

La descentralización de la Secretaría de Salud de México. El caso de los sistemas locales de salud 1989-1994*

Miguel Angel González-Block**

Resumen

Este artículo constituye un análisis de la descentralización de la Secretaría de Salud (SSA) de México por medio del "proyecto de desarrollo de jurisdicciones sanitarias para fortalecer los Sistemas Locales de Salud (SILOS)", implementando entre 1989 y 1994. Utilizando técnicas cualitativas y cuantitativas se estudió la relación entre la descentralización y la desigualdad socioeconómica, demográfica y de recursos de las jurisdicciones. Se midió el impacto del programa de fortalecimiento jurisdiccional sobre la desconcentración y el efecto combinado de estas variables sobre los resultados de atención primaria a la salud y la cobertura de la población no asegurada. La capacidad técnica jurisdiccional mejoró moderadamente, pero no mostró una asociación significativa con la eficiencia de la APS. No obstante, cuando la jurisdicción logra mayor autonomía en el desempeño de sus funciones gerenciales, la capacidad técnica sí influye de manera significativa sobre la eficiencia de la APS. La desconcentración es un factor clave para garantizar el fortalecimiento de la capacidad técnica y asegurar que el aumento de la eficiencia impacte en la reducción de la pobreza. No obstante, la desconcentración se vio limitada, debido a que las estrategias generales del proyecto no fueron diferenciadas de acuerdo a la desigualdad entre jurisdicciones. Para descentralizar la SSA de manera efectiva, la federación debe plantear objetivos y estrategias acordes a la capacidad y necesidad de servicios y la situación socioeconómica jurisdiccional. Las jurisdicciones deben reestructurarse y redimensionarse para mejorar su interacción con los gobiernos municipales, el sector salud y con la comunidad.

Palabras clave: Salud, descentralización, sistemas locales de salud, México.

Summary

This article constitutes an analysis of the decentralization of the Ministry of Health of Mexico through the project to develop its jurisdictions to strengthen Local Health System (SILOS) implemented between 1989 and 1994. The relationship between decentralization and resource availability differences was studied using qualitative and quantitative methods. The impact of jurisdictional strengthening on deconcentration and their combined effect on primary health care (PHC) and coverage were measured. The strengthening of technical capacity within the jurisdictions increased moderately but did not show a significant association with primary health care efficiency. However, when jurisdictions attain more autonomy, a significant association between strengthening and PHC efficiency appears. Deconcentration is a key factor to guarantee the strengthening of technical capacity and to assure that greater efficiency impacts on poverty reduction; however, deconcentration was limited due to the fact that the general strategies of the project were not differentiated according to the inequality across jurisdictions. To decentralize the Ministry of Health effectively, the federation must formulate objectives and strategies according to jurisdictional socioeconomic conditions and service need and capacity. Jurisdictions must be restructured and rescaled to improve their interaction with municipal governments, the health sector and the community.

Key words: Health, Mexico, decentralization, local health systems.

* Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina presentado en la sesión ordinaria del día 27 de marzo de 1996.

** Coordinador ejecutivo, Centro para el Análisis en Sistemas de Salud, Fundación Mexicana para la Salud.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Centro para el Análisis en Sistemas de Salud, FUNSALUD, Periférico Sur Núm. 4809, El Arenal Tepapan, 14610 México, D.F. Tel. 655 9011

Introducción

El federalismo significa la centralización de un mínimo de funciones que tiene la finalidad de asegurar el porvenir de los estados soberanos y las autoridades locales autónomas que se asocian bajo esta forma de gobierno. En el transcurso de las últimas décadas, el ideal federalista se ha visto fortalecido con los esfuerzos de descentralización de los programas públicos de educación, salud y vivienda, en aras de una mayor eficiencia y equidad. No obstante, la experiencia internacional evidencia obstáculos al desempeño de estas políticas, obstáculos que con frecuencia inducen efectos no deseados y el regreso a soluciones centralistas.¹ ¿Cuáles son las causas de fondo que minan los esfuerzos descentralizadores favoreciendo la recentralización?

La concentración de los servicios sociales, bajo el mando federal, ha respondido a la necesidad de estabilizar el crecimiento económico en el largo plazo.² No obstante, esta solución, aunque exitosa en su cometido inicial, promueve la inequidad e ineficiencia en otros ámbitos o niveles, propiciando así una nueva inestabilidad y nuevos programas centrales.^{3,4} Las políticas descentralizadoras suelen formularse en épocas de crisis económicas, cuando el presupuesto federal decae, se cuestiona la eficiencia de los programas verticales y se vuelve injustificable proseguir por el camino centralista. Sin embargo, las políticas descentralizadoras suelen implantarse de forma parcial y sin atender a las diferencias que caracterizan al contexto nacional, limitando el combate a la inequidad y la ineficiencia. En consecuencia, se enfatizan las limitaciones de los programas descentralizados y se implantan de nuevo soluciones centralistas.

La administración federal del doctor Ernesto Zedillo se propone impulsar una vez más el federalismo en la salud; es oportuno entonces analizar los alcances y las limitaciones del último proyecto descentralizador en materia de salud: el desarrollo de jurisdicciones sanitarias para fortalecer los Sistemas Locales de Salud (SILOS), implantado entre 1989 y 1994. Sobre esta base podemos contestar al dilema primero formulado por el doctor Guillermo Soberón al iniciar la descentralización bajo el gobierno de Miguel de la Madrid: ¿primero fortalecer

a nivel local para descentralizar, o primero descentralizar para fortalecer al nivel local?

Primero analizamos la formulación e implantación de la política de fortalecimiento de los SILOS, viendo su relación con la diversidad socioeconómica, demográfica, geopolítica y de recursos que caracterizan a las jurisdicciones de la SSA. Establecemos después la transición de objetivos que sufrió esta política durante el sexenio, pasando de un ambicioso programa descentralizador a metas más ceñidas al fortalecimiento interno y la desconcentración. Utilizando técnicas cuantitativas analizamos el grado en que la capacidad técnica, la desconcentración de funciones, los servicios de atención primaria a la salud y la cobertura respondieron a la diversidad de los contextos jurisdiccionales.

Para ello nos preguntamos en qué medida enfocó el proyecto SILOS la reducción del rezago epidemiológico atendiendo a las condiciones específicas de las jurisdicciones, esto es, a la inequidad. ¿Se diferenciaron estrategias de fortalecimiento y desconcentración sobre la base de una regionalización de las necesidades jurisdiccionales? ¿Las autoridades locales sometieron la implantación y la evaluación a adecuaciones? ¿En qué medida se fomentó la participación social y comunitaria? ¿Los resultados mensurables del programa constatan un mayor fortalecimiento jurisdiccional y, consecuentemente, un mayor rendimiento y abatimiento de los rezagos en las jurisdicciones más necesitadas? Por último, ¿en qué medida se consolidó la descentralización, asegurando su profundización y continuidad?

Materiales y métodos

Determinamos, en primer lugar la heterogeneidad demográfica, socioeconómica, de recursos y geopolítica de las jurisdicciones de la SSA considerando las siguientes variables: el grado de marginación de la población donde se asienta la jurisdicción; el tamaño de la población bajo responsabilidad directa de la SSA (población abierta con o sin cobertura, excluyendo la amparada por el programa IMSS-Solidaridad); y los recursos de la SSA disponibles per capita dentro de la jurisdicción. Las variables de grado de marginación

recursos disponibles fueron compuestas a partir de los indicadores censales e institucionales que más discriminan la heterogeneidad jurisdiccional ya que utilizan la técnica de componentes principales.*,**

Analizamos la congruencia entre la heterogeneidad jurisdiccional y los procesos de formulación, implantación y evaluación del proyecto de desarrollo de jurisdicciones sanitarias para fortalecer los SILOS. Para observar estos procesos se llevaron a cabo entrevistas con los principales ejecutores del proyecto a nivel nacional y realizamos un análisis de contenido de los informes y publicaciones cubriendo el período 1990 a 1994.^{6,8}

Finalmente analizamos las determinantes e impacto de la desconcentración jurisdiccional, con base en un modelo estadístico de trayectorias. Se analizó la determinación directa e indirecta que tiene la capacidad técnica de las jurisdicciones y de su contexto socioeconómico, demográfico y de recursos sobre la desconcentración. De la misma manera, se midió el impacto de la desconcentración sobre la atención primaria a la salud—medida por el alcance de metas—y la cobertura de población no asegurada por parte de la SSA. Se utilizaron las mismas variables estructurales antes descritas, mientras que para medir la desconcentración y la capacidad técnica utilizamos los datos de evaluación del propio proyecto.*** Constatamos el logro de metas de atención primaria a nivel jurisdiccional acudiendo al Sistema Estatal de Información Básica de la propia SSA.****

La figura 4 presenta el modelo de análisis de las variables y sus relaciones significativas. Se anota la determinación o impacto directos usando el

coeficiente estandarizado de regresión.***** El cuadro I muestra el recorrido de los valores de cada variable, distinguiéndose por márgenes para facilitar su descripción.

Cuadro I. Descripción de las variables jurisdiccionales

Variable	Rango	%
Tamaño de la población bajo la responsabilidad jurisdiccional	>400,000 habs. ≥160,000 - <400,000 <160 000	9.5 45.5 45.0
Indicador global de recursos	> 1.2.6 ≥0.75 - ≤1.26 < 0.75	32.7 35.5 3.8
Marginación	≥2.95 ≥1.95 - <2.95 0 < 1.95	38.7 32.7 28.6
Capacidad técnica	>82% ≥75% - <82% <75	34.5 30.5 35.0
Grado de desconcentración	100% ≥85% - <100% <85%	26.4 40.4 33.2
Rendimiento de APS	>78% ≥54% - ≤78% <54%	9.1 53.6 37.3
% de la población no asegurada cubierta con servicios	1 0 0 % ≥80% - <100% <80%	35.9 55.9 8.2

*Para construir la variable de marginación se utilizaron nueve indicadores del censo de 1990.

**Se utilizaron ocho indicadores institucionales de la SSA a partir de información de SSA, Boletín de Información Estadística, Recursos y Servicios por Institución y Municipio del Sistema Nacional de Salud, 1993.

***La información sobre capacidad técnica fue obtenida por medio de una cédula de supervisión aplicada por el DGCE en las 220 jurisdicciones sanitarias del país durante 1994. Se observó la dirección, coordinación, supervisión y evaluación de los programas jurisdiccionales. La DGCE construyó un índice global promediando los valores obtenidos para cada aspecto. La desconcentración fue medida por la DGCE a partir de la observación del grado de elaboración o participación de las jurisdicciones en distintas áreas de la administración de recursos humanos, materiales y financieros, así como en el desempeño de las funciones generales. Cada aspecto fue calificado de 0 a 100, según el grado de desconcentración. La DGCE elaboró un índice global de desconcentración promediando el puntaje asignado para cada uno de estos aspectos.

****La cobertura poblacional real y potencial de los servicios de salud de la SSA y del IMSS Solidaridad se obtuvo del "Estudio de Regionalización Operativa de los Servicios de Salud a Población Abierta", elaborado por la DGCE. Para establecer el cumplimiento de metas en la atención primaria a la salud se utilizaron los siguientes indicadores del Sistema de Estadística e Información Básica (SEIB) correspondiente al período enero-diciembre de 1993: embarazos y partos atendidos por esperados; consultas a niños sanos menores de un año; cobertura vacual por DPT, terapia de rehidratación oral; porcentaje de desnutridos menores de cinco años.

***** Todas las regresiones se consideraron significativas a un nivel inferior a 0.05, salvo cuando se indica lo contrario. Las betas que se anotan corresponden a valores estandarizados.

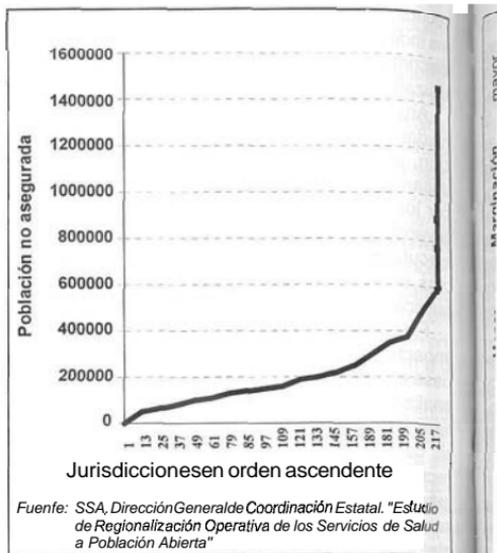
Características generales de las jurisdicciones

Destaca la heterogeneidad que subyace a las jurisdicciones respecto de su tamaño, grado de marginación y recursos disponibles para 1993, el penúltimo año de implantación del proyecto de fortalecimiento. La mayor jurisdicción—León Gto.—tenía bajo su responsabilidad a 1.52 millones de habitantes***** mientras que la más pequeña se responsabilizaba por tanto sólo 15,725 habitantes (Figura 1). En lo que se refiere al grado de marginación, había gran heterogeneidad entre las unidades administrativas (Figura 2). La disponibilidad de recursos per cápita mostraba una distribución más sesgada hacia las 50 jurisdicciones mejor provistas, aun cuando entre ellas había importantes disparidades (Figura 3). Estas diferencias conllevan muy diferentes grados de accesibilidad a los servicios.

Aun próximo a finalizar el proyecto de fortalecimiento existía una marcada asociación inversa entre los recursos disponibles per cápita y la marginación ($\beta = -0.311$, figura 4). La marginación también determina que el tamaño de la población bajo la responsabilidad de la jurisdicción sea menor $\beta = -0.115$, $p < 0.10$). Por otra parte, a un mayor tamaño de la población corresponden menores recursos per cápita ($\beta = -0.407$). La disponibilidad de recursos *per cápita*, está más determinada por el tamaño de la población que por su grado de marginación. Esta situación apunta al importante papel que juega la heterogeneidad demográfica de las jurisdicciones, variable que está bajo control directo de las autoridades de salud.

Las 220 jurisdicciones existentes, para 1993, agrupan a 2390 municipios en todo el país, dando un promedio de 11 jurisdicciones por municipio. En algunas como Oaxaca este promedio asciende a 95 municipios, mientras que 43 jurisdicciones agrupan a un sólo municipio o delegación. Excluyendo a Oaxaca, —estado atípico por su gran número de municipios— así como a las 43 jurisdicciones monomunicipales, el promedio nacional de municipios por jurisdicción es de 10.

***** Se considera la población con servicios de la SSA, más aquella sin servicios de ninguna institución.

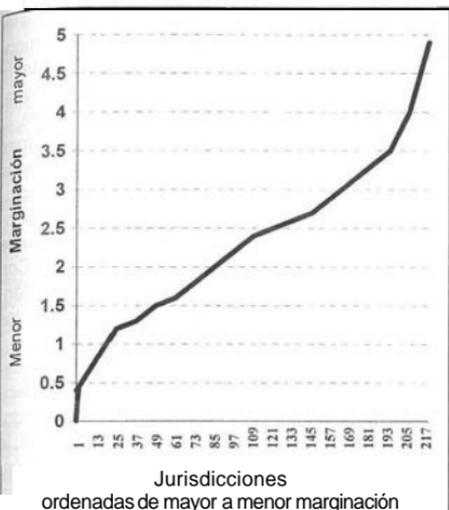


Fuente: SSA, Dirección General de Coordinación Estatal. "Estudio de Regionalización Operativa de los Servicios de Salud a Población Abierta"

Figura 1. Distribución de las jurisdicciones de la SSA según el tamaño de la población no asegurada. México, 1993

Las 43 jurisdicciones monomunicipales se concentran en nueve entidades: Baja California, Baja California Sur, Quintana Roo, México Nuevo León, Puebla, Guerrero, Distrito Federal y Tabasco. De ellas, sólo las dos últimas tienen una plena coincidencia entre división política y jurisdiccional. Los escasos municipios de las dos Baja Californias también coinciden con las jurisdicciones, salvo en una jurisdicción en cada entidad. En el resto de las entidades la coincidencia se limita a un sólo municipio, generalmente caracterizado por ser la ciudad de mayor importancia.

La heterogeneidad demográfica, socioeconómica, de recursos y geopolítica de las jurisdicciones es sumamente pronunciada. De allí que para establecer Sistemas Locales de Salud basados en las jurisdicciones se requiere una política de fortalecimiento y desconcentración jurisdiccional que reconozca dicha heterogeneidad y que tenga como meta fundamental su corrección, esto es, que encare el problema de la inequidad. ¿A qué grado cumplió con estos requerimientos las políticas de SILOS aplicada entre 1992 y 1994?



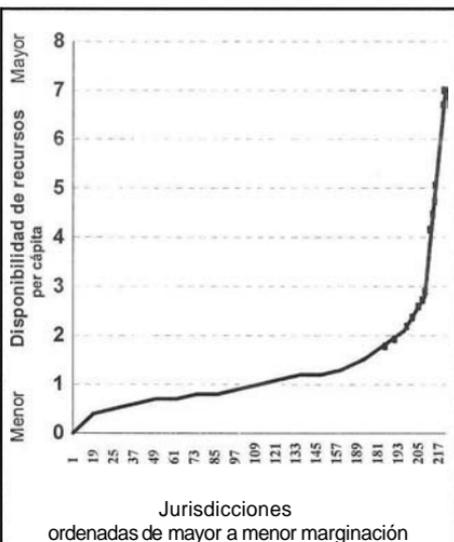
Fuente: CONAPO, Sistema de Información para la Maquinación, 1993.

Figura 2. Distribución de las jurisdicciones de la SSA según marginación de la población total. México, 1993

Formulación e implantación del proyecto de desarrollo de jurisdicciones sanitarias para fortalecer los SILOS

La estrategia de los SILOS partió tanto de las recomendaciones de la OPS de promover la descentralización de la salud a nivel regional como de la experiencia nacional con los esfuerzos descentralizadores anteriores. A principios de la administración 1988-1994 se elaboró un diagnóstico para las 245 jurisdicciones entonces existentes, apoyando en una encuesta a sus jefes. Dicha encuesta arrojó los siguientes problemas y obstáculos a la descentralización: la falta de voluntad política en diversos niveles y ámbitos; el anacronismo y contradicción de la leyes y reglamentos de los distintos órdenes de gobierno; la falta de adecuación de los reglamentos federales a nivel local; la baja capacidad técnica y la ineficiencia en el nivel jurisdiccional; y por último, los escasos recursos disponibles a nivel local y la baja participación financiera de los tres órdenes de gobierno.

El diagnóstico inicial de los SILOS reconoció la heterogeneidad demográfica y de recursos para la salud entre las jurisdicciones, aunque consideró que los problemas y carencias en materia administrativa y organizacional predominantes afectaban a todas las jurisdicciones. Fue por ello que las diferencias demográficas y de recursos pasaron a un segundo plano. La heterogeneidad cultural y socioeconómica se consideró importante, aunque se consideró que esta problemática podría ser resuelta por el nivel local, cada jurisdicción adecuando la política federal a sus necesidades. De esta forma, no se estableció una regionalización que agrupara a las jurisdicciones según nivel de pobreza, accesibilidad o algún otro criterio que llevara a diferenciar y enfocar estrategias generales para la descentralización.



Fuente: SSA, Boletín de Información Estadística, Recursos y Servicios por Institución y Municipio del Sistema Nacional de Salud, 1993. SSA, Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS), 1993.

Figura 3. Distribución de las jurisdicciones de la SSA según el indicador global de disponibilidad de recursos per cápita. México, 1993

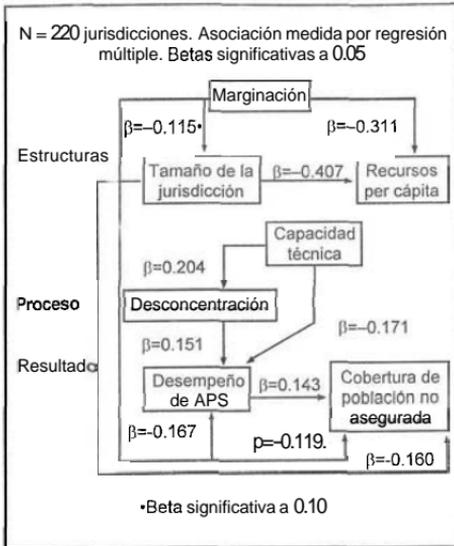


Figura 4. Impacto de variables de estructura sobre desconcentración y capacidad técnica jurisdiccional, y de éstas sobre resultados de la APS y cobertura. México 1993

En el transcurso de los cinco años del proyecto se evidenció una transición de objetivos. En la fase inicial estos enfocaron el mejoramiento de la calidad de la atención primaria a la salud, el fortalecimiento y desarrollo de los SILOS y la promoción de una amplia participación comunitaria. Para la etapa de evaluación el objetivo general estaba ya delimitado a "desarrollar la capacidad técnico-administrativa de las jurisdicciones sanitarias", dándose énfasis a la extensión de la cobertura de la APS y la descentralización de recursos y decisiones. El tránsito de un amplio enfoque descentralizador a otro más limitado a la desconcentración interna, sugiere la importancia que la Secretaría de Salud fue dándole a los programas prioritarios de vacunación y prevención del cólera, que rigieron la política de salud sobre todo a partir de 1990.

En la fase inicial del proyecto las metas de operación y las líneas de acción enfatizaron el piteo del proyecto en jurisdicciones contrastantes como técnica de aprendizaje y adecuación; la

elaboración de diagnósticos situacionales; la elaboración de programas estatales de fortalecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la participación social en la programación, realización y evaluación de acciones; el ajuste de la estructura orgánica — así como de los programas y tecnologías — a las necesidades y condiciones sociodemográficas locales; la coordinación sectorial e intersectorial, incluyendo la medicina tradicional; la capacitación técnica; y la diversificación de fuentes internas y externas de financiamiento. Con estas metas se pretendía, evidentemente, implantar el proyecto descentralizador propuesto en los objetivos iniciales.

En la etapa de evaluación las acciones consideradas como relevantes se redujeron al fortalecimiento de la estructura; el desarrollo de metodologías; la formación y capacitación de personal; la gestión de recursos; y la supervisión y evaluación. El diagnóstico situacional — tan importantes en un principio — aparece en la etapa final como requisito para facilitar la adecuación de los objetivos y estrategias generales a nivel local.

Para impulsar y coordinar el proyecto a nivel central la Secretaría de Salud concentró en una Dirección de Área, el desarrollo de metodologías e instrumentos normativos, la coordinación de dependencias para la formación y capacitación del personal jurisdiccional, la gestión de los recursos básicos para el desarrollo de cada uno de los componentes del proyecto, y la ejecución de la supervisión y la evaluación del proyecto a nivel nacional. A nivel estatal se implantaron Comités de Fortalecimiento Jurisdiccional con la tarea de formular programas de fortalecimiento, definir el presupuesto, y asesorar y evaluar trimestralmente a las jurisdicciones.

La SSA promovió la desconcentración de funciones del nivel estatal al jurisdiccional, particularmente en torno a la elaboración del diagnóstico y del programa jurisdiccional de salud, así como al manejo de recursos humanos, materiales y financieros. En materia de recursos humanos, se promovió la integración de plantillas de personal con base en la selección y reclutamiento por parte de las propias jurisdicciones; asimismo, se desconcentró buena parte de la aplicación de sanciones administrativas y económicas.

En materia de planificación se buscó que las jurisdicciones elaboraran anteproyectos de presupuesto para el programa operativo anual y que efectuaran el análisis comparativo de metas contra presupuesto así como de la capacidad de adquisición de insumos por compra directa. En cuanto a las funciones generales, se promovió la evaluación de programas sustantivos; la elaboración de dictámenes; y la expedición de autorizaciones sanitarias. Se consideró también como parte de la estrategia de los SILOS la desconcentración de la adquisición de algunos recursos materiales a nivel jurisdiccional así como la contratación local del mantenimiento y la conservación.

Se profundizó en la formación de los jefes de jurisdicción por medio de una maestría semipresencial en salud pública ofrecida por la Escuela de Salud Pública de México (ESPM), organismo descentralizado de la SSA en Cuernavaca, Mor., así como la formación de personal técnico por la propia SSA y con el aval del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP).

Pueden inferirse limitaciones en el diseño de la política desconcentradora con respecto a la capacidad de gestión otorgada a las jurisdicciones y los estados. Por un lado se fomentó la desconcentración presupuestaria a nivel jurisdiccional, pero por otro lado, se planteó la definición del presupuesto por parte de los Comités de Fortalecimiento Jurisdiccional, en los cuales los Jefes de Jurisdicción no participaron. En este encuadre se dejó también muy poco margen a la comunidad para que participara efectivamente y con interés en la planeación, ejecución y evaluación de actividades, tal y como se señaló en el proyecto estratégico.

La federación diseñó al detalle un sólo juego de metodologías para ser aplicadas a nivel nacional y llevó a cabo la supervisión y evaluación final con el mismo énfasis en todas las jurisdicciones. Se restó así oportunidad para que las entidades más pudientes desarrollaran su capacidad, incluida aquella en el área de enseñanza. Este enfoque limitó a su vez el apoyo que la Secretaría de Salud pudo haber ofrecido para el desarrollo de recursos humanos, metodología y supervisión adecuados a las entidades y jurisdicciones con mayores desafíos. Finalmente, llama la atención el enfoque centrado de la estrategia de enseñanza superior, siendo que existían en este periodo otras diez

escuelas de salud pública aparte de la ESPM que ofrecían maestrías en salud pública en diversas entidades federativas.

Estas limitaciones a la descentralización cobran sentido a la luz de los objetivos iniciales. No obstante, las acciones perseguidas fueron congruentes con el replanteamiento del proyecto en dirección de una desconcentración interna a la SSA.

Resultados del proyecto de fortalecimiento de los SILOS

La estrategia de fortalecimiento se puso a prueba —de manera piloto— en cuatro jurisdicciones, extendiéndose después a una jurisdicción "tipo" en cada una de las entidades federativas. A mediados de 1994 se había extendido al total de las jurisdicciones. No se buscó adecuar el tamaño de la jurisdicción y su relación con los gobiernos municipales, más que de manera excepcional. Se redujo así el número de jurisdicciones de 245 a 220, fusionando jurisdicciones de menor tamaño en todos los casos. Como ya se vio, después de la fusión en 1993 las diferencias demográficas seguían siendo importantes.

Se reforzó la capacidad gerencial de las jurisdicciones, estableciendo una "plantilla tipo" que incluía por lo menos a 30 profesionales de la salud. No obstante, la necesidad de personal operativo y las restricciones en la contratación llevaron a limitar el número de profesionales por jurisdicción a 22. Todas las jurisdicciones debían contar con un cuerpo de cinco coordinadores a cargo de otras tantas áreas: servicios de salud, regulación y fomento sanitario, participación social, administración y formación y desarrollo de recursos humanos.* No se adecuó el número de coordinadores a las condiciones particulares de cada jurisdicción, si bien los equipos zonales de supervisión dependían del número de unidades médicas.

El número de jurisdicciones que contaron con un diagnóstico de salud actualizado aumentó ligeramente, pasando del 72% en 1992 al 88% en 1994. La calidad del diagnóstico de salud mejoró

* En promedio se agregaron a la plantilla jurisdiccional 11 plazas de nueva creación o de transferencia del nivel estatal, en total 2,351 plazas.

sustancialmente, siendo que para 1992 solamente 38% de las jurisdicciones conocían los logros respecto a sus metas, mientras que para el fin del periodo esta cifra alcanzaba 90%. No obstante, el proyecto no estableció normas para adecuar los objetivos y las estrategias a los resultados del diagnóstico

La SSA no procuró coordinar el apoyo financiero central con aquel otorgado por los gobiernos municipal y estatal, siendo que no se expidieron las normas e instrumentos para ello, ni se conocieron los montos aportados.** Por otra parte, el presupuesto siguió siendo fijado predominantemente por el centro y por el nivel estatal, en función del gasto histórico; así, entre 1992 y 1994 la proporción del presupuesto jurisdiccional autorizado respecto del solicitado paso de 44% a solo 51%. No obstante, el monto del presupuesto gastado oportunamente se incrementó de 53% a 70%. Esta evidencia sugiere que la gestión de recursos reprodujo el centralismo y la inequidad entre las jurisdicciones, si bien hubo un incremento en la eficiencia.

La conservación y el mantenimiento de unidades de primer nivel no sólo fue el componente de menor calificación, sino también el que menor avance mostró con el proyecto Paso de una calificación promedio de 53% a 63% durante el periodo. A la carencia de recursos humanos y financieros aducida en la evaluación oficial para explicar esta situación hay que sumar la falta de participación social y comunitaria en estas tareas. En efecto, la participación social mostró sólo un ligero incremento entre 1992 y 1994, yendo de 73% a 79%. La evaluación lo explica, entre otras razones, porque no se mejoró el seguimiento de los comités locales de salud y por que los comités municipales de planeación (COPLADEM) mostraron una participación irregular.

Los sistemas de información jurisdiccional arrojaron valores altos en el periodo, yendo de 83% a 91% en la calificación promedio. Ello significa la captación oportuna de datos para el Sistema Estatal de Información Básica (SEIB) de la SSA así como el envío oportuno de la información epidemiológica. Las limitaciones señaladas por los evalua-

dores se refieren a la falta de capacidad para retroalimentar y utilizar la información a nivel de las propias jurisdicciones y las unidades operativas. De esta forma la información jurisdiccional no ha mejorado las posibilidades de gestión autónoma local.

El porcentaje de los jefes jurisdiccionales con posgrado paso de 25 a 75. No obstante, de 118 jefes de jurisdicción que se inscribieron a la maestría semipresencial en salud pública, 29 —25%— desertaron del programa docente. Cabe esperar que el abandono del programa académico se explique principalmente por la inestabilidad laboral de los funcionarios, más que por dificultades para permanecer en el curso. No obstante, hay que destacar que no se ofrecieron facilidades e incentivos para la retención de los funcionarios en aquellas entidades y jurisdicciones de menor desarrollo.

El programa de formación de personal técnico muestra signos alentadores para la descentralización, en primer término por su potencial para promover la vinculación de la comunidad a la gestión de servicios de salud. Se inscribieron 1380 alumnos de los cuales 1102 fueron para la carrera de técnico en atención primaria (TAP). La mayoría obtuvo una plaza de nueva creación dentro de la SSA, mientras que sólo 14% desertó. Los TAPs desempeñan actividades comunitarias y asistenciales.⁹ Las evaluaciones oficiales han dado mayor importancia a establecer la calidad del trabajo asistencial de los TAPs, seguramente por considerarla de mayor riesgo. De aquí que se desconozca su impacto en la comunidad y, por ende, su contribución a la descentralización de los servicios. No obstante, los estudios realizados en un centro de salud urbano revelan que los TAPs no mejoran sensiblemente la accesibilidad, siendo que los labores asistenciales siguen brindándose en las propias unidades médicas, y con el mismo tiempo promedio de espera que aquel para la atención médica —de tres horas.¹⁰

La evaluación global del proyecto de fortalecimiento de los SILOS arroja un cambio en la calificación global promedio de 62.5% en 1992 a 77.3% para 1994. esto es, un avance de 14.8%. Cabe sugerir que el impacto pudo haber sido mayor de haberse regionalizado en un principio las estrategias generales y de haber enfocado la atención del ejecutivo federal sobre las entidades y jurisdicciones que demostraron mayores problemas organi-

**La SSA distribuyó \$4 millones para conservación y mantenimiento en relación al número de unidades médicas y \$3.23 millones para supervisión en relación al número de equipos zonales.

zacionales a la vez que un contexto socioeconómico y demográfico más desfavorable. El proyecto tuvo un bajo impacto en la desconcentración efectiva de las jurisdicciones, y menor aun en la evolución de responsabilidades a nivel estatal y municipal así como para el empoderamiento de la comunidad.

Análisis cuantitativo de la descentralización lograda por los SILOS

Se observó la asociación entre las variables estructurales y la desconcentración, por un lado, y por otro, con la capacidad técnica. Las variables estructurales consideradas fueron: tamaño de la población cubierta por la SSA o sin servicios, recursos disponibles per cápita por parte de la SSA, marginación de la población total y —con respecto a la desconcentración— la propia capacidad técnica.

Antes que nada es importante notar que la marginación de la población adscrita a las jurisdicciones determina el desempeño de la APS ($\beta = -0.167$) así como el grado al que se alcanza la plena cobertura de la población no asegurada ($\beta = -0.119$, $p < 0.10$). Esta observación confirma que la pobreza es un factor que debe considerarse para cualquier programa de fortalecimiento jurisdiccional.

Se observó una asociación inversa entre el tamaño de la jurisdicción y la cobertura ($\beta = -0.16$), relación que se vincula con la mayor cantidad de recursos per cápita en las jurisdicciones de menor tamaño, fenómeno ya notado al analizar las características generales de las jurisdicciones. No obstante, la disponibilidad de recursos per cápita para la salud no incide en sí misma sobre la mayor eficiencia ni sobre la cobertura. Estas observaciones apuntan a la necesidad de reducir el tamaño de las jurisdicciones a una escala que permita su óptimo funcionamiento, más que a incrementar los recursos disponibles per cápita.

Veamos ahora los resultados del programa de fortalecimiento. Destaca en primer término que ninguna variable contextual determina la capacidad técnica. Esta situación refleja el diagnóstico inicial del proyecto, donde se identificó la baja capacidad de todas las jurisdicciones. También apunta al enfoque uniforme que tuvo el proyecto. No obstante, al final del proyecto se hubiera espe-

rado que el contexto socioeconómico y demográfico así como los recursos disponibles hubieran influido para que las jurisdicciones en mejor posición hubieran aprovechado más el programa de fortalecimiento. El no observar este sesgo demuestra que la SSA fue exitosa en su propósito de afectar por igual a todas las jurisdicciones.

La capacidad técnica determina de manera significativa la desconcentración de las jurisdicciones ($\beta = 0.204$). Conforme la jurisdicción cuenta con mayores facultades gerenciales, también las ejerce con mayor autonomía. No obstante, se observa que a mayor capacidad técnica también hay menor eficiencia en la APS ($\beta = -0.171$). Este es un efecto paradójico, pues resulta difícil explicar por qué las mayores facultades gerenciales no sólo no inciden en un mayor alcance de metas, sino que se perjudica el rendimiento.

Una posible explicación a este efecto paradójico sería que el proyecto de fortalecimiento se implantó con especial vigor en aquellas jurisdicciones que estaban más rezagadas en la eficiencia del rendimiento de APS. No obstante, dicha orientación no fue indicada por las políticas y normas del programa. Para explorar si esta hipótesis jugó un papel aunque fuera de manera extraoficial se realizó una regresión considerando las variables de estructura junto con las de resultado como determinantes de la capacidad técnica. Se encontró que, en efecto, la menor eficiencia de la APS determina la mayor capacidad técnica ($\beta = -0.177$, $p < 0.01$). Cabe entonces la posibilidad de que, al momento de la evaluación, el programa hubiera logrado incrementar la capacidad técnica allí donde existía menor eficiencia, pero los beneficios de esta inversión no se hubieran notado todavía. Siendo que no hubo una orientación normativa para lograr dicho efecto esta explicación debe tomarse con cautela hasta no analizar posibles problemas de medición o de selección de variables para el modelo.

Quizás el hallazgo más interesante es que la desconcentración aumenta de manera significativa la eficiencia en el desempeño de la APS ($\beta = 0.151$). Si se acepta por lo pronto que la capacidad técnica tiene un efecto retrasado sobre la eficiencia, la desconcentración aparece como una forma de garantizar o incluso acelerar los beneficios de la capacidad técnica.

No obstante, la desconcentración no impacta sobre la cobertura. Esto pudo deberse a deficiencias propias al programa de fortalecimiento, siendo que en su generalidad no se emitieron las normas y procedimientos para enfocar la población de escasos recursos atendiendo a las peculiaridades del contexto socioeconómico.

Existe un efecto significativo entre la mayor eficiencia en el desempeño de la APS y la extensión de la cobertura de la población no asegurada ($\beta=0.143$).

Queda pendiente analizar en qué medida el incremento en la eficiencia prioriza la extensión de cobertura y, así, el abatiendo de la inequidad. Cabe apuntar que el programa de fortalecimiento no expidió normas explícitas al respecto.

Puede apreciarse la magnitud del impacto de la desconcentración sobre la eficiencia y la cobertura al compararse con las determinantes de las variables estructurales. La determinación que ejerce la marginación sobre la eficiencia en la APS es ligeramente mayor y en sentido inverso al impacto de la desconcentración. Ello quiere decir que la desconcentración en sí no llega a contrarrestar los efectos de la marginación. La mayor eficiencia en la APS si llega a superar los efectos negativos de la pobreza sobre la cobertura.

Conclusiones y recomendaciones

El proyecto de desarrollo de jurisdicción sanitaria para fortalecer los Sistemas Locales de Salud fue diseñado para lograr metas uniformes a nivel nacional, sin considerar el contexto socioeconómico, el volumen y cobertura de los recursos existentes y las necesidades de salud. Este enfoque impidió que la federación avanzara los modelos de fortalecimiento y desconcentración más apropiados para reducir las desigualdades entre jurisdicciones, apoyando de manera especial a las jurisdicciones débiles o con mayores cargas de trabajo.

Las autoridades centrales de la SSA dirigieron la desconcentración de funciones a las jurisdicciones, sin valerse del apoyo de los municipios, las instituciones académicas y las asociaciones profesionales estatales, así como los organismos sectoriales, intersectoriales y no gubernamentales. Por

otra parte las autoridades federales delegadas en los estados no tuvieron la oportunidad de participar en procesos clave para la descentralización, limitando el desarrollo de mayores aptitudes y responsabilidades.

La desconcentración es una de las variables que más inciden en la eficiencia del alcance de las metas de atención primaria. El modelo cuantitativo sugiere incluso que no debe fortalecerse la capacidad técnica sin asegurar a la vez la desconcentración de las funciones que permitan desplegar las nuevas aptitudes e instrumentos con autonomía y decisión.

La desconcentración debe ser aplicada preferentemente en las jurisdicciones con mayor carga de enfermedad, siendo que persiste un marcado efecto negativo de la marginación sobre la eficiencia y la cobertura.

El tamaño de la población bajo la responsabilidad jurisdiccional varía considerablemente y muestra un fuerte impacto sobre la cobertura y los recursos disponibles per cápita. Esta es una variable administrativa que depende muy de cerca de la política de salud y, particularmente, de las medidas que se tomen para descentralizar funciones. Se desprende que, de dimensionarse adecuadamente la carga poblacional, aumentaría la eficiencia de los procesos, la equidad y el impacto en la salud. El redimensionamiento podría hacer coincidir en muchos casos a la Jurisdicción con el ámbito municipal, obteniéndose así los beneficios de una mayor corresponsabilidad.

Se recomienda que en el futuro las jurisdicciones deben reestructurarse para abrir espacios de participación comunitaria que lleven a establecer coaliciones duraderas con organismos locales, estatales y no gubernamentales, que lleven a movilizar un mayor volumen de recursos y asegurarse asignación más oportuna y eficiente. La comunidad debe ser implicada no sólo como sujeto pasivo de las jurisdicciones, sino como actor fundamental en la adecuación de las políticas federales y estatales a nivel local. La federación debe asegurar el cumplimiento de metas trascendentales con base en mecanismos apropiados que no interfieran con la autonomía local.

Siendo que la inequidad tiene una marcada dimensión regional, una política descentralizadora debe formular objetivos y estrategias con opciones

y tamizajes acordes a los requerimientos y voluntades locales y regionales para combatir la pobreza.

Resulta fundamental evaluar los resultados de proyectos descentralizadores distinguiendo los efectos del entorno sobre los servicios de salud de aquellos debidos a la política en si. La evaluación debe distinguir también los efectos del cambio organizacional en el corto y en el mediano plazo, pues es evidente un importante efecto de aprendizaje tanto en la población como en los proveedores. La evaluación debe ser continua, ofreciendo retroalimentación que asegure el sostenimiento de un enfoque regionalizado y flexible.

Es recomendable que la federación fomente diferentes modelos de SILOS y que reestructure y redimensione las jurisdicciones adecuándolas a la diversidad regional del país. Las estrategias de implantación deben ofrecer mayor atención a las jurisdicciones con mayores necesidades. Estos cambios en el diseño de políticas podrían contribuir a dar mayor estabilidad y enraizamiento a las políticas descentralizadoras, apoyando de manera efectiva el logro del federalismo.

Agradecimientos

A la colaboración de la Dirección General de Coordinación Estatal para acceder a los resultados de evaluación del programa SILOS, así como su valiosa orientación en el procesamiento de los datos, así como del profesor Fernando Cortés en la elaboración del modelo estadístico y a los licenciados Oscar Zapata y Emilio Gutiérrez.

Referencias

1. Mills A et al. Health systems decentralization. Concepts, issues and county experiences. Geneva WHO 1990.
2. González Block MA. "Economic crisis and decentralization of health service in México. En González de la Rocha M y A. Escobar Latapi, Social responses to Mexico's economic crisis of the 80s. La Jolla. University of California San Diego. 1991.
3. González Block MA et al. "Health services decentralization in México: formulation implementation and result of policy. Health Policy and Planning. 1990;4:301-315.
4. Collins CD. Green AT. "Decentralization and primary health care in developing countries: ten key questions". Journal of management in Medicine. 1993;7:58-68.
5. Ostrowska A. "From totalitarianism to pluralism in Poland. Problems of transformation on the health scene" European Journal of Public Health 1993;3:43-47.
6. SSA, Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Proyecto de desarrollo de jurisdicciones sanitarias. Salud Pública de México. 1994;36:673.
7. Santacruz Varela J. (Ed) Proyecto de desarrollo de jurisdicciones sanitarias (Sistemas Locales de Salud). Guías metodológicas para el desarrollo de los 9 componentes del fortalecimiento de las jurisdicciones sanitarias. México SSA. Segunda edición 1993
8. Gutiérrez Trujillo G, Santacruz Varela J. El desarrollo de las jurisdicciones sanitarias, proyecto estratégico para desarrollar los Sistemas Locales de Salud (SILOS) en México y la estrategia de atención primaria (APS). Higiene 1993;enero-marzo;7.
9. Pérez Cuevas R, Libreros V, Reyes S y cols. Análisis de la satisfacción del usuario y de la productividad de un modelo de atención primaria con la participación de médicos y técnicos. Salud Pública de México, 1994;36:492
10. Pérez Cuevas R, Libreros V, Reyes S. y cols. op. Cit.