si —como la reforma al sector salud de los años ochenta pretendía— se empezaron a desvanecer las diferencias entre los servicios para universos cerrados y abiertos en el país.

Este ejercicio sólo intenta señalar tendencias válidas para la productividad y —con las limitaciones que ya se han indicado— la eficiencia de los servicios, no es una evaluación global, pero proporciona información importante sobre el futuro de ambas modalidades de atención a la salud en México.

Las gráficas que se presentan en las siguientes páginas comparan los once indicadores de productividad entre 1982 y 1994, con propósitos explicativos dividiré a los servicios en dos grupos: servicios básicos y de apoyo.

En los servicios básicos se incluyen consultas (generales y especializadas, con el subgrupo atenciones odontológicas), intervenciones quirúrgicas y partos atendidos. Como puede observarse en las gráficas y en los cuadros correspondientes,⁵³ los servicios para derechohabientes son, en todo el período, más productivos que los servicios para población abierta en:

- ◆ Consultas otorgadas por médico⁵⁴ (gráfica 12)
- ◆ Consultas por consultorio⁵⁵ (gráfica 13)
- ◆ Consultas especializadas por médico especialista (gráfica 14)
- ◆ Intervenciones quirúrgicas por quirófano (gráfica 15)
- ◆ Partos atendidos por salas de expulsión (gráfica 16)

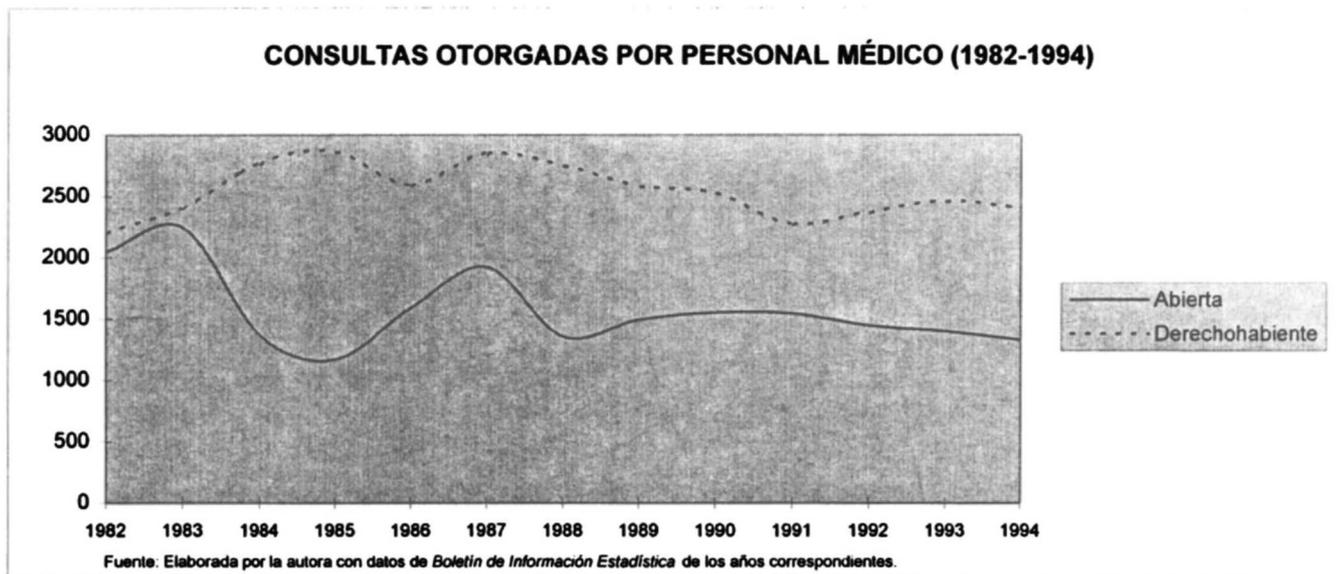
En el indicador “Consultas generales por médico general”, la historia es distinta (gráfica 17). Los médicos generales de los servicios para población abierta otorgan anualmente más consultas que sus colegas de los servicios derechohabientes, con excepción del período 1982-1984 y 1992-1993. Sin embargo, como ya se mencionó, el indicador “Consultas generales por médico general o pasante” retrata con más precisión la división del trabajo entre los estudiantes (pasantes o residentes) y los profesionales (médicos generales o especialistas), pues las consultas que otorgan los pasantes también se cuentan como consultas generales. De tal forma, el análisis de este indicador muestra que los mé-

⁵³ Los cuadros base para elaborar las gráficas que se presentan aparecen en el Apéndice D.

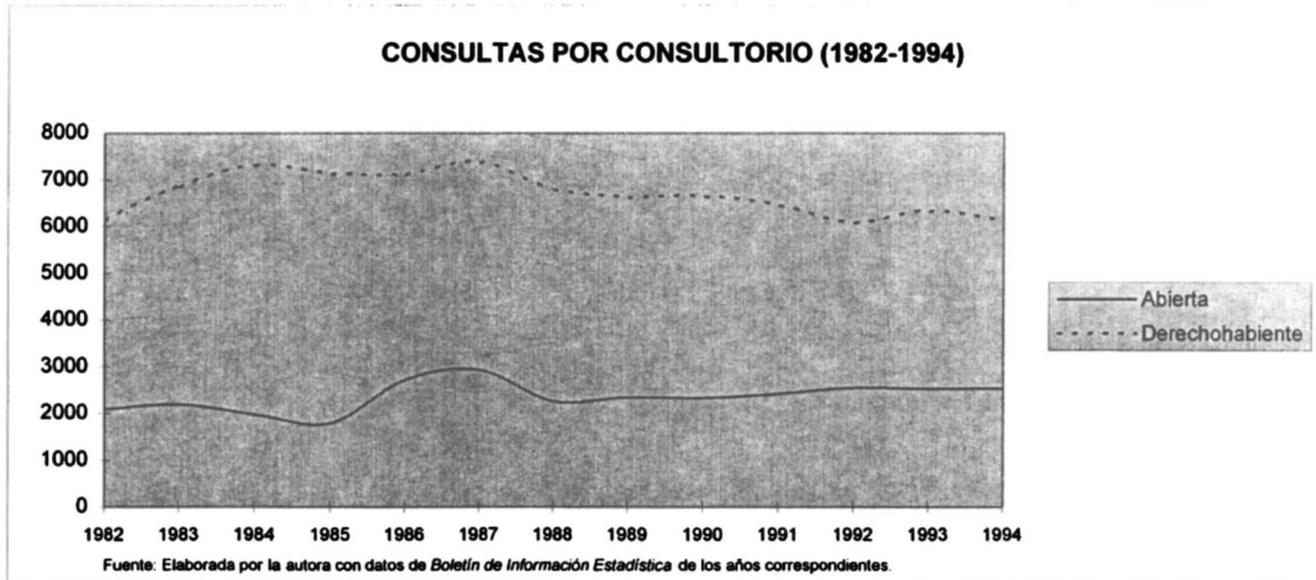
⁵⁴ Incluye pasantes, generales y especialistas.

⁵⁵ Incluye atenciones odontológicas.

GRÁFICA 12

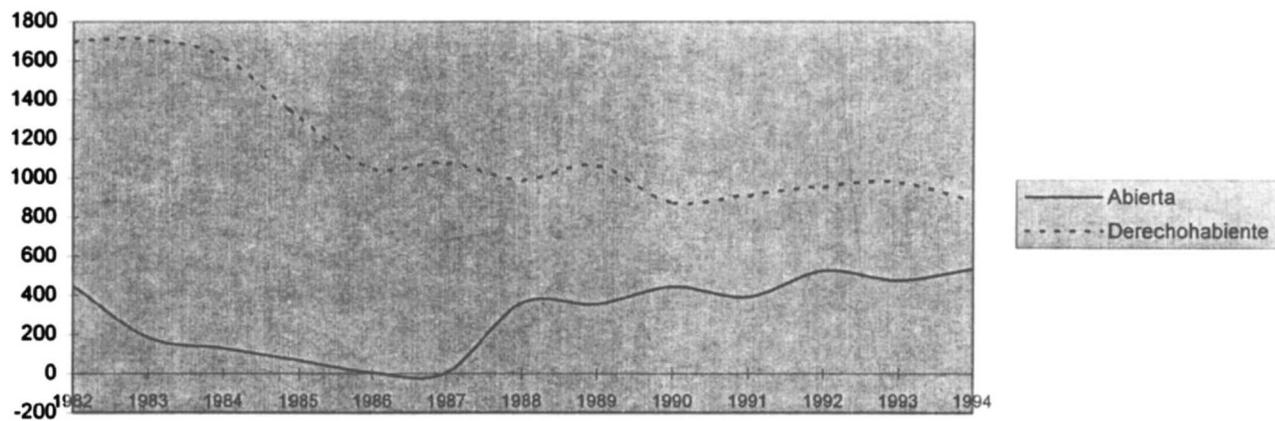


GRÁFICA 13



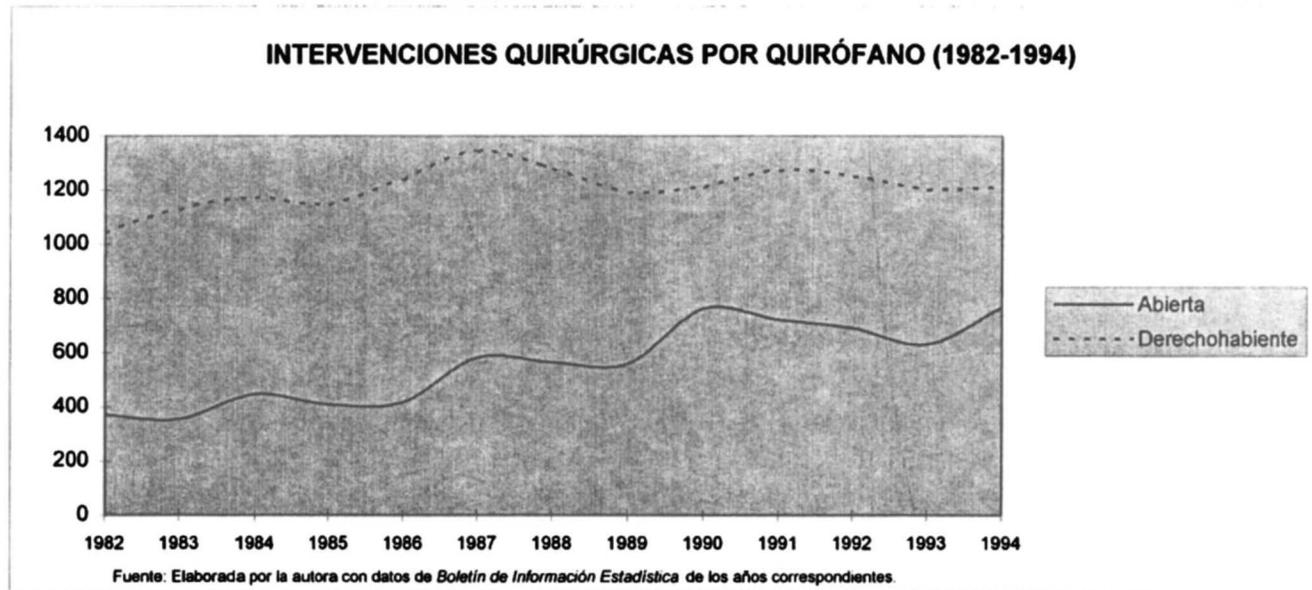
GRÁFICA 14

**CONSULTAS ESPECIALIZADAS POR MÉDICO ESPECIALISTA
(1982-1994)**

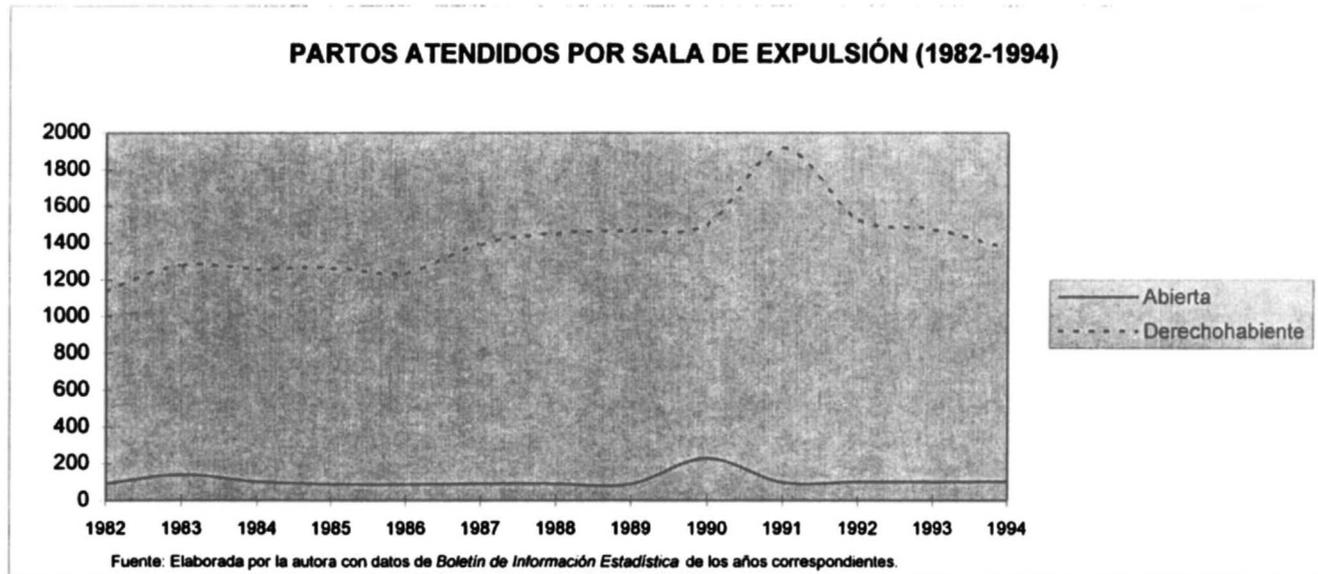


Fuente: Elaborada por la autora con datos de *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes.

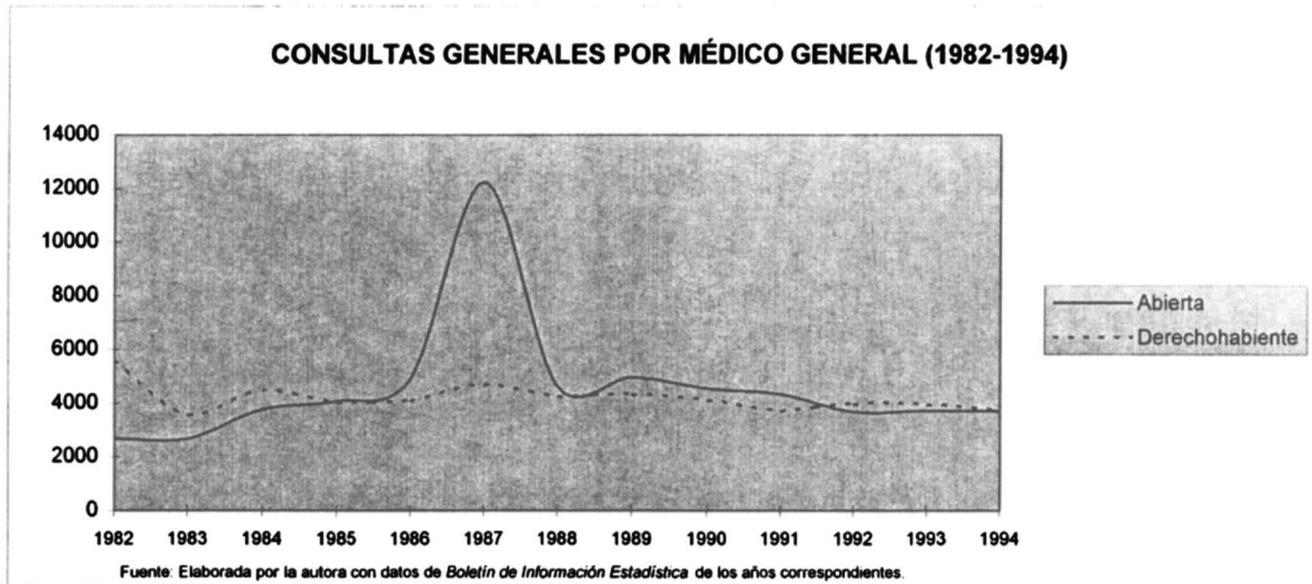
GRÁFICA 15



GRÁFICA 16



GRÁFICA 17



dicos generales y los pasantes de los servicios para universos cerrados son más productivos que los profesionales y estudiantes de los servicios para población abierta, con excepción de 1987 (gráfica 18).

En la serie de “Atenciones odontológicas por odontólogo”, que se presenta en la gráfica 19, también se observa un comportamiento distinto. Con excepción de 1985, los servicios para población abierta de los estados descentralizados eran más productivos que los de derechohabientes antes de la descentralización. Sin embargo, a partir de 1988, esta tendencia se invierte y los odontólogos de los servicios para derechohabientes son claramente más productivos que los dentistas que atienden a la población abierta.

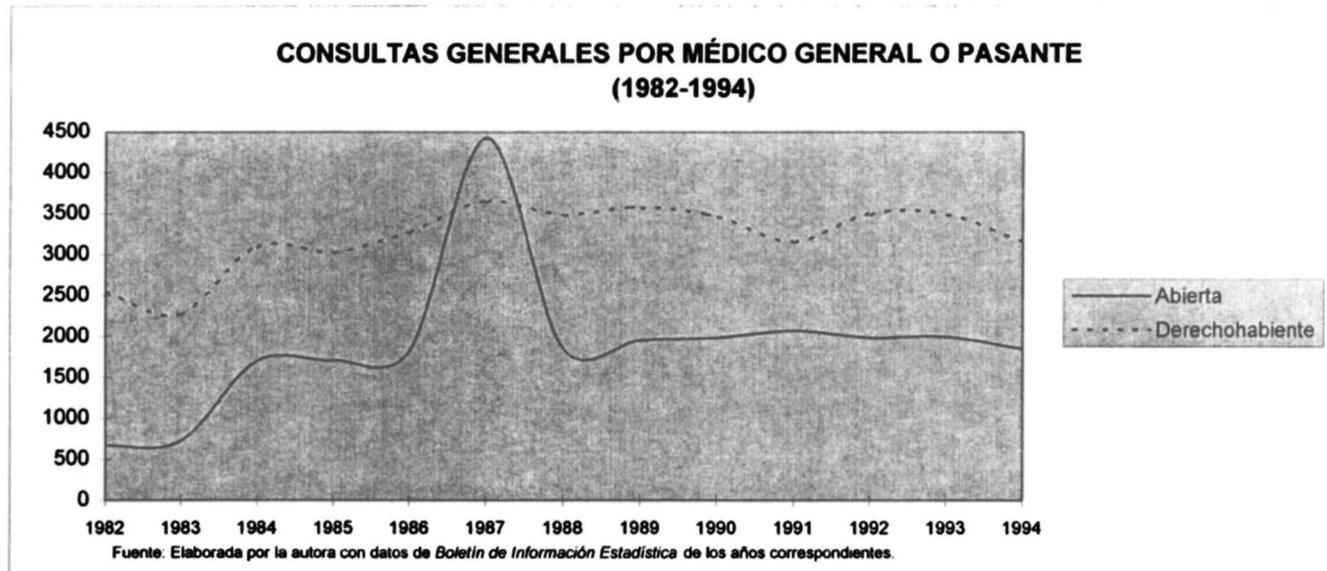
En el grupo de servicios de apoyo (incluye análisis clínicos y estudios radiológicos), los servicios para derechohabientes también son, en todo el período analizado, contundentemente más productivos que los que atienden a población abierta en:

- ◆ Análisis clínicos por laboratorio (gráfica 20)
- ◆ Estudios radiológicos por gabinete de radiología (gráfica 21)
- ◆ Análisis clínicos y estudios radiológicos por trabajador de los servicios auxiliares y de diagnóstico (gráfica 22)

Como muestran las gráficas presentadas, los servicios para población derechohabiente han mostrado ser, por lo menos durante trece años, contundentemente más productivos que los servicios para universos abiertos, aún con la reorganización de los servicios estatales para población abierta que implicó el proceso descentralizador de los años ochenta. En realidad, ante el Programa de Reforma del Sector Salud del Gobierno de Ernesto Zedillo, se ha insinuado la posibilidad de convertir al Instituto Mexicano del Seguro Social en el principal prestador de servicios de salud para todos los mexicanos,⁵⁶ el ejercicio que se ha

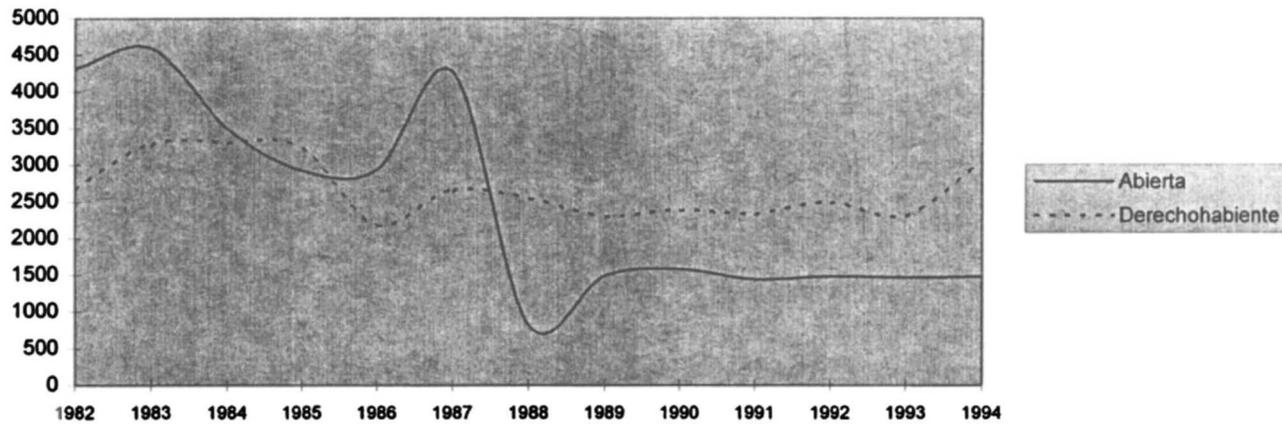
⁵⁶ “Las reformas al IMSS y la descentralización de la Secretaría de Salud implican que a mediano plazo el Seguro Social será el principal operador público de servicios médicos en el nivel nacional, porque la SSA dejará de brindar atención y *su papel se concentrará en la regulación de las actividades para vigilar y atender la salud de los mexicanos*”. (Javier Bonilla, Subsecretario de Planeación de la SSA, en Roberto Garduño, “Al IMSS la mayoría del servicio público de salud”, *La Jornada*, México D. F., 11 de diciembre 1995. Las cursivas son mías).

GRÁFICA 18



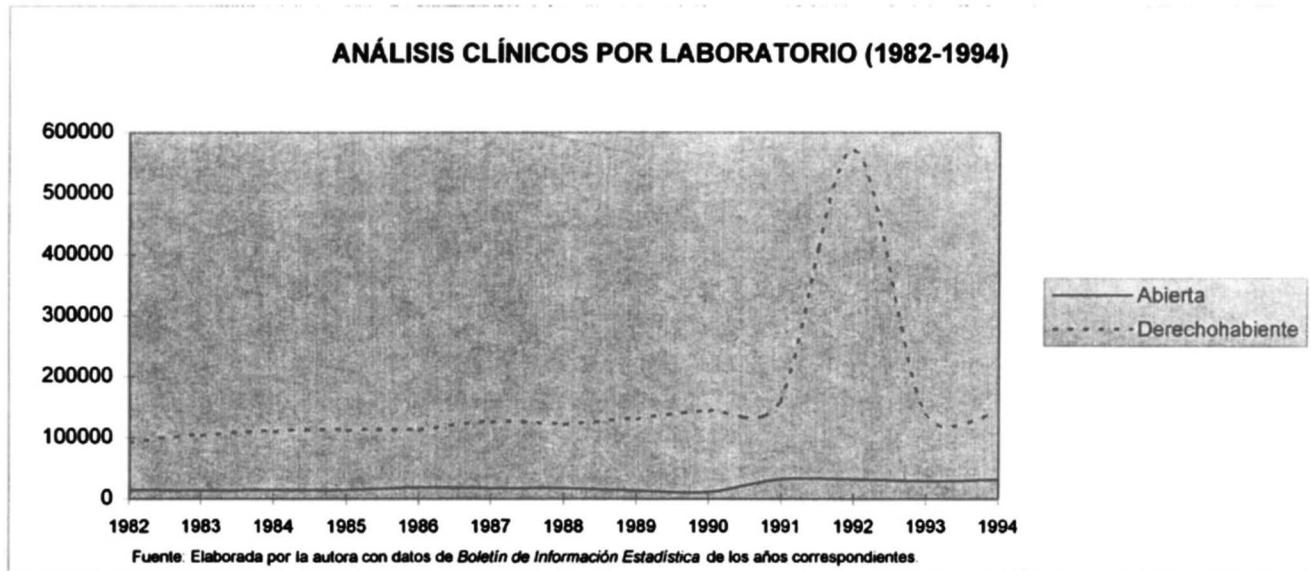
GRÁFICA 19

ATENCIÓNES ODONTOLÓGICAS POR ODONTÓLOGO (1982-1994)

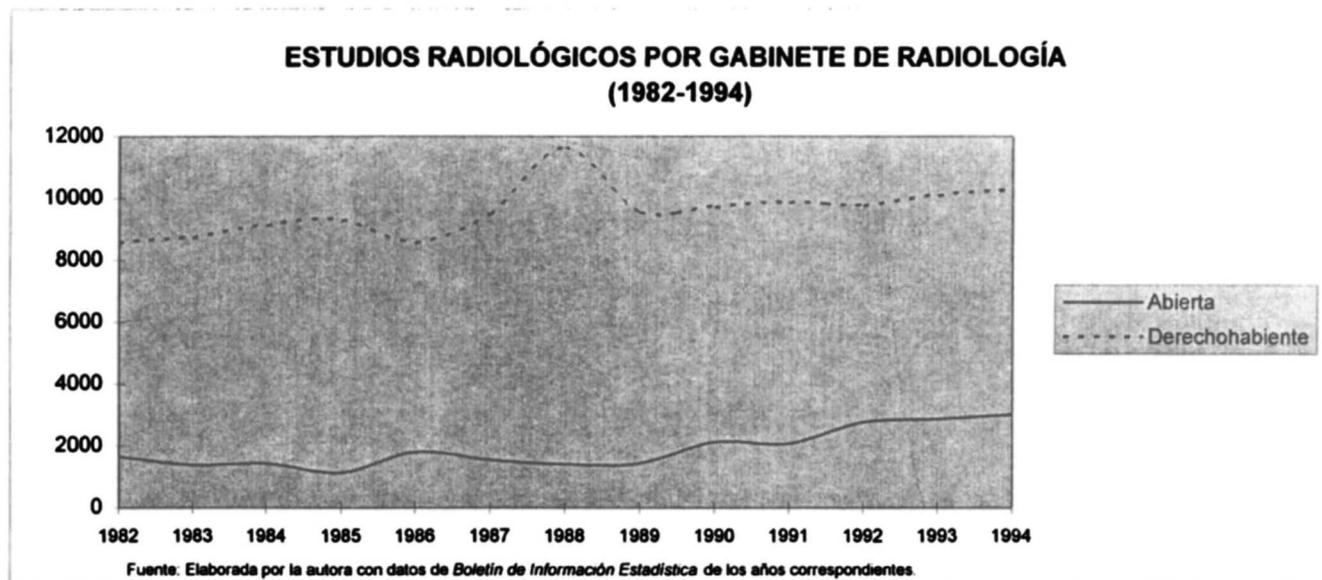


Fuente: Elaborada por la autora con datos de *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes.

GRÁFICA 20



GRÁFICA 21



GRÁFICA 22



presentado podría ser un buen argumento para favorecer la decisión, pero ¿qué sucede si comparamos la calidad de los servicios?

En 1988 se realizó una encuesta a una muestra aleatoria de 2179 usuarios del Estado de México, los cuales habían recibido atención médica en unidades de la SSA, de instituciones de seguridad social y de medicina privada. En el estudio que se elaboró se intentó evaluar la percepción de la calidad de la atención a través del grado de satisfacción y las razones que lo fundamentaban.

Del total de usuarios encuestados, 73.7% manifestó haber recibido atención de buena calidad. Sin embargo, 38% de los usuarios de la seguridad social expresaron que habían recibido atención de mala calidad, dos veces por encima de los usuarios de los servicios de la Secretaría de Salud y 2.4 veces sobre los usuarios de medicina privada.⁵⁷

En 1993, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática realizó la “Encuesta de Opinión sobre los Servicios de Salud”, con ese propósito se aplicaron 3000 cuestionarios en la ciudades de Guadalajara, Distrito Federal y Monterrey. La Encuesta proporcionó información sobre la atención que reciben los usuarios del personal médico, de enfermería y de recepción en instituciones privadas, IMSS, ISSSTE, hospitales públicos de tercer nivel y la SSA. La atención de los distintos tipos de personal se evaluó a través de distribuir porcentualmente las opiniones de los usuarios en las siguientes categorías: excelente, buena, regular, mala y pésima. En el cuadro 21 se muestran los resultados:

⁵⁷ P. Nájera, L. Durán-Arenas y T. Ramírez, *La calidad de la atención desde la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, 1992. (Síntesis ejecutiva SE-40/91), cit. por E. Ruelas, *op. cit.*, pp. 37 y 38.

CUADRO 21

**PORCENTAJE DE USUARIOS QUE CALIFICAN COMO EXCELENTE O BUENA
LA ATENCIÓN DEL PERSONAL EN DISTINTAS INSTITUCIONES DE SALUD**

INSTITUCIONES	Personal médico	Personal de enfermería	Personal de archivo y recepción
	% Excelente o buena	% Excelente o buena	% Excelente o buena
Privadas	90	80	84
Hospitales públicos de 3° nivel	84	76	79
SSA	71	62	63
IMSS	65	59	52
ISSSTE	62	53	50

Fuente: INEGI, *Encuesta de opinión sobre los servicios de salud*, 1993.

Como muestran estos estudios, la decisión sobre transferir todos los servicios de salud al Seguro Social no puede apoyarse únicamente en criterios vinculados con la eficiencia (normalmente denominados economicistas), sino también es necesario tomar en cuenta factores como la calidad y, aún más, detenerse a revisar la factibilidad de incorporar a casi la mitad de los mexicanos —los más pobres por cierto— a modalidades de seguridad social. Esta decisión también podría generar descuidos en la medicina preventiva y comunitaria que en el mediano y largo plazos pueden resultar muy costosos.

REFLEXIONES FINALES

Durante el sexenio de Salinas de Gortari, la política de descentralización de los servicios de salud se abandonó casi totalmente. Los Informes de Labores de la Secretaría de Salud, entre 1989 y 1994, sólo se refieren al fortalecimiento de los servicios estatales descentralizados, pero no mencionan acciones específicas. En realidad, no se modificaron ni los procedimientos de asignación presupuestal, ni la propiedad federal de bienes muebles e inmuebles o la administración federal de los recursos humanos de los servicios estatales. En cuanto a los estados no descentralizados en los ochenta, los Informes son aún más escuetos, en ningún momento se mencionaba si el proceso se completaría, o bien que se esperaba madurar ciertas condiciones para descentralizarlos. Ante estas evidencias es posible decir que el gobierno salinista olvidó la política descentralizadora de los servicios, la balanza se inclina —como sugiere Myriam Cardozo¹— hacia la amnesia total.

A pesar del abandono salinista, el gobierno de Ernesto Zedillo, en el contexto del Nuevo Federalismo, convirtió a la descentralización de los servicios de salud para población abierta en uno de los pilares de su Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.

El proceso de descentralización del gobierno de Miguel de la Madrid —como relaté en el Capítulo II— se interrumpió por diversos motivos, pero, ¿cuáles son las deudas de la descentralización? Mercedes Juan, Secretaria Permanente del Consejo Nacional de Salud, señala que para consolidar la descentralización era necesario, todavía, integrar orgánica y operativamente los servicios de salud en diecisiete estados, pero también impulsar

¹ Art. cit., p. 365.

vigorosamente la transferencia de facultades jurídicas, programáticas y, sobre todo, de recursos a los catorce estados ya descentralizados.²

El Programa identifica cuatro problemas que la descentralización combatirá: baja eficiencia en las decisiones respecto de hacia dónde deben orientarse los recursos, definición poco precisa de responsabilidades, burocratismo que entorpece las acciones y los procesos e inercia en las decisiones de asignación del gasto entre los estados. En realidad, la política descentralizadora de los noventa no sólo pretende combatir estos problemas, sino sobre todo mejorar la coordinación sectorial, es decir fortalecer aún más la capacidad normativa de la Secretaría de Salud.³

El ejercicio de evaluación de la política descentralizadora de los ochenta que se ha presentado a lo largo de esta tesis arroja luz sobre la factibilidad de una de estas propuestas: ¿los servicios de salud son más productivos —y con las limitaciones indicadas—, más eficientes como resultado del proceso descentralizador?, ¿es posible esperar que la nueva descentralización combata la baja eficiencia de los servicios? Para responder a estas preguntas se mostró que:

La descentralización es una variable continua que representa el grado en que se ha revertido la centralización y concentración del *poder de decisión*, así como de los *recursos* que permiten su ejercicio. En consecuencia, los procesos descentralizadores generarán estructuras oligopólicas de poder donde todas las decisiones comiencen a surgir de un proceso donde participen conjuntamente los núcleos de poder central y periféricos.⁴

Estos procesos generan ventajas de distinta naturaleza, las cuales se agrupan en dos grandes rubros: fortalecimiento de la democracia nacional y beneficios concretos para las comunidades locales. En este último grupo se considera que la descentralización puede incrementar la eficiencia de los procesos productivos, bajo el supuesto de que los núcleos periféricos de decisión tienen más información y conocimiento sobre ciertos problemas y

² “El Consejo Nacional de Salud”, en Consejo Nacional de Salud, *op. cit.*, p. 23.

³ Tanto la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (art. 39º, frac. VI) como la Ley General de Salud (art. 7º) disponen que la coordinación del Sistema Nacional estará a cargo de la Secretaría de Salud, sin embargo, hasta la fecha persisten los problemas de falta de coordinación entre la Secretaría y la Seguridad Social, sobre todo.

⁴ E. Cabrero, *op. cit.*, p. 35.

como resultado pueden seleccionar las mejores opciones para los usuarios o, por lo menos, las más satisfactorias. En el sector salud, en particular, la descentralización es un medio para incrementar la coordinación y la capacidad de respuesta ante las necesidades sanitarias locales, pero además fomenta la participación comunitaria, promueve la responsabilidad local por la salud y aumenta la eficiencia en la prestación de los servicios.

La eficiencia y la productividad de los servicios de salud son problemas pertinentes, porque el sector se enfrenta a diario con la necesidad de atender al mayor número de personas posible, dentro de las limitaciones impuestas por las condiciones económicas de nuestro país. De tal modo, los análisis de eficiencia pueden emplearse como herramientas de apoyo para evaluar los cursos de acción disponibles y sus efectos, con el objetivo permanente —reitero— de proporcionar los servicios mínimos de atención médica a la creciente población frente a una reducción constante del gasto en salud.

En este sentido si se considera que la eficiencia de un proceso es la relación entre sus costos y sus beneficios tangibles e intangibles, es posible utilizar a las medidas de productividad (Insumo/Producto) como indicadores que, con ciertas restricciones, también representen la eficiencia del proceso. De este modo se abre una posibilidad para determinar si la descentralización de la salud en México logró alcanzar dos de sus objetivos más importantes: elevar la productividad y la eficiencia de los servicios.

Como consecuencia del crecimiento independiente de dos tipos de servicios de salud: los de población abierta (a cargo de la SSA) y los de derechohabiente (responsabilidad del IMSS y del ISSSTE principalmente), pero también de la centralización de la operación de los servicios para población abierta, la Secretaría de Salubridad se había debilitado enormemente respecto a sus responsabilidades de coordinación y supervisión. Ante la falta de una idea rectora, las instituciones de seguridad social fortalecían su autonomía y seguían ganando terreno tanto en población atendida como en presupuesto, gracias al financiamiento tripartita.

Ambos tipos de servicios se desarrollaron, por lo menos hasta 1984, en forma independiente y desequilibrada por problemas derivados, sobre todo, de la imprecisión en las políticas nacionales de salud y por una vinculación insuficiente entre el sector salud y el resto de las agencias encargadas del desarrollo social.

La creación del Sistema Nacional de Salud y sus estrategias de sectorización, modernización y descentralización intentaron resolver ambos problemas: la falta de coordinación y la heterogeneidad de los servicios. Además, el proceso descentralizador liberaría a la SSA de sus responsabilidades operativas y le permitiría concentrarse en la evaluación y control de los servicios de salud, tanto para población abierta como para la derechohabiente.

El proceso descentralizador de los ochenta logró sentar las bases para el funcionamiento cada vez más autónomo de los sistemas estatales, pues estableció un aparato mínimo de gobierno estatal especializado en salud que complementó la percepción federal de los problemas. Sin embargo, la primera descentralización no logró liberar a la Secretaría de Salud de todas sus responsabilidades operativas en los estados, pues siguió a cargo de los Servicios Coordinados de Salud en las 17 entidades que no participaron en el proceso. Conservar estas responsabilidades operativas impidió a la SSA concentrarse completamente en la planeación, coordinación y supervisión global del sector.

Además la limitada transferencia de poder de decisión y recursos humanos, financieros y materiales, sin considerar la escasa preparación que recibieron los servicios estatales para fusionarse con las otras dependencias que atendían a población abierta, limitó los beneficios que comúnmente se asocian con la descentralización, en particular, sus efectos positivos sobre la eficiencia y la productividad de los servicios.

El análisis de variaciones porcentuales en la *Evaluación descentralizados – no descentralizados* mostró que en la evolución de los servicios prestados y los recursos existentes, la descentralización no generó cambios significativos en el comportamiento de los estados que participaron en el proceso. Como se ha expuesto el grupo cuasiexperimental y el de comparación muestran antes y después de la descentralización comportamientos muy semejantes, tanto en la magnitud de las variaciones porcentuales, como en su dirección.

En el caso de la *Evaluación abierta – derechohabiente*, la evolución de las series sobre servicios prestados y recursos existentes reitera las diferencias que separan a los servicios para población abierta de los de derechohabientes. Sin duda alguna revela que

las distintas modalidades de servicios de salud siguen operando de forma independiente con muy pocos espacios para la coordinación.

A lo largo del período 1982-1994, los instrumentos más poderosos de este ejercicio de evaluación, los indicadores de productividad mostraron que el comportamiento de los estados descentralizados y no descentralizados es muy semejante, tanto en dirección (crecimientos y disminuciones en los mismos años), como en magnitud. Este análisis parece indicar que la descentralización no significó para los servicios de salud estatales más autonomía en la toma de decisiones sobre la productividad —es decir sobre las medidas orientadas a mejorar el proceso de trabajo, al trabajador o la administración. Estas decisiones dependen de rígidos parámetros federales y, en muchas ocasiones, todavía se toman en la Secretaría de Salud federal.

También es necesario mencionar que, en este caso, el modelo de evaluación “Series temporales interrumpidas con grupo de comparación” no arrojó resultados claros acerca de los efectos de la descentralización sobre la productividad de los servicios de salud, quizá porque los efectos de la política descentralizadora —como ya había mostrado el análisis de variaciones porcentuales— son muy modestos, pues, en realidad, la política sólo fusionó en una sola organización a las diversas dependencias que prestaban servicios de salud para población abierta.

Con la revisión de los indicadores de productividad, la *Evaluación abierta - derechohabiente* sólo intenta señalar tendencias válidas para la productividad y —con las limitaciones que ya se han indicado— la eficiencia de los servicios, no es una evaluación global, pero proporciona información importante sobre el futuro de ambas modalidades de atención a la salud en México.

Como revelan las gráficas presentadas, los servicios para población derechohabiente han mostrado ser, por lo menos durante trece años, contundentemente más productivos que los servicios para universos abiertos, aún con la reorganización de los servicios estatales para población abierta implícita en el proceso descentralizador de los años ochenta. Sin embargo, se enfatizó que la decisión sobre transferir todos los servicios de salud al Seguro Social no puede apoyarse únicamente en criterios vinculados con la eficiencia, sino también es necesario tomar en cuenta factores como la calidad y, aún más,

detenerse a revisar la factibilidad de incorporar a casi la mitad de los mexicanos —los más pobres por cierto— a modalidades de seguridad social. Esta decisión también podría generar descuidos en la medicina preventiva y comunitaria que en el mediano y largo plazos resultarían muy costosos.

Finalmente es necesario reiterar que el propósito de las evaluaciones es producir información sobre los efectos, la implementación y los procesos de planificación de las intervenciones públicas que sirva a los decisores políticos, administradores públicos y, en general, a aquéllos con capacidad para influir en las decisiones sobre acciones futuras.

Desde luego, la evaluación es solamente un factor adicional en el proceso decisonal y posiblemente no será el más importante. Sin embargo, puede esperarse que los resultados de un buen estudio se tomen en cuenta en las deliberaciones sobre un programa. Tal vez sea posible que las evaluaciones hagan pensar de forma diferente sobre éste, favorezcan un cambio gradual de las percepciones o, por lo menos, clarifiquen las cuestiones. Espero que con su sencillez este trabajo logre alguno de esos objetivos o, por lo menos, se sume a la influencia acumulada de la evaluación a mediano y largo plazos.

APÉNDICE A

GLOSARIO

APÉNDICE A

GLOSARIO¹

Aplicación de biológicos

Es la aplicación de biológicos con fines inmunizantes contra enfermedades específicas. Cuando el esquema de vacunación incluye varias aplicaciones del mismo producto, cada una de las dosis debe ser cuantificada.

Atenciones odontológicas

Es el conjunto de acciones que se realizan para prevenir, reparar y mejorar la salud bucodental, tales como aplicaciones tópicas de flúor, obturaciones, extracciones, limpieza, etc.

Camas censables

Es la cama de servicio instalada en el área de hospitalización para uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio y de personal para la atención médica. Es controlada por el servicio de admisión de la unidad y se asigna al paciente en el momento de su ingreso hospitalario para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento, incluye las de medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia, pediatría y especialidades derivadas de ellas.

Consulta general

Es la atención que ejecuta el médico general a los pacientes ambulatorios en consultorio o a domicilio, con el objeto de proporcionar asistencia médica o procedimientos preventivos.

Consulta especializada

Incluye las consultas ginecológicas y las de pediatría.

Consulta ginecológica

Atención brindada por el médico gineco-obstetra a pacientes ambulatorias para realizar diagnóstico, tratamiento o prevención de estados morbosos relacionados con los órganos reproductivos femeninos.

Consulta de pediatría

Atención brindada por el médico para realizar la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación médica y quirúrgica a menores de 16 años de edad.

¹ Sistema Nacional de Salud, *Boletín de Información Estadística 14*, México, SNS, 1995.

Consultorio

Local destinado para consulta médica general o de especialidad de pacientes ambulatorios, incluye gabinete de atención odontológica.

Gabinete de radiología

Área o local dotado de personal, mobiliario, instalaciones y equipo de rayos x, destinado para el servicio auxiliar de diagnóstico y tratamiento.

Laboratorio clínico

Área o local dotado de personal, mobiliario, equipo e instalaciones para realizar estudios de hematología, microbiología, clínicos e inmunológicos de muestras orgánicas provenientes de pacientes.

Intervenciones quirúrgicas

Conjunto de procedimientos sistematizados que se llevan a cabo en pacientes con finalidades terapéuticas o de diagnóstico, los cuales, por sus características, se realizan en salas quirúrgicas del área de hospitalización.

Médico especialista

Profesional de la medicina que cuenta con conocimientos especializados en una rama de la medicina para atención de padecimientos específicos.

Médico general

Personal autorizado legalmente con título para desempeñar las labores relacionadas con la atención médica en beneficio de los pacientes

Odontólogo

Profesional con título de médico cirujano dentista y legalmente autorizado para el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes que presentan enfermedades estomatológicas.

Partos atendidos

Suma de partos eutócicos y distócicos.

Parto distócico

Es aquel que se origina con anomalía en el mecanismo del trabajo de parto e interfiere en la evolución fisiológica del mismo

Parto eutócico

Es aquel que se origina cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre y al feto.

Pasante

Médico interno de pregrado que se encuentra laborando en la unidad médica con asignación salarial y prestaciones médicas, o bajo convenio de servicio social.

Personal médico en contacto directo con el paciente

Incluye médicos generales, pediatras y gineco-obstetras.

Personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

Son los profesionales, técnicos y auxiliares que trabajan en laboratorios de análisis clínicos, radiología, anatomía patológica, electrocardiografía, endoscopia, radioterapia e isótopos radioactivos, fisioterapia y rehabilitación.

Quirófanos

Área o local del hospital dotado de personal, mobiliario, equipo e instalaciones para la ejecución de intervenciones quirúrgicas.

Salas de expulsión

Área o local del hospital dotado de personal, mobiliario, equipo e instalaciones, destinada a la atención obstétrica del parto.

Servicios auxiliares de diagnóstico

Conjunto de servicios que realizan determinado tipo de estudios a los pacientes, con el objeto de facilitar, complementar o encontrar el diagnóstico que defina el padecimiento del paciente. Hay una gran variedad de este tipo de servicios como: laboratorio, radiología, anatomía patológica, electrocardiografía, electroencefalografía, etc.

Servicios auxiliares de tratamiento

Conjunto de servicios orientados a efectuar algún procedimiento terapéutico que en mayor o en menor medida, complementa el tratamiento general que el médico ha determinado. Existen varios servicios de este tipo como radioterapia, medicina física, etc.

Unidad médica

Establecimiento físico que cuenta con recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y destinado a proporcionar atención médica integral a la población.

Unidad médica de consulta externa

Establecimiento con personal médico y paramédico organizado, donde pacientes ambulatorios reciben atención médica, no dispone de servicios de hospitalización.

Unidad médica de hospitalización general

Establecimiento al que se ingresan personas para diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, además de atención a parturientas. Estas unidades puede o no proveer servicios de consulta externa.

APÉNDICE B

ANÁLISIS DE DATOS DE PANEL

APÉNDICE B

ANÁLISIS DE DATOS DE PANEL

Como se describe en el Capítulo III, en cada evaluación (*Descentralizados – No descentralizados y Abierta – Derechohabiente*) se realizó un análisis de las variaciones porcentuales anuales de los servicios seleccionados y de los recursos significativos para prestarlos. En este Apéndice se describe el método estadístico que se utilizó para determinar la *significancia* de estos recursos para cada servicio. Además se reportan las regresiones correspondientes.

En el paquete estadístico RATS (*Regression Analysis and Time Series*) se realizó un análisis de datos de panel (panel data), es decir una serie de tiempo con datos cruzados.¹ En muchos casos, el investigador puede tener acceso a observaciones que se comporten como paneles de decisión en varios puntos en el tiempo (normalmente sucesivos). Con propósitos explicativos se supone que hay p unidades de decisión o grupos desde $i = 1, \dots, p$ (en este trabajo corresponden a cada estado) y m puntos en el tiempo desde $t = 1, \dots, m$ (cada año en el período 1982-1994), los cuales representan $n = pm$ observaciones. Las variables son las siguientes:

Y_{it} = valor de la variable dependiente por unidad i en el período t

$X_{j it}$ = valor de la j -ésima variable explicativa o independiente para la unidad i en el período t

Donde $i = 1, \dots, p$; $t = 1, \dots, m$; $j = 2, \dots, k$.

¹ Se presenta sólo una breve descripción del método, para más detalles véase, John Johnston, *Econometric Methods*, Singapur, Mcgraw-Hill, 3ª ed., 1991, pp. 396-407.

La hipótesis lineal sería:

ECUACIÓN 1

$$Y_{it} = \alpha + \beta_2 X_{2it} + \beta_3 X_{3it} + \dots + \beta_k X_{kit} + u_{it}$$

donde, por el momento, se asumen un grupo de parámetros semejantes para todas las unidades en todo el período. La manera más frecuente de organizar los datos de la ecuación es por unidades de decisión. Así,

ECUACIÓN 2

$$\mathbf{y}_i = \begin{bmatrix} Y_{it} \\ \vdots \\ Y_{im} \end{bmatrix} \quad \mathbf{X}_i = \begin{vmatrix} \mathbf{X}_{2i1} & \mathbf{X}_{3i1} & \dots & \mathbf{X}_{ki1} \\ \dots & \dots & \dots & \dots \\ \mathbf{X}_{2im} & \mathbf{X}_{3im} & \dots & \mathbf{X}_{kim} \end{vmatrix} \quad \mathbf{u}_i = \begin{bmatrix} u_{it} \\ \vdots \\ u_{im} \end{bmatrix}$$

Los datos pueden “apilarse” para formar las siguientes matrices:

ECUACIÓN 3

$$\mathbf{y} = \begin{bmatrix} \mathbf{y}_1 \\ \vdots \\ \mathbf{y}_p \end{bmatrix} \quad \mathbf{X} = \begin{bmatrix} \mathbf{X}_1 \\ \vdots \\ \mathbf{X}_p \end{bmatrix} \quad \mathbf{u} = \begin{bmatrix} \mathbf{u}_1 \\ \vdots \\ \mathbf{u}_p \end{bmatrix}$$

donde \mathbf{y} es $n \times 1$, \mathbf{X} es $n \times (k-1)$ y \mathbf{u} es $n \times 1$. En consecuencia, de acuerdo al modelo de la Ecuación 1, se expresa:

ECUACIÓN 4

$$y = [i \ X] \begin{bmatrix} \alpha \\ \beta \end{bmatrix} + u$$

en este caso, i es un vector $n \times 1$, α es un escalar y $\beta = (\beta_2 \ \beta_3 \ \dots \ \beta_k)$

En este modelo, la parte sistemática de la ecuación 4 postula un intercepto común y un grupo de coeficientes de las pendientes también comunes para todas las unidades en todos los puntos en el tiempo. El método de estimación apropiado es *Mínimos Cuadrados Ordinarios* aplicados a los datos apilados de la ecuación 3.

Este procedimiento sirvió para determinar cuáles recursos humanos y materiales eran significativos para la prestación de cada servicio en los tres grupos de la *Evaluación descentralizados - no descentralizados* (agregado, descentralizado, no descentralizado) y en dos grupos para la *Evaluación abierta – derechohabiente* (servicios para población abierta y derechohabiente en los estados descentralizados).

En cada caso se consideró al servicio como la variable dependiente y los recursos humanos y materiales como independientes. A continuación se presentan los resultados del análisis de datos de panel; se indican las variables independientes (recursos) que son significativas para cada servicio prestado en grupo

I Variable dependiente: APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS

Agregado – Servicios para población abierta:

Coficiente	(-341160.6)	(2888.3)	(664.8)
Variables independientes	Constante	Unidades médicas	Personal médico
T-Stat	(-6.2632)	(10.4094)	(2.5194)
R ²	0.80		

Descentralizados – Servicios para población abierta:

Coeficiente	(-314410.8)	(3553.3)	(-8.4)
Variables independientes	Constante	Unidades médicas	Personal médico
T-Stat	(-3.6597)	(5.4233)	(-0.0220)
R ²	0.84		

No descentralizados – Servicios para población abierta:

Coeficiente	(-385703.5)	(2236.0)	(1239.2)
Variables independientes	Constante	Unidades médicas	Personal médico
T-Stat	(-4.5148)	(6.6915)	(3.1528)
R ²	0.80		

Descentralizados – Servicios para población derechohabiente:

Coeficiente	(7339.1)	(2619.6)	(827.1)
Variables independientes	Constante	Unidades médicas	Personal médico
T-Stat	(0.1660)	(2.1239)	(6.4780)
R ²	0.95		

II Variable dependiente: ANÁLISIS CLÍNICOS

Agregado – Servicios para población abierta:

Coeficiente	(24049.6)	(967.4)	(3434.0)	(571.1)	(7399.6)
Variables independientes	Constante	Consultorios	Laboratorios	Personal médico	Quirófanos
T-Stat	(1.7268)	(6.3724)	(4.5429)	(6.5637)	(5.5340)
R ²	0.84				

Descentralizados – Servicios para población abierta:

Coeficiente	(73460.3)	(1054.2)	(2391.6)	(846.6)	(11496.3)
Variables independientes	Constante	Consultorios	Laboratorios	Personal médico	Quirófanos
T-Stat	(3.1523)	(3.8227)	(2.3903)	(5.7791)	(4.3479)
R ²	0.88				

No descentralizados – Servicios para población abierta:

Coefficiente	(21853.4)	(748.5)	(81.0)	(484.3)	(5730.1)
Variables independientes	Constante	Consultorios	Laboratorios	Personal médico	Quirófanos
T-Stat	(1.2499)	(3.7202)	(0.0585)	(5.1765)	(4.8224)

R^2 0.85

Descentralizados – Servicios para población derechohabiente:

Coefficiente	(-83242.0)	(339.5)	(-5903.6)	(-60.5)	(12567.4)
Variables independientes	Constante	Consultorios	Laboratorios	Personal médico	Quirófanos
T-Stat	(-1.9576)	(0.6573)	(-1.4214)	(0.4305)	(2.8810)

R^2 0.98

III Variable dependiente: ATENCIONES ODONTOLÓGICAS

Agregado – Servicios para población abierta:

Coefficiente	(5807.8)	(897.5)	(14.6)
Variables independientes	Constante	Consultorios	Odontólogos
T-Stat	(0.5052)	(7.1630)	(14.5543)

R^2 0.72

Descentralizados – Servicios para población abierta:

Coefficiente	(23569.1)	(1342.8)	(3011.9)
Variables independientes	Constante	Consultorios	Odontólogos
T-Stat	(1.1513)	(5.5370)	(10.1956)

R^2 0.78

No descentralizados – Servicios para población abierta:

Coefficiente	(-11333.9)	(411.1)	(1481.0)
Variables independientes	Constante	Consultorios	Odontólogos
T-Stat	(-0.8238)	(2.5968)	(6.8440)

R^2 0.47

Descentralizados – Servicios para población derechohabiente:

Coficiente	(-6177.9)	(195.4)	(3186.6)
Variables independientes	Constante	Consultorios	Odontólogos
T-Stat	(-0.5518)	(1.4371)	(5.2531)
R ²	0.84		

IV Variable dependiente: CONSULTAS OTORGADAS

Agregado – Servicios para población abierta:

Coficiente	(-27070.53)	(2109.7)	(601.7)
Variables independientes	Constante	Consultorios	Personal médico
T-Stat	(-1.0378)	(7.4197)	(3.6924)
R ²	0.91		

Descentralizados – Servicios para población abierta:

Coficiente	(35595.9)	(2277.2)	(828.0)
Variables independientes	Constante	Consultorios	Personal médico
T-Stat	(0.7516)	(4.3054)	(2.9469)
R ²	0.93		

No descentralizados – Servicios para población abierta:

Coficiente	(-50629.6)	(-200.2)	(645.0)
Variables independientes	Constante	Consultorios	Personal médico
T-Stat	(-1.4400)	(5.0618)	(3.4285)
R ²	0.92		

Descentralizados – Servicios para población derechohabiente:

Coficiente	(53462.8)	(5080.9)	(419.4)
Variables independientes	Constante	Consultorios	Personal médico
T-Stat	(1.1582)	(9.0625)	(2.7480)
R ²	0.99		

V Variable dependiente: ESTUDIOS RADIOLÓGICOS

Agregado – Servicios para población abierta:

Coefficiente	(4988.2)	(46.1)	(46.8)	(62.3)	(478.5)
Variables independientes	Constante	Consultorios	Gabinetes de radiología	Personal médico	Quirófanos
T-Stat	(3.3106)	(2.8083)	(0.3332)	(6.6182)	(3.3076)

R² 0.80

Descentralizados – Servicios para población abierta:

Coefficiente	(8378.1)	(86.4)	(-285.5)	(93.4)	(1053.9)
Variables independientes	Constante	Consultorios	Gabinetes de radiología	Personal médico	Quirófanos
T-Stat	(3.7391)	(3.2588)	(-1.5190)	(6.6280)	(4.1455)

R² 0.87

No descentralizados – Servicios para población abierta:

Coefficiente	(-497.4)	(8.9564)	(1069.8)	(7.0)	(75.6)
Variables independientes	Constante	Consultorios	Gabinetes de radiología	Personal médico	Quirófanos
T-Stat	(-0.2514)	(0.3933)	(6.0581)	(0.6570)	(0.5618)

R² 0.83

Descentralizados – Servicios para población derechohabiente:

Coefficiente	(-3721.4)	(184.6)	(2904.2)	(3.5)	(-405.5)
Variables independientes	Constante	Consultorios	Gabinetes de radiología	Personal médico	Quirófanos
T-Stat	(-0.7731)	(3.1580)	(5.8775)	(0.2210)	(-0.8212)

R² 0.99

VI Variable dependiente: INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Agregado – Servicios para población abierta:

Coefficiente	(-31.7)	(19.4)	(23.1)	(157.7)
Variables independientes	Constante	Consultorios	Personal médico	Quirófanos
T-Stat	(-0.0757)	(4.2554)	(8.8478)	(3.9290)

R² 0.84

Descentralizados – Servicios para población abierta:

Coficiente	(396.8)	(22.9)	(31.0)	(126.7)
Variables independientes	Constante	Consultorios	Personal médico	Quirófanos
T-Stat	(0.6498)	(3.1629)	(8.0722)	(1.8284)

R² 0.89

No descentralizados – Servicios para población abierta:

Coficiente	(-1223.9)	(12.9)	(7.2)	(274.0)
Variables independientes	Constante	Consultorios	Personal médico	Quirófanos
T-Stat	(-1.6048)	(1.4679)	(1.7582)	(5.2872)

R² 0.79

Descentralizados – Servicios para población derechohabiente:

Coficiente	(853.0)	(24.4)	(2.5)	(22.4)
Variables independientes	Constante	Consultorios	Personal médico	Quirófanos
T-Stat	(1.8733)	(4.4124)	(1.6418)	(0.4787)

R² 0.99

VII Variable dependiente: PARTOS ATENDIDOS

Agregado – Servicios para población abierta:

Coficiente	(580.6)	(2.1)	(14.1)	(149.6)	(4.07)	(20.9)
Variables independientes	Constante	Camas censables	Personal médico	Quirófanos	Salas de expulsión	Unidades médicas
T-Stat	(1.6420)	(2.5090)	(6.3426)	(4.6212)	(1.1731)	(5.4550)

R² 0.86

Descentralizados – Servicios para población abierta:

Coficiente	(8.0)	(1.4)	(17.2)	(172.3)	(8.9)	(11.1)
Variables independientes	Constante	Camas censables	Personal médico	Quirófanos	Salas de expulsión	Unidades médicas
T-Stat	(0.0174)	(1.3070)	(5.8581)	(3.7352)	(1.8143)	(1.4572)

R² 0.91

No descentralizados – Servicios para población abierta:

Coeficiente	(-458.9)	(3.0)	(2.0)	(131.8)	(22.8)	(0.9)
Variables independientes	Constante	Camas censables	Personal médico	Quirófanos	Salas de expulsión	Unidades médicas
T-Stat	(-0.7314)	(2.2203)	(0.5796)	(2.9366)	(2.8881)	(0.1119)

R² 0.85

Descentralizados – Servicios para población derechohabiente:

Coeficiente	(1539.3)	(6.71)	(16.4)	(-21.5)	(65.7)	(-53.41)
Variables independientes	Constante	Camas censables	Personal médico	Quirófanos	Salas de expulsión	Unidades médicas
T-Stat	(2.3214)	(2.8121)	(8.3161)	(-0.3164)	(0.6061)	(-2.8863)

R² 0.97

APÉNDICE C

***EVALUACIÓN DESCENTRALIZADOS – NO DESCENTRALIZADOS
INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD (1982-1994)***

CUADRO 1

CONSULTAS OTORGADAS POR PERSONAL MÉDICO

Año	Agregado	Descentralizados	No descentralizados
1982	1910.6	2047.5	1805.0
1983	2078.6	2243.6	1946.3
1984	1434.7	1366.6	1493.1
1985	1298.5	1166.0	1434.4
1986	1725.3	1585.5	1879.2
1987	1823.2	1920.3	1725.8
1988	1446.1	1354.7	1539.8
1989	1565.4	1492.0	1640.9
1990	1610.6	1550.8	1666.8
1991	1466.8	1541.6	1406.7
1992	1410.5	1446.0	1379.6
1993	1413.6	1398.0	1427.9
1994	1359.6	1327.8	1388.4

Fuente: Elaborado por la autora con datos de *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes

CUADRO 2

CONSULTAS OTORGADAS POR CONSULTORIO

Año	Agregado	Descentralizados	No descentralizados
1982	2013.9	2078.8	1960.4
1983	2044.0	2186.9	1927.6
1984	1933.6	1975.2	1902.1
1985	1853.0	1786.3	1912.5
1986	2560.6	2705.4	2439.3
1987	2667.5	2928.2	2426.8
1988	2282.3	2257.0	2305.6
1989	2257.2	2339.7	2185.2
1990	2244.1	2328.5	2175.2
1991	2291.3	2413.6	2193.3
1992	2400.9	2545.4	2282.5
1993	2414.5	2522.9	2324.9
1994	2425.0	2534.6	2337.2

Fuente: Elaborado por la autora con datos de *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes

CUADRO 3

CONSULTAS GENERALES POR MÉDICO GENERAL

Año	Agregado	Descentralizados	No descentralizados
1982	3811.0	2688.8	4715.1
1983	3023.0	2669.7	3209.0
1984	4929.1	3753.0	6546.7
1985	5098.7	4062.3	6488.0
1986	5866.0	4889.1	7070.4
1987	10595.0	12224.4	8359.6
1988	5785.9	4632.9	7366.7
1989	4818.6	4956.4	4700.5
1990	4618.3	4546.4	4679.3
1991	3932.6	4330.4	3645.7
1992	3639.5	3671.7	3612.0
1993	3531.7	3716.8	3387.0
1994	3546.7	3722.1	3413.6

Fuente: Elaborado por la autora con datos de *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes

CUADRO 4

CONSULTAS GENERALES POR MÉDICO GENERAL O PASANTE

Año	Agregado	Descentralizados	No descentralizados
1982	879.6	665.6	1032.1
1983	966.3	727.0	1129.0
1984	1820.8	1699.3	1929.5
1985	1874.9	1706.1	2044.7
1986	1995.0	1821.0	2172.0
1987	3051.1	4423.9	1880.5
1988	1850.2	1858.8	1842.9
1989	1879.6	1953.7	1817.4
1990	1966.9	1986.2	1951.3
1991	1875.7	2069.9	1736.1
1992	1811.4	1984.2	1684.1
1993	1891.4	1995.2	1810.7
1994	1809.3	1848.4	1778.2

Fuente: Elaborado por la autora con datos de *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes

CUADRO 5

CONSULTAS ESPECIALIZADAS POR MÉDICO ESPECIALISTA

Año	Agregado	Descentralizados	No descentralizados
1982	508.6	448.5	555.9
1983	190.9	184.3	195.1
1984	176.6	128.9	217.5
1985	108.1	68.2	148.7
1986	50.0	4.7	99.5
1987	51.2	5.2	109.7
1988	365.2	359.9	372.9
1989	376.2	354.7	410.5
1990	418.0	443.0	386.5
1991	384.4	392.0	377.8
1992	515.7	526.6	504.7
1993	455.1	477.2	432.9
1994	486.0	536.0	436.2

Fuente: Elaborado por la autora con datos de *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes

CUADRO 6

ATENCIÓNES ODONTOLÓGICAS POR ODONTÓLOGO

Año	Agregado	Descentralizados	No descentralizados
1982	3894.8	4311.7	3342.4
1983	3844.2	4591.0	2990.7
1984	2901.5	3495.8	2304.2
1985	2590.9	2924.1	2209.3
1986	2733.9	2938.2	2490.5
1987	3682.2	4262.4	2885.9
1988	890.1	816.5	979.1
1989	1862.9	1488.4	2498.6
1990	1838.9	1575.9	2208.2
1991	1669.9	1440.3	2012.0
1992	1532.2	1478.5	1598.9
1993	1691.3	1467.8	2007.2
1994	1606.8	1480.7	1756.7

Fuente: Elaborado por la autora con datos de *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes

CUADRO 7

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR QUIRÓFANO

Año	Agregado	Descentralizados	No descentralizados
1982	374.1	370.5	377.0
1983	340.0	353.2	330.3
1984	403.8	445.8	377.4
1985	417.0	407.8	424.3
1986	430.2	416.8	440.2
1987	541.9	580.9	508.5
1988	551.5	564.6	539.1
1989	545.3	558.0	533.2
1990	756.3	761.3	751.2
1991	633.3	720.8	571.6
1992	693.1	691.1	694.8
1993	649.0	629.9	665.9
1994	718.1	765.6	679.9

Fuente: Elaborado por la autora con datos de *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes

CUADRO 8

PARTOS ATENDIDOS POR SALA DE EXPULSIÓN

Año	Agregado	Descentralizados	No descentralizados
1982	98.0	91.5	103.6
1983	130.1	140.3	123.1
1984	101.1	102.4	100.1
1985	99.7	87.5	111.2
1986	93.2	86.4	100.3
1987	111.5	92.3	131.8
1988	104.7	90.4	120.8
1989	110.1	90.0	134.3
1990	236.0	229.9	241.3
1991	120.1	99.0	142.2
1992	122.4	102.7	143.7
1993	125.7	100.7	153.0
1994	127.8	103.6	154.8

Fuente: Elaborado por la autora con datos de *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes

CUADRO 9

ANÁLISIS CLÍNICOS POR LABORATORIO

Año	Agregado	Descentralizados	No descentralizados
1982	12072.6	14650.6	10255.8
1983	12209.5	13917.3	10950.1
1984	12986.9	14677.5	11752.8
1985	13408.9	14657.1	12402.7
1986	15625.0	18699.3	13373.6
1987	14533.0	17722.3	12197.9
1988	15473.1	17395.5	13814.9
1989	14083.3	13387.8	14907.2
1990	12882.6	11210.8	15407.8
1991	29930.6	31784.6	28269.2
1992	28366.8	31916.3	25114.0
1993	27663.9	29378.3	26147.8
1994	29254.4	31213.5	27513.0

Fuente: Elaborado por la autora con datos de *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes

CUADRO 10

ESTUDIOS RADIOLÓGICOS POR GABINETE DE RADIOLOGÍA

Año	Agregado	Descentralizados	No descentralizados
1982	1657.7	1648.9	1665.2
1983	1602.7	1377.8	1787.3
1984	1718.3	1435.1	2005.5
1985	1501.9	1130.3	1899.3
1986	1885.3	1789.7	1976.6
1987	1785.8	1542.2	2036.3
1988	1702.4	1399.8	2058.9
1989	1806.7	1430.9	2312.4
1990	2292.2	2112.9	2493.5
1991	2470.8	2073.2	2936.5
1992	2868.0	2752.3	2995.4
1993	2938.1	2862.7	3010.9
1994	2995.6	3007.6	2984.4

Fuente: Elaborado por la autora con datos de *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes

CUADRO 11

ANÁLISIS CLÍNICOS Y ESTUDIOS RADIOLÓGICOS POR TRABAJADOR DE LOS SERVICIOS AUXILIARES Y DE DIAGNÓSTIC

Año	Agregado	Descentralizados	No descentralizados
1982	8558.4	8199.3	8946.5
1983	8994.2	8946.3	9038.2
1984	1365.3	1233.0	1510.2
1985	3196.5	3340.3	3074.8
1986	3483.3	3424.3	3544.8
1987	3266.1	2826.9	3889.7
1988	3072.3	2857.9	3336.4
1989	3254.2	2864.8	3789.2
1990	3219.9	2892.5	3670.2
1991	3605.0	3348.4	3900.8
1992	4269.4	4340.2	4190.9
1993	3936.9	3556.9	4400.5
1994	4136.4	4042.8	4234.7

Fuente: Elaborado por la autora con datos de *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes

APÉNDICE D

***EVALUACIÓN ABIERTA – DERECHOHABIENTE
INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD (1982-1994)***

CUADRO 1**CONSULTAS OTORGADAS POR PERSONAL MÉDICO**

Año	Abierta	Derechohabiente
1982	2047.5	2195.6
1983	2243.6	2391.5
1984	1366.6	2757.7
1985	1166.0	2855.7
1986	1585.5	2581.1
1987	1920.3	2837.4
1988	1354.7	2745.7
1989	1492.0	2574.7
1990	1550.8	2516.0
1991	1541.6	2264.6
1992	1446.0	2361.2
1993	1398.0	2453.5
1994	1327.8	2396.4

Fuente: Elaborado por la autora con datos del *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes

CUADRO 2**CONSULTAS OTORGADAS POR CONSULTORIO**

Año	Abierta	Derechohabiente
1982	2078.8	6127.2
1983	2186.9	6834.0
1984	1975.2	7286.8
1985	1786.3	7118.6
1986	2705.4	7092.3
1987	2928.2	7361.1
1988	2257.0	6779.6
1989	2339.7	6609.5
1990	2328.5	6633.5
1991	2413.6	6441.9
1992	2545.4	6062.4
1993	2522.9	6320.6
1994	2534.6	6115.9

Fuente: Elaborado por la autora con datos del *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes

CUADRO 3

CONSULTAS OTORGADAS POR MÉDICO GENERAL

Año	Abierta	Derechohabiente
1982	2688.8	5607.7
1983	2669.7	3540.4
1984	3753.0	4430.4
1985	4062.3	4010.4
1986	4889.1	4061.5
1987	12224.4	4646.5
1988	4632.9	4235.5
1989	4956.4	4303.1
1990	4546.4	4086.6
1991	4330.4	3691.9
1992	3671.7	3950.3
1993	3716.8	3937.7
1994	3722.1	3692.7

Fuente: Elaborado por la autora con datos del *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes

CUADRO 4

CONSULTAS GENERALES POR MÉDICO GENERAL O PASANTE

Año	Abierta	Derechohabiente
1982	665.6	2537.6
1983	727.0	2255.1
1984	1699.3	3080.2
1985	1706.1	3013.9
1986	1821.0	3256.7
1987	4423.9	3634.1
1988	1858.8	3473.7
1989	1953.7	3563.7
1990	1986.2	3453.1
1991	2069.9	3143.8
1992	1984.2	3482.7
1993	1995.2	3485.2
1994	1848.4	3146.7

Fuente: Elaborado por la autora con datos del *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes

CUADRO 5**CONSULTAS ESPECIALIZADAS
POR MÉDICO ESPECIALISTA**

Año	Abierta	Derechohabiente
1982	448.5	1695.5
1983	184.3	1703.3
1984	128.9	1613.7
1985	68.2	1308.6
1986	4.7	1041.7
1987	5.2	1073.7
1988	359.9	983.6
1989	354.7	1060.1
1990	443.0	870.0
1991	392.0	908.7
1992	526.6	952.6
1993	477.2	973.6
1994	536.0	879.6

Fuente: Elaborado por la autora con datos del *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes

CUADRO 6**ATENCIÓNES ODONTOLÓGICAS POR ODONTÓLOGO**

Año	Abierta	Derechohabiente
1982	4311.7	2661.3
1983	4591.0	3266.5
1984	3495.8	3297.7
1985	2924.1	3229.7
1986	2938.2	2165.5
1987	4262.4	2638.9
1988	816.5	2536.9
1989	1488.4	2289.2
1990	1575.9	2371.1
1991	1440.3	2321.2
1992	1478.5	2477.1
1993	1467.8	2291.9
1994	1480.7	3020.4

Fuente: Elaborado por la autora con datos del *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes

CUADRO 7

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR QUIRÓFANO

Año	Abierta	Derechohabiente
1982	370.5	1040.5
1983	353.2	1125.7
1984	445.8	1168.8
1985	407.8	1144.3
1986	416.8	1236.5
1987	580.9	1340.4
1988	564.6	1277.5
1989	558.0	1189.5
1990	761.3	1210.2
1991	720.8	1269.8
1992	691.1	1248.9
1993	629.9	1199.6
1994	765.6	1205.2

Fuente: Elaborado por la autora con datos del *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes

CUADRO 8

PARTOS ATENDIDOS POR SALA DE EXPULSIÓN

Año	Abierta	Derechohabiente
1982	91.5	1133.4
1983	140.3	1271.7
1984	102.4	1253.7
1985	87.5	1259.7
1986	86.4	1230.5
1987	92.3	1386.4
1988	90.4	1446.9
1989	90.0	1459.8
1990	229.9	1491.0
1991	99.0	1909.5
1992	102.7	1523.2
1993	100.7	1469.3
1994	103.6	1365.5

Fuente: Elaborado por la autora con datos del *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes

CUADRO 9**ANÁLISIS CLÍNICOS POR LABORATORIO**

Año	Abierta	Derechohabiente
1982	14650.6	92068.1
1983	13917.3	103305.1
1984	14677.5	109352.2
1985	14657.1	111646.6
1986	18699.3	111805.5
1987	17722.3	124783.3
1988	17395.5	121292.6
1989	13387.8	129926.0
1990	11210.8	142736.6
1991	31784.6	156859.9
1992	31916.3	569267.1
1993	29378.3	139075.4
1994	31213.5	137037.0

Fuente: Elaborado por la autora con datos del *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes

CUADRO 10**ESTUDIOS RADIOLÓGICOS
POR GABINETE DE RADIOLOGÍA**

Año	Abierta	Derechohabiente
1982	1648.9	8559.6
1983	1377.8	8719.4
1984	1435.1	9109.9
1985	1130.3	9265.8
1986	1789.7	8547.4
1987	1542.2	9437.4
1988	1399.8	11599.3
1989	1430.9	9537.9
1990	2112.9	9704.1
1991	2073.2	9842.5
1992	2752.3	9738.1
1993	2862.7	10076.0
1994	3007.6	10232.2

Fuente: Elaborado por la autora con datos del *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes

CUADRO 11

**ANÁLISIS CLÍNICOS Y ESTUDIOS RADIOLÓGICOS
POR TRABAJADOR DE LOS SERVICIOS
AUXILIARES Y DE DIAGNÓSTICO**

Año	Abierta	Derechohabiente
1982	8199.3	38190.6
1983	8946.3	42309.0
1984	1233.0	46863.5
1985	3340.3	47475.9
1986	3424.3	32324.7
1987	2826.9	39308.2
1988	2857.9	36183.9
1989	2864.8	34489.3
1990	2892.5	38166.4
1991	3348.4	38534.6
1992	4340.2	40200.2
1993	3556.9	35812.3
1994	4042.8	34830.6

Fuente: Elaborado por la autora con datos del *Boletín de Información Estadística* de los años correspondientes

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- Alcántara Sáenz, Manuel, "Los problemas de gobernabilidad de un sistema político", en Mauricio Merino H. (coord.), *Cambio político y gobernabilidad*, México, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública-CONACYT, 1992, pp. 19-55.
- Ashford, Douglas E., "Territorial politics and equality: Decentralization in the modern state", *Political Studies*, 27 (1979), pp. 71-83.
- Ballart, Xavier, *¿Cómo evaluar programas y servicios públicos? Aproximación sistemática y estudios de caso*, Madrid, Ministerio para las Administraciones Públicas, 1992.
- Bingham, Richard D. y Claire L. Felbinger, *Evaluation in Practice. A Methodological Approach*, White Plains (NY), Longman, 1989.
- Cabrero, Enrique y José Mejía Lira, *Marco teórico-metodológico para el estudio de políticas descentralizadoras en México*, México, CIDE, 1992.
- Cardozo, Myriam, "La descentralización de los servicios de salud en México: hacia la amnesia total o hacia la recuperación de la política", *Gestión y política pública*, 2 (1993), p. 365-391.
- _____, "La evaluación de las políticas públicas: problemas, metodologías, aportes y limitaciones", *Revista de Administración Pública*, 1993, núm. 84, pp. 167-197.
- Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo—Organización Panamericana de la Salud, *Descentralización de los servicios de salud como estrategia para el desarrollo de los sistemas locales de salud*, Caracas, CLAD-OMS, 1990.
- Cheema, G. Shabbir y Dennis A. Rondinelli (eds.), *Decentralization in Developing Countries*, Los Angeles (CA), Sage, 1983.
- Chelimsky, Eleanor, *Program Evaluation: Patterns and Directions*, Washington (DC), American Society for Public Administration, 2ª ed., 1989.
- Consejo Nacional de Salud, *Hacia la Federalización de la Salud en México*, México, Secretaría de Salud, 1996.
- Cruz, Carlos y Cuauhtémoc Valdés, "Diversidad financiera para la prestación de los servicios de salud", *Salud Pública de México*, 34 (1992), suplemento, pp. 134-147.

- "Decreto para la descentralización de los servicios de salud para población abierta".
Diario Oficial de la Federación, 8 de marzo de 1984.
- "Decreto que establece las bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la SSA" *Diario Oficial de la Federación*, 30 de agosto de 1983.
- Díaz-Muñoz, Ana Rita y otros, *Sistemas de salud en proceso de reforma*, Buenos Aires, OPS-OMS, 1994.
- Donabedian, Avedis, *Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*, trad. por Beatriz Álvarez, México, Secretaría de Salud–Instituto Nacional de Salud Pública–Fondo de Cultura Económica, 1988.
- _____, *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Un texto introductorio*, trad. Octavio Gómez, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 1990. (Perspectivas en Salud Pública, 10).
- Drummond, Peter, *Principles of economic appraisal in health care*, Oxford, Oxford University Press, 1987.
- Durán, Lilia, "Eficiencia en la prestación de servicios de salud", *Salud Pública de México*, 34 (1992), pp. 42- 57.
- Etzioni, Amitai, *Modern Organizations*, New Delhi, Prentice Hall of India, 1964
- Flamand, Laura, "Las perspectivas del Nuevo Federalismo: El Sector Salud. Las experiencias de Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí", México, CIDE, 1997. (Documento de Trabajo, DAP, en prensa).
- Frenk, *Hacia la reforma del sistema de salud: una propuesta estratégica*, México, FUNSALUD, 1994.
- Furniss, Norman, "The practical significance of decentralization", *The Journal of Politics*, 37 (1974), pp. 958-982.
- Gomà, Ricard y Joaquim Brugué, "Public participation in a decentralized city: The case of Barcelona", Barcelona, Institut de Ciències Polítiques i Socials, 1994. (Working Papers, 84).
- González Block, Miguel Ángel, "La descentralización del sector salud en México. Alcances y limitaciones de los sistemas locales de salud", *Salud Pública de México*, 34 (1992), suplemento, pp. 117-133.
- _____, René Leyva y otros, "Health services decentralization in Mexico: formulation, implementation and results of policy", *Health Policy and Planning*, 4 (1989), pp. 301-313.
- Guerrero, Juan Pablo, "La evaluación de políticas públicas: enfoques teóricos y realidades en nueve países desarrollados", *Gestión y Política Pública*, 4 (1995), pp. 47-115.

- Holzer, Marc y Stuart S. Nagel (eds.), *Productivity and Public Policy*, Beverly Hills (CA), Sage, 1984. (Sage Yearbooks in Politics and Public Policy, 12).
- Johnston, John, *Econometric Methods*, Singapur, MacGraw-Hill, 1991.
- Kaufman, Herbert "Administrative decentralization and political power". *Public Administration Review*, 29 (1969), pp. 3-14.
- Kumate, Jesús y Guillermo Soberón, *Salud para todos. ¿Utopía o realidad?*, México, El Colegio Nacional, 1989.
- Kutzin, Joseph, *Experience with organizational and financing reform of the health sector*, Ginebra, OMS, 1995.
- Layard, Richard (comp.), *Análisis costo-beneficio*, México, Fondo de Cultura Económica, 1978.
- Ley General de Salud*, México, 1993.
- Martínez Cabañas, Gustavo, *La administración estatal y municipal en México*, México, INAP-CONACYT, 1985.
- Mény, Yves y Jean Claude Thoening, *Las políticas públicas*, Barcelona, Ariel, 1992.
- Mills, Anne y otros, *Descentralización de los Sistemas de Salud. Conceptos, aspectos y experiencias nacionales*, Ginebra, OMS, 1995.
- Mintzberg, Henry, *Mintzberg y la dirección*, trad. por Jesús Nicolau y Mercedes Gonzalbo, Madrid, Díaz de Santos, 1991.
- _____, *Diseño de organizaciones eficientes*, trad. por Roxana M. Capmany, Buenos Aires, El Ateneo, 1989.
- Musto, Stefan, *Análisis de Eficiencia*, Madrid, Tecnos, 1975.
- Nagel, Stuart (ed.), *Policy Theory and Policy Evaluation*, Westport (VI), Greenwood, 1990.
- Organización Mundial de la Salud, *Evaluación de los programas de salud. Normas fundamentales para su aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud*, Ginebra, OMS, 1981.
- Organización Panamericana de la Salud, *Health economics. Latin American Perspectives*, Washington (DC), 1989.
- Oszlak, Oscar y otros, "El Estado y los servicios de salud", Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud, 1987. (Mimeo.).
- Palumbo, Dennis J. (ed.), *The Politics of Program Evaluation*, Beverly Hills (CA), Sage, 1987. (Sage Yearbooks in Politics and Public Policy, 15).
- Pass, Christopher y otros, *The Harper Collins Dictionary of Economics*, New York, Harper Perennial, 1991.

- Plan Nacional de Desarrollo, Diario Oficial de la Federación*, miércoles 31 de mayo de 1995.
- Porter, David O. y Eugene A. Olsen, "Some critical issues in government centralization and decentralization", *Public Administration Review*, 36 (1976), pp. 72-84.
- Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*, México, Poder Ejecutivo Federal, 1995.
- Redorta, Esthela, *Financiamiento y prestación de servicios públicos de salud en México en un contexto de reestructuración e innovación*, México, CIDE, 1995. (Documento de Trabajo, DAP, 29).
- Peter H. Rossi y Howard E. Freeman, *Evaluation. A Systematic Approach*, Newbury Park (CA), Sage, 4ª ed., 1989.
- Ruelas, Enrique y Julio Querol, *Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud*, México, FUNSALUD, 1994. (Economía y Salud, 8).
- Ruiz de Chávez, Manuel y otros, *Sistemas de información en salud: tendencias actuales*, México, Secretaría de Salud--Organización Panamericana de la Salud--Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1988.
- Ruiz Massieu, José Francisco, "La descentralización de los servicios de salud: obstáculos y soluciones", en Miguel de la Madrid, *La descentralización de los servicios de salud: el caso de México*, México, Miguel Angel Porrúa, 1986, pp. 61-84.
- Ruiz Massieu, José Francisco, "Prólogo" en G. Soberón, *La protección de la salud en México. Palabras, discursos y mensajes*, México, Miguel Angel Porrúa, 1987, pp. 11-21.
- Secretaría de Salud, *Boletín de Información Estadística* (1982, 1983, 1984, 1985 y 1986), México.
- _____, *Descentralización de los servicios de salud a población abierta. Avances y perspectivas*, México, 1987.
- _____, *Informe de Labores* (1989-1990, 1990-1991, 1991-1992, 1992-1993 y 1993-1994), México.
- _____, *Foro de Consulta Popular para la Planeación Democrática de Salud*, México, Secretaría de Salud, 1984. (Cuadernos de la SS, 7).
- _____, *Programa Nacional de Salud 1984-1988*, México, 1984
- _____, *Reunión de evaluación de la descentralización de los servicios de salud*, México, Secretaría de Salud, 1984,
- _____, "Sistema Nacional de Salud. Avances y perspectivas", México, SSA, 1984. (Cuadernos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 7).
- Serra Rojas, Andrés, *Derecho administrativo*, México, Porrúa, 1965.

- Simon, Herbert, *El comportamiento administrativo*, trad. por Amando L. Ros y Elida B. Messina, Buenos Aires, Aguilar, 3ª ed., 1988.
- Sistema Nacional de Salud, *Boletín de Información Estadística* (1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993 y 1994), México.
- Smith, Adam, *Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones*, trad. Gabriel Franco, México, Fondo de Cultura Económica, 1958.
- Smith, Brian C., *Decentralization. The territorial dimension of the state*, Londres, George Allen & Unwin, 1984.
- Soberón, Guillermo, "Planteamientos iniciales para la consolidación del Sistema Nacional de Salud", México, 1984. (Cuadernos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 2).
- _____, *La protección de la salud en México. Palabras, discursos y mensajes*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1987.
- _____ y Leobardo Ruiz, *Hacia un Sistema Nacional de Salud*, México, UNAM, 1983.
- _____ y otros, *La Salud en México: Testimonios 1988. Fundamentos del cambio estructural*, México, Secretaría de Salud-Fondo de Cultura Económica, 1988.
- Torres, Blanca (comp.), *Descentralización y democracia en México*, México, El Colegio de México, 1986.
- Urrutia, Alfonso, "Caos, ineficiencia y duplicidades en los servicios de salud: ARDF", *La Jornada*, México D. F., 11 de octubre 1995.
- Weiss, Carol, *Evaluation Research*, Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall, 1972.