

# Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo

Gustavo Merino

## Introducción

En 1996 se inició el proceso de descentralización de los servicios de salud que atienden a la población abierta, el cual se construyó sobre reformas instrumentadas a mediados de los ochenta. De manera paralela se llevaron a cabo acciones desconcentradoras de algunos servicios provistos por los institutos de seguridad social. Aunque con características y problemática propia, estos esfuerzos descentralizadores no representan políticas aisladas del sector salud, sino que se enmarcan en, y a su vez contribuyen a, un proceso de cambio del sistema federal mexicano, que tiende hacia la descentralización de las responsabilidades de operación de ciertos servicios públicos.

En este ensayo se examina la descentralización del sistema de salud para la población abierta en el contexto de las relaciones entre los diferentes órdenes de gobierno, con especial referencia a los aspectos de gasto y financiamiento de los servicios y a la división de funciones entre gobiernos. Se parte de la premisa de que tanto el proceso de descentralización en materia de salud, como el propio funcionamiento del sistema de salud posterior a las reformas, están acotados en su alcance y funcionamiento por la estructura del federalismo mexicano, por lo que para resolver algunas deficiencias del sistema de salud es necesario reformar el federalismo y no limitarse exclusivamente a reformas sectoriales.

La descentralización se ha promovido en México y en muchos otros países como vehículo para mejorar la provisión de los servicios públicos, bajo el ar-

gumento de que las autoridades estatales y locales conocen mejor que el gobierno federal las necesidades y preferencias de los ciudadanos, en virtud de estar más cerca de éstos, lo que acarrea ganancias en eficiencia y por lo tanto en el bienestar social. Otros argumentos utilizados, en especial en el caso de México, incluyen la promoción de una mayor participación financiera por parte de los gobiernos estatales en la provisión de los servicios públicos y la atención a presiones políticas. El fortalecimiento del federalismo es otro argumento utilizado para justificar las medidas descentralizadoras.<sup>1</sup>

La primera parte de este capítulo es una breve descripción de los procesos de descentralización en el sector salud, donde se identifican sus alcances y limitaciones. En la sección inmediata se sitúan estos procesos en el contexto de la evolución del federalismo mexicano. Posteriormente se analizan las restricciones a la descentralización desde los ámbitos fiscal y laboral y sus implicaciones para la provisión de los servicios. Se concluye con algunos comentarios.

## Procesos de descentralización del sector salud

Se pueden distinguir dos procesos de descentralización de los servicios de salud para la población abierta, con una etapa intermedia de pocos cambios. En la década de los ochenta se llevó a cabo el primer esfuerzo por descentralizar algunos aspectos relacionados con la provisión de los servicios de salud. És-

Por los comentarios e información que aportó para este trabajo, agradezco a Jacqueline Arzoz y María Fernanda Merino, y por su hábil asistencia en la investigación, a Karla Breceda y Marco Antonio Berger. Por supuesto, todos los errores son responsabilidad del autor.

<sup>1</sup> En México se habla de *federalización* para referirse a un proceso de descentralización y devolución; aunque la acepción original del término y de uso en otros países (incluso en México durante las dos décadas posteriores al proceso revolucionario) se refiere a un proceso de centralización de facultades a favor del gobierno federal.

te incluyó la transferencia de la responsabilidad de operación de algunos hospitales y unidades médicas de primero y segundo nivel, ciertas responsabilidades administrativas y, quizá más importante, la integración de los servicios de IMSS-Coplamar (más tarde IMSS-Solidaridad y ahora IMSS-Oportunidades) con los de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia. Estas medidas no fueron generalizadas, ya que sólo 14 estados firmaron los acuerdos de descentralización con la Federación.<sup>2</sup> Las decisiones de gasto permanecieron centralizadas, sobre todo en lo que se refiere al gasto en personal; de manera que la descentralización no otorgó a las entidades más autonomía financiera de la que podrían obtener de sus propias fuentes de ingreso, las cuales eran y siguen siendo restringidas. A su vez, no se transfirió ninguna facultad sustantiva en relación con la formulación de las políticas y la normatividad en salud o de las decisiones sobre la ejecución del gasto. Por estas razones, más que una verdadera descentralización de funciones, esta medida tuvo un carácter de desconcentración administrativa, sin que se dieran grandes cambios en la provisión de los servicios ni se observara un mayor progreso en los firmantes que en aquellos que optaron por el sistema centralizado (Birn, 1999; Cabrero y Martínez-Vázquez, 2000).<sup>3</sup>

Durante el gobierno de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) se llevaron a cabo algunas acciones con tendencia descentralizadora, como fue el fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (Silos); asimismo, a través del Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), iniciado en ese periodo, se buscaba que las jurisdicciones generaran la capacidad para evaluar, asesorar y supervisar a los

Silos. La delimitación jurisdiccional en materia de salud, sin embargo, no coincidía con la división política del país, por lo que no se trataba de una descentralización hacia los órdenes locales de gobierno, como ocurrió con los procesos de descentralización previos y posteriores. En el régimen salinista también se desarrollaron o fomentaron programas federales para ampliar la cobertura y calidad de los servicios en el ámbito nacional; entre ellos cabe mencionar al Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas y el Programa Nacional de Vacunación, lo que fortaleció la gestión federal en materia de salud (Chávez Carrera, 1997, Cabrero y Martínez-Vázquez, 2000).<sup>4</sup>

En 1996 comenzó una segunda fase de descentralización de los servicios de salud para la población abierta; esta vez se incluyó a todas las entidades federativas y tuvo un mayor alcance que el proceso instrumentado en los ochenta, como se verá más adelante. La descentralización se presentó como una de las estrategias principales del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Este proyecto resaltó el marcado centralismo que persistía en las instituciones de salud, del que derivaban directamente problemas como los siguientes: baja eficiencia en las decisiones para la asignación de los recursos; falta de precisión en la definición de las responsabilidades de cada orden de gobierno; burocratismo excesivo e inercia en las decisiones de asignación de gasto entre los estados. También se mencionó la limitada coordinación entre los dos sistemas de atención a la población abierta (IMSS-Solidaridad y SSA) y entre éstos y las autoridades estatales.

La descentralización se puso como otro objetivo reducir la gran desigualdad entre las entidades con

<sup>2</sup> En orden de la firma del acuerdo respectivo, las entidades signantes fueron: Tlaxcala (1985), Nuevo León (1985), Guerrero (1985), Jalisco (1985), Baja California Sur (1985), Morelos (1985), Tabasco (1985), Querétaro (1985), Sonora (1985), Colima (1986), México (1986), Guanajuato (1986), Aguascalientes (1987) y Quintana Roo (1987).

<sup>3</sup> Por ejemplo, Birn presenta la evidencia de que si bien aumentó el gasto social en los estados descentralizados, la cobertura de los servicios sobre la población abierta disminuyó en ellos mismos, mientras que aumentó en los no descentralizados.

<sup>4</sup> Cabe notar que la división política del territorio, la cual obedece a razones históricas, no necesariamente tiene que coincidir con la división jurisdiccional que maximice la eficiencia en la provisión de los servicios públicos, dadas las características de la demanda, los costos de proveer servicios y la presencia de externalidades positivas territoriales en la provisión de ciertos servicios de salud. Por las mismas razones, es deseable la centralización de ciertos programas de salud.

respecto a la disponibilidad de los servicios de salud.<sup>5</sup> El rezago en salud se relaciona con la proporción de la población en cada una de ellas que no está amparada por los servicios de seguridad social, lo que también se asocia con mayores índices de pobreza y marginación. En Coahuila se observa la menor proporción de población abierta (31%), mientras que en Guerrero 80% de sus habitantes y 84% en Chiapas no están protegidos por las instituciones de seguridad social. En el ámbito nacional, 61% de los mexicanos forma parte de la población abierta.<sup>6</sup>

### Alcance de la descentralización iniciada en 1996

Este proceso de descentralización fue más amplio por lo que se refiere a las responsabilidades transferidas, como se ilustra en el cuadro 1. También hubo mayor claridad en la división de funciones entre los diversos órdenes de gobierno, aunque existen importantes áreas de concurrencia entre esos niveles de la administración pública. Otro aspecto que distingue a este proceso de descentralización del de la década de los ochenta es que en aquel los estados descentralizados estaban sujetos a control presupuestal por parte del gobierno federal, mientras que en la descentralización de 1996 se les otorgó mayor autonomía formal en el manejo de los recursos federales transferidos, siempre y cuando éstos se destinaran a los servicios de salud. Empero, como se verá más adelante, esa autonomía está acotada en la práctica (cuadro 1).

Para recibir las nuevas responsabilidades y al personal que antes pertenecía a la SSA, los estados conformaron los llamados Organismos Públicos Descen-

<sup>5</sup> Ha pasado poco tiempo desde la puesta en marcha de ese proceso como para evaluar si se alcanzó esta meta. En la evaluación será necesario distinguir entre mejoras derivadas de programas impulsados y financiados por el gobierno federal antes y después de iniciada la descentralización, de los resultados de la operación de los servicios por los gobiernos estatales.

<sup>6</sup> Cálculos propios, con datos del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Cuestionario básico. Se considera como población abierta la suma de la población no derechohabiente y no especificada.

**Cuadro 1.** División de funciones en materia de salud entre órdenes de gobierno, como resultado del proceso de descentralización iniciado en 1996

Responsabilidades	
Federales	
•	Asegurar que la política de salud nacional responda a las prioridades nacionales y regionales y que fortalezca el sistema nacional de salud y los sistemas estatales.
•	Definir y revisar las normas legales del sistema de salubridad y proponer cualquier cambio necesario en las reglas de legislación e implementación.
•	Evaluar el destino de los recursos con el objetivo de evitar desvíos, revisando objetivos, reorientando actividades y mejorando el uso eficiente de los recursos.
•	Establecer con otros oferentes de servicios de salud y entre los diferentes niveles de gobierno mecanismos de coordinación más efectivos.
•	Mantener a través de la SSA el marco legal en cuanto a las funciones de coordinación, planeación y evaluación.
•	Tratar exclusivamente con la SSA las relaciones laborales correspondientes a todos los trabajadores que no pertenecen al sistema del IMSS.
Estatales	
•	Organizar y operar, entre otros, los servicios primarios de salud, servicios de guardería, planificación familiar y salud mental.
•	Supervisar y controlar asuntos en el área de nutrición.
•	Prevenir y controlar amenazas ambientales de salud.
•	Supervisar la coberturas de salud y salubridad básicas.
•	Prevenir y controlar enfermedades contagiosas.
•	Implementar programas de asistencia social.
•	Mantener el nivel actual de participación financiera e intentar aumentar estas contribuciones en el futuro.

FUENTE: Cabrero y Martínez-Vázquez (2000).

***La descentralización se ha promovido en México y en muchos otros países como vehículo para mejorar la provisión de los servicios públicos, bajo el argumento de que las autoridades estatales y locales conocen mejor que el gobierno federal las necesidades y preferencias de los ciudadanos***

tralizados, al mismo tiempo que crearon o fortalecieron sus secretarías de Salud, o equivalentes, como cabeza de sector.

Los trabajadores que antes laboraban para la SSA pasaron a formar parte de la administración estatal, a través de los organismos operadores, con importantes implicaciones, tanto para el financiamiento como para el funcionamiento de los sistemas estatales de salud, como se verá en páginas posteriores. Esto representó una gran diferencia con respecto de la desconcentración de los ochenta cuando, aun en los estados descentralizados, los trabajadores del sector seguían dependiendo de la SSA.

Como sucedió con otros procesos de descentralización, tanto en el sector salud como en el referente a la educación básica, la de los servicios de salud de 1996 fue diseñada y puesta en práctica desde el gobierno federal; es decir, no fue consecuencia de una demanda de las entidades para tomar mayores responsabilidades en la provisión de los servicios de salud a la población abierta. Este enfoque, “de arriba hacia abajo”, implica que los objetivos promovidos fueron de forma principal aquéllos del gobierno federal y no los de las administraciones estatales, por lo que los cambios no necesariamente reflejan un esfuerzo de éstas por tener una mayor participación y autonomía en la provisión de los servicios públicos. Así se explica que en el caso del sector salud, como en el de la educación básica, las principales funciones de política pública permanecieron como responsabilidad de la Federación, y el que no se llevaran a cabo funciones complementarias de descentralización en materia tributaria.

A pesar de las restricciones que resultaron de este modelo de descentralización, al iniciarse la fase de la descentralización de los servicios de salud en 1996, fue posible identificar algunos de los problemas asociados a la descentralización educativa iniciada cuatro años atrás. Entre otras medidas, se procuró involucrar de manera más directa a los gobiernos estatales. Éstos hicieron un diagnóstico de los problemas existentes, definieron objetivos para la

reorganización y ampliación de la cobertura y formularon propuestas de reforma. El gobierno federal estableció grupos de expertos para apoyarlos en el desarrollo de su capacidad administrativa (Cabrero y Martínez-Vázquez, 2000). También se creó el Consejo Nacional de Salud en 1995, en el que estaban representadas las autoridades estatales y federales; ese organismo estaría encargado de coordinar los aspectos relacionados con la reforma, negociar y proponer soluciones y cambios, entre otras de sus funciones. Para Cabrero y Martínez-Vázquez, esta institución ha sido determinante en el éxito relativo de la descentralización. En cambio, en el caso de la educación básica, los consejos nacionales y regionales, en los que presuntamente participaría la sociedad civil, no han sido influyentes en las políticas del sector.

### **Descentralización y federalismo fiscal en México**

Aunque los procesos de desconcentración y descentralización del sector salud obedecen en gran medida a sus necesidades propias, también fueron impulsados y a su vez contribuyen a la evolución del federalismo mexicano. En este sentido, el alcance y profundidad de la descentralización de los servicios de salud, como el de reformas similares en otros sectores, se ven moldeados por las dimensiones política, administrativa y fiscal que caracterizan las relaciones entre los órdenes de gobierno.

La descentralización de los ochenta se llevó a cabo en el contexto de los esfuerzos del presidente Miguel de la Madrid (1982-1988) por “descentralizar la vida nacional”. Quizá la medida más importante, por su alcance potencial en esa época, fue la reforma del artículo 115 constitucional, en el que se formalizaban y reforzaban las funciones del municipio y se otorgaba a este orden de gobierno autonomía en el manejo de su hacienda. Estas medidas perseguían no sólo mejoras en la administración pública sino también aumentar la contribución estatal para el financiamiento de los servicios públicos, ante las restric-

ciones considerables en el presupuesto federal desatadas por la crisis económica que vivió México a partir de 1982. Esta situación condujo a una caída en el gasto social del gobierno federal, que en el caso de los servicios de salud para atender la población abierta fue de 60% en términos reales entre 1982 y 1990 (Birn, 1999).

Los procesos de descentralización de los años noventa, entre ellos los de salud y educación, fueron más profundos que los iniciados durante el gobierno de De la Madrid, pues incluyeron la transferencia de importantes funciones operativas y de los recursos para financiar los servicios descentralizados. El caso de la descentralización de la educación básica y normal es notable, tanto por la magnitud de recursos financieros, materiales y humanos transferidos, como porque sirvió a grandes rasgos como modelo para procesos posteriores, como el de salud. Entre otros cambios, la Federación transfirió a las entidades, con exclusión del Distrito Federal, la responsabilidad de operar el sistema de educación básica y normal en su territorio, responsabilidad que quedó plasmada en la Ley General de Educación de 1993. Para cumplir con sus nuevas responsabilidades, aquéllas se convirtieron en dueñas de las escuelas, el material, los inmuebles y otros activos que utilizaba la SEP para ofrecer los servicios educativos de esos niveles en cada estado. Asimismo, al igual que en el caso de los servicios de salud, los trabajadores de la educación pasaron a ser empleados de los gobiernos estatales. La Federación se comprometió a sufragar los costos asociados a la descentralización, principalmente los derivados de la homologación de salarios y prestaciones entre maestros estatales y “federalizados” y a contribuir al financiamiento a través de transferencias.

Durante la Presidencia de Ernesto Zedillo (1994-2000) la descentralización o “federalización” en general se presentó como una política prioritaria. Las reformas en los servicios de salud para la población abierta, iniciadas en 1996, formaron parte de este impulso, como ocurrió con otros procesos de descentralización que comenzaron en el sexenio ante-

rior; por ejemplo, el referente a ciertos aspectos de la gestión ambiental.

En términos generales, la descentralización impulsada en los ochenta –en cualquiera de sus ámbitos– fue más bien superficial, por lo que no implicó grandes cambios en la provisión de los servicios públicos descentralizados, aunque se sentaron las bases para los esfuerzos descentralizadores posteriores. Persisten todavía algunos de los factores administrativos, fiscales y políticos que entonces limitaron el alcance de los procesos de descentralización, mismos que se discuten a continuación.

Desde una óptica administrativa, la descentralización de los ochenta no representó una transferencia de funciones sustantivas a los gobiernos, sobre todo aquéllas relacionadas con la formulación de política pública y de normatividad. En el caso de las reformas del artículo 115 constitucional, el problema fue, más bien, que muy pocos municipios tenían la capacidad técnica, administrativa y fiscal para hacerse cargo a cabalidad de sus funciones. Las reformas de los noventa fueron algo más profundas con relación a las responsabilidades transferidas; sin embargo, en términos generales la función normativa y de formulación de política permaneció centralizada, tanto para los servicios de salud como para los educativos, aunque se da algo de margen para la participación estatal.

Es deseable la centralización de ciertos aspectos de la función normativa y de la definición de políticas, en función de las características del servicio público en cuestión. Éste sería el caso, por ejemplo, respecto de los aspectos de los servicios que tienen carácter de bien público a escala nacional, con externalidades positivas o negativas significativas –que se extienden más allá de las fronteras de cada estado– o su provisión presenta grandes economías de escala, de modo tal que la producción local sería ineficiente. En estos casos, los costos de la provisión descentralizada pueden ser mayores que las ganancias en eficiencia, derivadas de una provisión descentralizada que se apegue más a las necesidades y preferen-

cias de los ciudadanos en cada región.<sup>7</sup> Asimismo, hay argumentos de carácter social o político que se utilizan para justificar la provisión centralizada, como es promover la cohesión e identidad nacional a través del sistema educativo.

Cabe mencionar que defender esa característica con el argumento de que es necesario asegurar ciertos estándares mínimos de calidad o cobertura no es válido, ya que confunde la labor normativa y de definición de políticas con los aspectos relacionados con la prestación del servicio en cuestión. Es decir, se pueden establecer ciertos estándares de servicio desde el gobierno federal, pero dejando la operación de los servicios en manos de las administraciones estatales o municipales, con mecanismos que aseguren que los estándares sean seguidos a través del diseño y monto de la transferencia de recursos, y el establecimiento de reglas claras y sanciones por incumplimiento. La experiencia mexicana con la provisión centralizada de diversos servicios sociales, demuestra que no se ha alcanzado la igualdad en el acceso y calidad de los servicios entre regiones ni que se hayan aplicado estándares mínimos nacionales. El uso de estándares y regulaciones nacionales, sin embargo, debe evitar restar demasiada autonomía de gestión a los gobiernos locales, a fin de que no se reduzcan los beneficios de la provisión descentralizada de los servicios.

No queda claro que la provisión de los servicios sujetos a un proceso de descentralización en México presenten externalidades o economías de escala que en todos los casos excedan el territorio estatal, de modo que sea siempre justificable asignar la función normativa y de definición de política pública a la Federación. Por ello tiene sentido descentralizar ciertas funciones, pero la decisión debe hacerse sector por sector y función por función.

En los servicios de salud, por ejemplo, es más común la presencia de bienes públicos puros, es decir,

<sup>7</sup> Para un planteamiento general sobre este punto, ver Oates (1972).

aquéllos en los que no hay rivalidad en el consumo ni es posible la exclusión, que es el caso de los servicios educativos; lo cual sugiere que para ciertos aspectos del servicio tiene sentido un mayor control del gobierno federal. Por otra parte, también hay servicios de salud cuyos beneficios son más bien privados, como sucede con algunos servicios hospitalarios, o aquellos que requieren atención personalizada, por lo que no tienen carácter de bien público en el sentido económico. La provisión de los servicios de salud por parte de las autoridades nacionales o los institutos de seguridad social en diversos países de América Latina, por lo general no han hecho la distinción entre estas características de los distintos servicios de salud, ni han llevado a cabo un análisis cuidadoso de las capacidades e incentivos de los gobiernos locales para asumir su dirección o si las funciones descentralizadas eran las mejores candidatas para este tipo de reforma, dadas las particularidades de la demanda por los servicios de salud, los costos de proveerlos y otros aspectos (Burki *et al.*, 1999). Va más allá del ámbito de este ensayo hacer un análisis de las responsabilidades transferidas en el caso de los servicios de salud en México, pero cabe mencionar que las administraciones estatales tienen poca autonomía real para asumir cabalmente las funciones que ahora son de su competencia, tanto por la complejidad y cobertura de la normatividad federal como por las restricciones fiscales que se discuten en este trabajo.

Un problema adicional, desde una óptica administrativa e institucional, es que en México los procesos de descentralización se han instrumentado de manera uniforme en todos los estados o municipios, según sea el caso, sin tomar en cuenta, de manera adecuada, las diferencias sustanciales que existen entre ellos en varios ámbitos: capacidad administrativa y fiscal, disponibilidad para aceptar las responsabilidades transferidas, rezago en la provisión de servicios, población, geografía, entre otros. La primera fase de descentralización de los servicios de salud en los ochenta fue una excepción, dado que no participaron todas las entidades. Las “descentralizadas”, en

promedio, eran más industrializadas, con menor dispersión de la población, menos problemas de desnutrición, mayor cobertura de los servicios de salud y otras características. Sin embargo, no se consideraron variables importantes, como la situación política y la capacidad administrativa estatal (Cardozo Brun, 1993).

Al existir grandes diferencias entre los estados, puede ser preferible un enfoque gradual para que la descentralización y la transferencia de funciones y recursos a aquéllos sea casuística, no sólo con referencia a las características del servicio en cuestión, sino también de acuerdo con el desarrollo administrativo y la disponibilidad de la administración local para asumir los nuevos compromisos. Algunos países, como España, han adoptado este modelo de descentralización, con buenos resultados, por lo que el análisis de dichas experiencias sería valioso para México. Cabe notar que en ese país europeo, a diferencia de nuestra nación, la descentralización de las funciones de gasto ha ido acompañada de mayores responsabilidades tributarias para las autonomías.

Desde la óptica fiscal, uno de los principales obstáculos para una descentralización efectiva es la persistente centralización en materia tributaria. Pocos años antes de la primera fase descentralizadora del sector salud, se llevaron a cabo reformas que concentraron las principales potestades tributarias en la Federación. En 1980 se creó el Sistema Nacional de Coordinación Fiscal (SNCF), a través del cual las entidades abdicaron de sus principales potestades tributarias a favor del gobierno federal, a cambio de transferencias, principalmente de participaciones.

En la actualidad, los recursos federales para financiar los servicios descentralizados se transfieren a través del Ramo 33. Si bien el monto de las participaciones excedió lo que vía impuestos recogían anteriormente los estados y municipios y propició, a la vez, una mayor eficiencia en la recaudación, las reformas los dejaron sin potestades sobre un impuesto de base amplia, como sería un impuesto al consumo

o una sobretasa del impuesto sobre la renta; así, cuentan con poca capacidad tributaria propia que les permita hacer ajustes a su gasto, pues más de 90% de los ingresos públicos los recauda la Federación, lo que los deja en situación de dependencia y genera incentivos contrarios al esfuerzo recaudatorio propio (Merino, 2001). Aunque el SNCF ha aumentado la proporción de la recaudación federal participable, pues ha asignado algunas potestades tributarias menores a los estados, a éstos no se les han otorgado potestades para el cobro de impuestos de base amplia, que les brinden mayor autonomía financiera y a la vez induzcan a un comportamiento fiscal más responsable y transparente.

El centralismo tributario pone serios obstáculos para lograr una descentralización efectiva y erosiona la estructura de rendición de cuentas. Por un lado, las autoridades estatales pueden atribuir las deficiencias en la calidad de los servicios descentralizados a la insuficiencia de recursos, en alusión a sus escasas potestades impositivas y a la negación de la Federación de otorgar recursos adicionales; a su vez, el gobierno federal puede argüir que la responsabilidad es de aquéllas y que no explotan de manera adecuada sus potestades. Por otra parte, cuando los recursos que ejercen los estados provienen en su gran mayoría de transferencias de otro orden de gobierno, es difícil para los contribuyentes identificar y evaluar el uso de los recursos provenientes de los impuestos, y por lo tanto exigir cuentas a los gobernantes.

La dependencia de las transferencias federales genera tres problemas adicionales para la provisión de los servicios públicos descentralizados. En primer lugar, las administraciones estatales no sólo tienen dificultad para hacer ajustes en el gasto a través de la recaudación, sino que pueden enfrentar incentivos contrarios a aumentar los ingresos que destinan a los servicios descentralizados, si existe la percepción, fundada o no, de que la Federación reducirá las transferencias ante aumentos en el gasto estatal. En este sentido, no se generan incentivos para aumentar la contribución local a los servicios.

En segundo término, el monto y asignación de las transferencias federales para salud y educación hacia y entre los estados obedece en su mayor parte a una lógica inercial, en la que el criterio principal de asignación es el gasto directo que realizaba la Federación en cada uno de ellos antes de la descentralización. El mayor componente de ese gasto es la nómina del personal que laboraba para la SSA o a la SEP en las entidades. Como éstas tienen que destinar la mayor parte de los recursos transferidos para los mismos propósitos (aproximadamente 78% en el caso de salud y cerca de 90% en el de educación),<sup>8</sup> quedan pocos medios para otro tipo de gastos y de inversiones. Otra restricción a la autonomía estatal en el ejercicio de los recursos transferidos o incluso de los propios, resulta de los llamados programas de gasto bipartita, los cuales requieren de contribuciones financieras estatales. Estos programas pueden ser nacionales o regionales y aunque las administraciones locales participan en su definición a través de mecanismos como la consulta a autoridades y al propio Consejo Nacional de Salud –para el caso de este servicio–, por lo general se formulan a escala nacional. Ejemplo de ello son los gastos en acciones para cumplir con las metas establecidas en el Programa Nacional de Salud, así como otros referentes a diversos servicios públicos.

De la discusión anterior se puede concluir que el financiamiento de los servicios de salud por parte de la Federación y los estados, al igual que en el de la educación, no es un problema que atañe de manera exclusiva a las políticas de cada sector. Más bien se trata de una cuestión de federalismo fiscal y, por lo tanto, las reformas que aseguren una mayor contribución federal y estatal y que a la vez promuevan un gasto más efectivo, deben partir necesariamente de cambios mayores en las relaciones fiscales entre los órdenes de gobierno.

La dimensión política influye también de manera importante sobre la efectividad de los procesos de descentralización. La concentración del poder políti-

<sup>8</sup> Según entrevistas con personal de la SSA, la SEP y funcionarios de diversos estados.

co en el gobierno federal y en particular en el Ejecutivo ha sido una constante en el desarrollo político del México posrevolucionario, y no fue sino hasta la década de los noventa que empezó a mostrar señales de agotamiento. Como resultado, no sólo se diluyó la separación de poderes sino que se erosionó el federalismo mexicano. En gran medida, el poder del presidente en turno dependía tanto de sus facultades constitucionales como de su control sobre el partido hegemónico y a través de éste, sobre las carreras de los políticos nacionales y regionales. Junto con el centralismo en materia económica, el centralismo político generó mecanismos para resolver controversias entre órdenes de gobierno mediante el proceso político partidista, y redujo la autonomía real de las administraciones estatales. En este sentido, la transferencia de responsabilidades a las entidades federativas no acarrea una transferencia complementaria de poder político, que refuerce la autonomía local para tomar decisiones de política pública. También inhibió intentos por parte de los gobiernos estatales para exigir mayores responsabilidades o potestades que hubieran conducido a una descentralización “desde abajo”.

La transformación del sistema político mexicano en la última década reduce el poder del Ejecutivo en relación con los demás poderes de la Unión y de las autoridades estatales. En este sentido, se crearon las condiciones para un federalismo más vigoroso, aunque todavía es necesario llevar a cabo cambios institucionales que consoliden este proceso.

### Recursos federales y el gasto estatal

El gobierno federal es, en todos los casos, la principal fuente de financiamiento para los servicios descentralizados, pero existe una gran diferencia entre los estados en cuanto a lo que reciben de los distintos fondos. La gran mayoría de los fondos transferidos para estos servicios se agrupan en el Ramo 33 del presupuesto federal y que en el presupuesto del 2002 ascendieron a 218 673 millones de pesos, algo

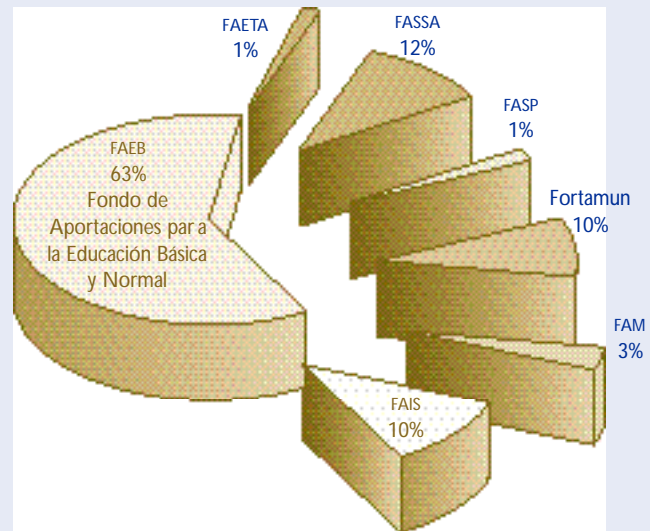
ligeramente inferior a lo transferido por concepto de participaciones federales (219 193 millones de pesos). Los recursos para los servicios de salud a la población abierta se trasladan principalmente a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del Ramo 33, que en el Presupuesto de Egresos de la Federación aprobado para 2002 ascendió a 27.1 mil millones de pesos, cerca de 12% del total del Ramo 33.<sup>9</sup> A ello se agrega lo que los estados contribuyen con sus propios ingresos. En magnitud, el FASSA ocupa el segundo lugar, después del Fondo de Aportaciones para la Educación Básica y Normal (FAEB), a través del cual se transfieren los recursos para los servicios descentralizados de educación. Juntos, el FAEB y el FASSA suman tres cuartas partes del total del Ramo 33 (figura 1).

Los recursos que se transfieren para los servicios descentralizados a través del FASSA y el FAEB, en principio pueden ser ejercidos de manera autónoma por las entidades, con la única condición de que se destinen a los servicios de salud y educación, respectivamente. Por ello, al sumar estos recursos con las participaciones federales que reciben los estados, se arguye que desde 1997 éstos y los municipios ejercen una proporción mayor que el gobierno federal de cada peso gastado por el sector público. Si bien las cuentas sostienen la veracidad de este argumento, cabe matizarlo por el hecho de que la autonomía en el ejercicio de dicho gasto es limitada, ya que para los servicios de salud y en mayor medida para los servicios educativos, la mayor parte del gasto se destina al pago de personal, como se discutió en los párrafos anteriores.

Dentro del Ramo 33, el FASSA y el FAEB se caracterizan tanto por su magnitud como por el hecho de que, con excepción de una parte muy pequeña del

<sup>9</sup> A través del Ramo 12 también se transfieren recursos a los estados para programas de salud específicos, sobre los cuales las entidades tienen pocas facultades, por lo que dichos recursos no se incluyen en este análisis. Tal es el caso del componente de salud en los programas del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Progres a (hoy Oportunidades), así como en el IMSS-Solidaridad (ahora IMSS -Oportunidades) y el PAC.

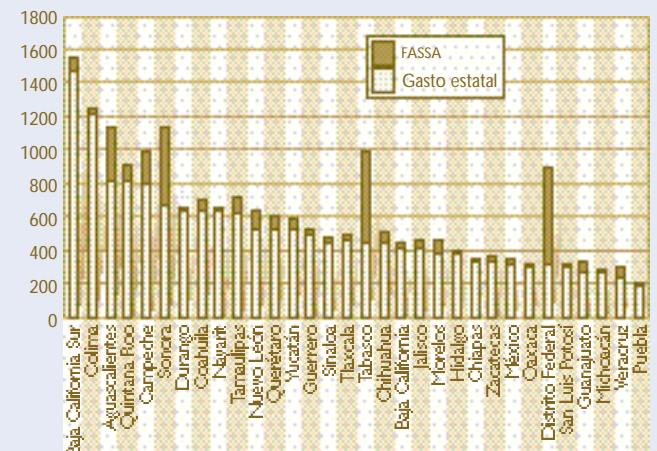
Figura 1. Tres cuartas partes del Ramo 33 se destinan a salud y educación



- FAETA: Fondo de Aportaciones para la Educación Tecnológica y de Adultos
- FAIS: Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social
- FASP: Fondo de Aportaciones para Seguridad Pública
- Fortamun: Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de los Municipios
- FAM: Fondo de Aportaciones Múltiples
- FASSA: Fondo de Aportaciones para Servicios de Salud

FUENTE: Cálculos propios utilizando datos de la Cuenta de la Hacienda Pública, SHCP, 2000.

Figura 2. Diferencias entre el FASSA y el gasto estatal anual per cápita de la población abierta por entidad (2000)



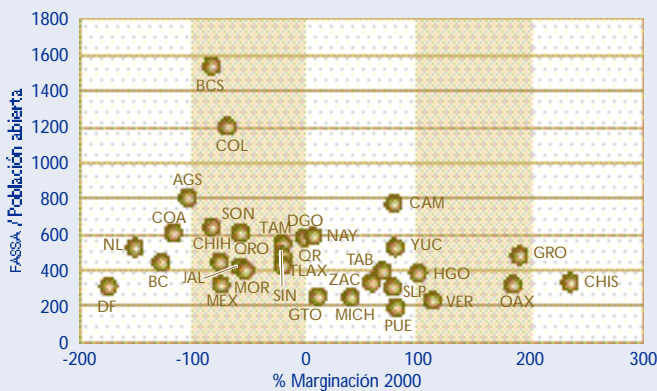
FUENTE: Cálculos propios utilizando datos de la Secretaría de Salud. Nota: No se obtuvieron datos del estado de Oaxaca.

**Cuadro 2.** Los estados con mayor proporción de población sin acceso a la seguridad social reciben menos recursos por persona en población abierta

I	FASSA promedio por población abierta en los seis estados con mayor proporción de habitantes en esta categoría	\$1,012.55
II	FASSA promedio por población abierta en los seis estados con menor proporción de habitantes en esta categoría	\$291.25
	Relación I / II	3.48

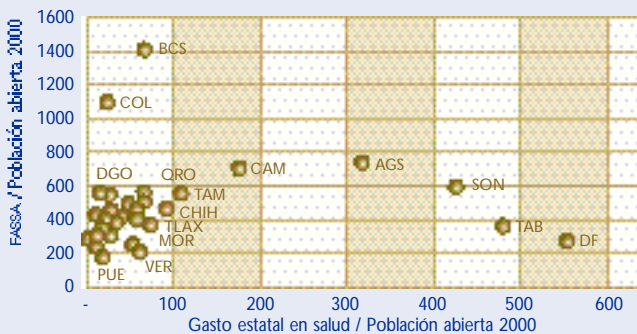
FUENTE: Cálculos propios, con datos del Censo General de Población y Vivienda 2000 y de la SSA.

**Figura 3.** Dispersión entre el FASSA por población abierta y el grado de marginación estatal



FUENTE: Cálculos propios, con datos de la Cuenta de la Hacienda Pública, SHCP, Conapo e INEGI.

**Figura 4.** Dispersión entre el FASSA y el gasto estatal en salud por población abierta.



FUENTE: Cálculos propios, con datos de la Cuenta de la Hacienda Pública, SHCP e INEGI.

total, no se utiliza una fórmula explícita ni se consideran de manera adecuada criterios de equidad o de promoción de la eficiencia en el gasto para transferir los recursos. Más bien, la distribución de los fondos entre las administraciones estatales se basa en el gasto que ejercía el gobierno federal de forma directa en cada territorio antes de la descentralización, lo que está estrechamente asociado con la plantilla del personal y, en el caso de salud, también con el inventario de la infraestructura médica.

En el rubro de los servicios de salud se desarrolló una fórmula de distribución para fomentar la equidad, cuyos componentes incluyen una medida del gasto per cápita en salud mínimo aceptable y la población abierta en cada entidad, pero sólo se aplica para los recursos remanentes del fondo, los cuales representan alrededor de 1% del total (Díaz, 1999). Al no modificarse de manera significativa la distribución de los recursos federales, se mantiene a grandes rasgos la estructura desigual en el gasto público de los servicios descentralizados, prevaleciente antes de las reformas.

Las diferencias en el gasto federal y estatal por población abierta en cada caso se pueden observar en la figura 2. Es evidente, por un lado, que las transferencias federales son la principal fuente de recursos; por el otro, la contribución estatal varía de manera significativa de entidad a entidad.

En términos generales, no se distingue un intento por promover la equidad en el gasto federal en los servicios de salud para la población abierta estatal. De haberla, se tendría un gasto similar por habitante no amparado por los servicios de seguridad social entre los estados. En cambio, lo que reciben algunos de ellos puede ser varias veces mayor que lo que reciben otros. Si se divide a éstos aproximadamente en quintiles, nos daríamos cuenta de que los seis del quintil más alto reciben en promedio alrededor de tres veces y media más recursos por persona de la población abierta que aquéllos en el quintil más bajo, tal y como se ilustra en el cuadro 2. Las diferencias son mayores si nos fijamos en entidad por enti-

dad. Se podría argüir que para medir la equidad en el gasto es necesario considerar también el gasto estatal. Arzoz *et al.* (2002) han hallado, sin embargo, que existe una gran desigualdad entre los estados; también de acuerdo con esa medida (figura 2).

En los párrafos anteriores se utilizó un criterio igualitario de equidad, el cual parte de que el gasto debería ser el mismo por persona. Empero, los costos de proveer los servicios y el tipo de servicio requerido pueden diferir entre regiones por diferencias en el tipo de atención requerida y el grado de rezago. En este sentido, se podría estar promoviendo un criterio de equidad vertical, lo que implicaría un gasto diferenciado entre regiones. Si éste fuera el caso, se vería, por ejemplo, que las transferencias federales favorecerían a los estados más marginados, lo cual no ocurre, como se ilustra en la figura 3; ahí se demuestra que no hay una relación clara entre los recursos del FASSA por población abierta y el grado de marginación medido por el índice respectivo elaborado por el Conapo. El trabajo de Arzoz *et al.*, de nuevo, arroja resultados similares. En este sentido, si se hace la comparación entre quintiles –ordenando a los estados según su grado de marginación–, nos damos cuenta de que el gasto federal promedio por población abierta en las seis entidades menos marginadas (Distrito Federal, Nuevo León, Baja California, Coahuila, Sonora y Baja California Sur) es cerca de 1.5 veces mayor que el observado en el quintil que abarca a las más marginadas (Yucatán, Hidalgo, Veracruz, Oaxaca, Guerrero y Chiapas).<sup>10</sup>

La distribución de los recursos federales para atender a la población abierta tampoco guarda una estrecha relación con el gasto que realizan los estados con su propio ingreso, como se ilustra en la figu-

ra 4. Esto implica que no se busca, a través del gasto federal, alentar un mayor gasto estatal, ya que en este caso se observaría una relación negativa entre las variables relevantes.

Al distribuir la totalidad, o casi, de los recursos federales para los servicios descentralizados, con base en criterios inerciales y sin considerar aspectos relacionados con la equidad, la eficiencia en la prestación de los servicios o incluso el esfuerzo financiero y desempeño en cada estado, se limita la capacidad de la descentralización para conducir a mejoras en la cobertura y calidad de los servicios. La solución de estos problemas debe partir de modificaciones a los mecanismos de asignación de los recursos del FASSA (y del FAEB para el caso de la educación básica). De acuerdo con el principio de que para cada objetivo de política pública se debe contar con un instrumento, se sugiere dividir el FASSA en tres fondos:

**Fondo para promover la equidad.** Los recursos podrían distribuirse de acuerdo con el rezago en materia de servicios de salud de cada entidad, las diferencias regionales en los costos de proveer los servicios y los índices de marginación y pobreza. Una proporción de los recursos podría formar parte de los programas de combate a la pobreza y transferirse directamente a los hogares. Este fondo absorbería los recursos que en la actualidad se asignan con base en una fórmula para distribuir el remanente del FASSA.

**Fondo para premiar esfuerzo y desempeño.** Los recursos podrían distribuirse con base en una fórmula que considere mejoras en el servicio de salud, a través de resultados cuantificables referentes a la calidad y cobertura de los servicios y el crecimiento de los recursos estatales destinados a los servicios de salud a la población abierta. Una parte de los recursos de este fondo podría otorgarse como proporción fija de los recursos que destina cada estado al servicio de salud, a fin de alentar el gasto estatal. Para la evaluación del desempeño también es necesario considerar la efectividad del gasto.

**Fondo compensatorio.** Los recursos podrían distribuirse de acuerdo con los esfuerzos que realizaba ca-

<sup>10</sup> Cálculos propios. Un análisis más amplio, que rebasa a este ensayo, incluiría otros indicadores de rezago y quizá otros conceptos de equidad. Sin embargo, es poco probable que los resultados cambiaran de manera significativa, ya que los componentes del índice de marginación tienen una relación estrecha con indicadores de rezago en materia de salud e incluso con los costos de proveer los servicios. Un estudio para el caso de la distribución de los recursos en el FAEB arroja resultados similares (Merino, 1999).

da entidad para proveer los servicios de salud, con recursos propios, antes de la descentralización, así como a los costos que enfrenta, derivados de la reforma, como sería la homologación de salarios y prestaciones entre el personal estatal y el “federalizado”.

En vista de la dificultad política de cambiar la división actual del FASSA entre las entidades, se podría congelar el monto asignado en términos nominales –o una proporción del mismo– y distribuir los incrementos del FASSA en años futuros mediante los fondos antes descritos.<sup>11</sup> Estas modificaciones del FASSA deberían formar parte de una revisión mayor del Ramo 33 –entre ellas las aportaciones para la educación básica– y del sistema de participaciones. Los cambios en materia de federalismo fiscal, sin embargo, no deben limitarse al desarrollo de nuevas fórmulas de distribución de los recursos. Tienen que contemplarse modificaciones en los arreglos institucionales vigentes; como lo serían las atribuciones de la Reunión Nacional de Funcionarios Fiscales, en la cual están representadas las autoridades hacendarias estatales y federal, así como el fortalecimiento de instituciones de coordinación sectorial entre los órdenes de gobierno, como es el Consejo Nacional de Salud, o incluso la creación de nuevas instancias de coordinación entre esas instancias de la administración pública.

### Restricciones en materia laboral

La descentralización de los servicios de salud de los ochenta, como los primeros intentos de descentralización de la educación básica, enfrentó un obstáculo adicional relacionado con la falta de voluntad o incapacidad del gobierno federal para promover cambios en la relación laboral entre los trabajadores de la SSA y, en su caso, de la SEP, a fin de que éstos

<sup>11</sup> Se tiene noticia de que en la SSA se elabora una nueva fórmula de distribución de los recursos para promover una mayor equidad; de esta manera se considerará también el desempeño, con base en los recursos que tienen disponibles los estados. Aunque se ignoran los componentes de esta novedosa fórmula, se sabe que sólo se aplicará al remanente.

pasaran a formar parte de la burocracia estatal. Los comités ejecutivos nacionales de los respectivos sindicatos se opusieron a esta medida, ante el riesgo de que condujera a la división regional del sindicato, con la consecuente pérdida de poder de los órganos centrales. Esta posición, apoyada por la influencia política de los comités nacionales de los sindicatos, dada la estructura corporativa del PRI, impidió que la descentralización se extendiera al ámbito de las relaciones laborales.

En los años noventa se logró que los trabajadores de la educación y del sector salud pasaran a formar parte de las administraciones estatales, pero ello no implicó la división de los sindicatos respectivos; ni siquiera una reducción considerable en el poder de los comités nacionales de los sindicatos. Éstos quedaron como titulares de las Condiciones Generales de Trabajo y las negociaciones permanecen centralizadas en tanto que se definen los aumentos entre los directivos de cada sindicato y el gobierno federal a través de la SHCP y la SEP y la SSA, respectivamente, a pesar de que los trabajadores son empleados de los gobiernos estatales. Cabe mencionar que los contratos incluyen restricciones importantes que reducen la capacidad de las autoridades para llevar a cabo reformas que impliquen cambios a tabuladores, puestos, contrataciones, despidos, horarios o incluso lugar del trabajo. Si a ello se agregan las limitaciones fiscales mencionadas, es claro que la ausencia de reformas significativas en materia laboral en los sectores descentralizados impide que los estados tomen control sobre una de las herramientas principales para lograr los cambios que se requieren en la provisión de los servicios.

### Comentarios finales

La descentralización de los servicios de salud en México, como en el caso de los servicios de educación básica, ha sido restringida en diversos aspectos que merman su efectividad. El Plan Nacional de Salud 2001-2006 reconoce que se requiere un gran esfuerzo para consolidar la descentralización. A partir de la

estrategia *Construir un federalismo cooperativo en materia de salud*, propone seis líneas de acción, a saber: (i) establecer nuevos mecanismos para la asignación equitativa de recursos; (ii) culminar la descentralización de la SSA; (iii) consolidar la desconcentración de los servicios de salud del IMSS; (iv) fortalecer la cooperación interestatal en servicios de salud pública y servicios de especialidad; (v) reforzar el papel coordinador del Consejo Nacional de Salud, y (vi) municipalizar los servicios de salud.

Las líneas de acción descritas van en la dirección correcta. Sin embargo, como se ha argüido a lo largo de este ensayo, para asegurar que la descentralización sea efectiva, es decir, que resulte en un mejor servicio y logre esto al menor costo posible, es necesario ir más allá del sector salud, mediante la reforma de aquellos factores externos que merman el potencial de esta medida. Es necesario, sobre todo, reformar el federalismo mexicano, tanto en lo fiscal como en lo institucional.

### Bibliografía

- Arzoz J, Knaul F, Recio M (2002) Inequidad en el gasto del gobierno en salud. México, Centro de Análisis Social y Económico, FUNSALUD, documento inédito.
- Bird Richard M (1993) Threading the fiscal labyrinth: some issues in fiscal decentralization. *National Tax Journal* 46, pp. 207-227.
- Birn A (1999) Federalist flirtations: the politics and execution of health services decentralization for the uninsured population in Mexico, 1985-1995. *Journal of Health Policy* 20(1), pp. 81-108.
- Burki S, Perry G, Dillinger W (1999) *Beyond the center: decentralizing the state*. Washington, D. C., Banco Mundial.
- Cabrero Mendoza E, Martínez-Vazquez J (2000) Assignment of spending responsibilities and service Delivery. En: Giugale M, Webb S. *Achievements and challenges of fiscal decentralization. Lessons from Mexico*. Washington, D. C., Banco Mundial.
- Cardozo Brun M (1993) La descentralización de los servicios de salud en México: hacia la amnesia total o hacia la resurrección de la política. *Gestión y Política Pública* II(2), julio-diciembre.
- Chávez Carrerra J (1997) La descentralización de la SSA desde el enfoque de las organizaciones. México, Instituto Tecnológico Autónomo de México, tesis de licenciatura.
- Díaz A (1999) El impacto local de las políticas sociales federales. En: Pineda J (coord.). *Enfoques de políticas públicas y gobernabilidad*. México, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública-Instituto Tecnológico Autónomo de México-Universidad Anáhuac.
- Merino G (1999) Federalism and the policy process: using basic education as a test case of decentralization in Mexico. Cambridge, Mass., Universidad de Harvard, tesis de Ph.D.
- Merino G (2001) Federalismo fiscal: diagnóstico y propuestas. En: Fernández A. Una agenda para las finanzas públicas de México. *Gaceta de Economía*, núm. especial, primavera.
- Oates W (1972) *Fiscal federalism*. Nueva York, Harcourt Brace.
- SSA (2001) *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, México.

