

Notas de investigación

**Elementos para investigar la capacidad
estatal político-administrativa
en materia de salud pública.
Los casos de Guanajuato, Oaxaca y Sonora¹**

Viviane Brachet-Márquez

Introducción

DE LOS AÑOS OCHENTA HASTA FINALES DEL SIGLO XX, MÉXICO HA pasado por un largo periodo de descentralización administrativa que se ha concretado en una mayor responsabilización fiscal y administrativa de los estados ante el gobierno federal. En particular, esta reforma ha encargado a los estados la conducta de las políticas sociales, entre las cuales la educación y la salud figuran en primera línea. Esta transformación también ha significado el reforzamiento del poder de los gobernadores de los estados, tanto frente al ejecutivo federal como en relación con las jerarquías estatales y subestatales, transformando a los estados mexicanos, como se ha dicho, en verdaderas pequeñas repúblicas.

Simultáneamente, se ha dado en México, a partir de los años setenta, una transición democrática inusualmente alargada, en el transcurso de la cual el régimen político mexicano ha pasado de un estricto sistema de partido ofi-

¹ Esta nota se basa en la información proporcionada en los siguientes documentos: Sofia Arjonilla, "Informe del Análisis político del estado de Guanajuato", Instituto Nacional de Salud Pública, 2000; Viviane Brachet-Márquez, "Sistemas de poder y sistemas de salud en los estados de la república: el caso de Oaxaca", El Colegio de México, 2000, y Raquel Abrantes Pego, "Historia política del estado de Sonora", Instituto Nacional de Salud Pública, 2000.

cial con elecciones de carácter plebiscitario a uno de partido hegemónico con pequeños espacios electorales opositores, para terminar en un sistema multipartidario muy reñido y sumamente conflictivo.

Lejos de producirse en forma paralela y autónoma, estos dos procesos se han entrelazado en interacciones profundas y sumamente conflictivas. Por un lado, la descentralización se llevó a cabo sobre la premisa del mantenimiento del poder de las élites regionales y locales priistas como correa de transmisión de las desiderata centrales, mientras que, por otro, las fuerzas sociales que han dinamizado la transición democrática han luchado para sofocar estas bases del poder regional. Al mismo tiempo, las políticas de ajustes macroeconómicos han puesto severos límites a los recursos fiscales disponibles para los estados, lo cual ha dificultado aún más la tarea de dichas élites regionales tradicionales para desempeñar adecuadamente sus nuevas funciones y, a la vez, mantenerse en el poder. Como consecuencia, no es posible, en la actualidad, analizar los efectos de cualquiera de las reformas administrativas llevadas a cabo entre el año 1980 y nuestros días, independientemente de estas profundas transformaciones económicas y políticas. Las reformas de la salud pública no son ninguna excepción a esta regla general.

La capacidad estatal político-administrativa en materia de salud pública

El proyecto que aquí se presenta plantea como hipótesis de investigación la capacidad estatal, dentro del contexto de la reforma de la salud pública, entendida en su sentido más amplio,² de modificar (en mejor o en peor) los planteamientos federales sobre las políticas de salud.³

² Aquí la reforma de la salud pública incluye tanto a la descentralización de la salud (en sus distintas modalidades en la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado y otros esquemas de seguridad social), como las disposiciones más recientes, como el Paquete Básico de la Secretaría de Salud, las sucesivas extensiones de cobertura en la seguridad social, y la reciente introducción del Seguro de Salud para la Familia en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

³ Este esfuerzo forma parte del proyecto bajo la responsabilidad del Instituto Nacional de Salud Pública y el patrocinio del International Development Research Center intitulado *Macroeconomic Adjustment Policies, Health Sector Reform and the Effects on Access to, Utilization and Quality of Health Care in Mexico*. Este proyecto, como lo indica su título, investiga la relación entre las políticas de ajustes macroeconómicos en México y las manifestaciones microsociales de acceso a y uso de los servicios de salud por parte de la población usuaria, así como de la calidad de éstos. En este esquema, el poder estatal representa el nivel mesoanalítico de las instituciones y organizaciones complejas que estructuran las prácticas diarias en el aparato de la salud pública.

Dos preguntas centrales constituyen el proyecto:

- 1) ¿Es posible argumentar que los efectos del ajuste macroeconómico sobre el acceso a los servicios de salud, su calidad y uso, varían en función de características del proceso político-administrativo estatal?
- 2) ¿Cuáles son las características estatales que pudieran mediar entre ajuste macroeconómico y desempeño en los servicios de salud, y de qué naturaleza son las mediaciones que operan?

Estas preguntas se plantean dentro de un marco metodológico que limita el alcance de las inferencias que se pueden hacer: en el proyecto que aquí se presenta, no se manejaron las variables dependientes del desempeño en servicios de salud. Lo que se muestra aquí es, por un lado, la percepción que tienen los observadores y participantes de la importancia de factores político-administrativos en dicho desempeño, y las evidencias documentales recopiladas de cómo se ha manifestado la influencia de tales factores en la vida política y social de los estados. También se incluyen apreciaciones por parte de los diferentes actores del desempeño sanitario del Estado, incluyendo tanto a personas que ocupan los informantes en las estructuras estatales del poder como otros fuera del sistema sanitario. Por lo tanto, las conclusiones tentativas a las que hemos llegado tienen un sustento de plausibilidad más que de prueba. En esto el proyecto no difiere de la mayoría de los estudios de este género, dado que es imposible aislar experimentalmente relaciones causales tan amplias como las que abarca este proyecto. Así, debe considerarse este intento como una observación y reflexión sistemáticas de la mediatización por estructuras político institucionales y regionales de la relación entre macroajustes y microdesempeño.

Tres estudios de caso: Guanajuato, Sonora y Oaxaca

Se seleccionó un número limitado de estados para poner a prueba la hipótesis de la capacidad estatal en el desempeño de la salud pública. Sin embargo, esta selección se hizo de manera que se pudiera incorporar la variabilidad extrema en las problemáticas de la instrumentación de las reformas de la salud en México, mismas que son generadas por la extrema heterogeneidad del perfil socioeconómico y político de los estados de la República Mexicana. Tres estados fueron escogidos: Guanajuato, Oaxaca y Sonora.⁴ Son regionalmente

⁴ Para mayores detalles sobre cada uno de los estados seleccionados, véanse los documentos inéditos citados en la nota 1.

diferenciados, Sonora perteneciendo al norte, muy influido por el vecindaje con Estados Unidos; Guanajuato en el centro, muy cercano a la capital, y Oaxaca en el sureste indígena y tradicional.

Los tres estados forman una escala de *rico a pobre*, empezando por Sonora, siguiendo con Guanajuato y terminando con Oaxaca. Sin embargo, no debe olvidarse que la riqueza en México puede ir a la par con la extrema desigualdad, y por consiguiente la presencia de importantes sectores pobres. Esta dimensión sugiere la hipótesis de que mientras más pobre es el estado, menos capacitado está para llevar a cabo las nuevas tareas dentro de los límites fiscales impuestos por las políticas macroeconómicas.

Una segunda dimensión relevante en el contraste entre los tres estados es el *avance en la transición democrática*. Entre estos estados, el que más ha avanzado en este proceso ha sido Guanajuato con una gubernatura de oposición ganada a principios de los años noventa por el Partido Acción Nacional (PAN). Sigue Sonora, donde la hegemonía del PRI está muy amenazada por las fuerzas conservadoras, y Oaxaca, por último, donde el PRI ha mantenido su poder, pese al despertar temprano de fuerzas de oposición.⁵ La presencia de fuerzas partidarias disímiles entre Ejecutivo estatal y municipios se considera hipotéticamente como una fuente de ineficiencia e inmovilismo en la administración de las reformas de la salud, mientras que la congruencia entre estos mismos se considera un factor de dinamización de dicha reforma. Además, cabe hacer la hipótesis de que un gobierno estatal dirigido por un partido de la oposición, como es el caso de Guanajuato, estará bajo mayores presiones para demostrar una alta capacidad en la administración de las reformas de la salud pública.

Finalmente, en términos de *diferenciación económica*, Sonora representa el estado más fuertemente diferenciado e industrializado, mientras que Oaxaca es el más débil en estos renglones, con Guanajuato ocupando un lugar intermedio. La importancia de estos factores está, en primer lugar, en que un mayor grado de diferenciación implica una disponibilidad mayor de recursos fiscales extraordinarios para enfrentar programa y gastos no contemplados por el gobierno federal. Esta dimensión también está relacionada con la importancia relativa de actores políticos sindicales capaces de presionar al gobierno estatal en el sentido de aumentar el gasto social. Por lo tanto, se plantea como

⁵ En el momento de escribir esta nota de investigación, el gobernador de Oaxaca inauguró una postura política proindigenista (en el sentido de criticar la Ley Indígena recién aprobada por el Congreso de la Unión), que le era desconocida en el año 1999 cuando se hizo el trabajo de campo inicial para esta investigación, momento en que se distinguía por ser seguidor de Jorge Madrazo, uno de los candidatos presidenciales derrotados en la competencia política por la presidencia en el año 2000.

hipótesis de trabajo que mientras más industrializado es un estado, mayor es la probabilidad de que haya podido superar los límites impuestos por la federación en el financiamiento de la salud pública. Con base en estas hipótesis de trabajo, puede esperarse un mayor desempeño sanitario por parte de los gobiernos estatales de Guanajuato y Sonora que de Oaxaca, a pesar de que la mayor congruencia partidaria en Oaxaca pueda influir en sentido contrario. Por la importancia del factor partidario, se puede prever que el estado de Guanajuato superara al de Sonora en el desempeño sanitario.

Los procesos políticos estatales y municipales

Al igual que en numerosos estudios regionales actuales, la presente investigación ha encontrado en los tres estados evidencias incontrovertibles de que el renombrado centralismo político mexicano no ha sido más que un mito, por cierto con gran importancia para la integración política nacional, pero de poca veracidad científica. En efecto, en los tres estados hay una tradición de más de 20 años de oposición al PRI, misma que ha tenido varias manifestaciones y matices en decenios anteriores. Por ejemplo, Guanajuato ha sido la cuna de una tendencia política conservadora nacida del sinarquismo. Ésta se manifestó inicialmente por el desarrollo del Partido Demócrata Mexicano (PDM) fundado en Irapuato en 1971. Inicialmente, la fuerza del PAN se limitaba a León, la ciudad más industrialmente desarrollada del estado, mientras que el PDM tenía presencia en todos los municipios del estado. Fue solamente a partir de los años ochenta que el PAN conquistó los espacios ocupados por el PDM, encabezando el ayuntamiento de la capital del año 1982 a 1985, y que posteriormente se renovó para transformarse de un partido tradicionalista católico a un partido moderno de oposición conservadora centrista. En Sonora, destaca desde los años setenta, el crecimiento de la oposición representada por el PAN, seguida por el crecimiento del PRD a partir de los noventa. Finalmente en Oaxaca, la hegemonía del PRI se ha visto severamente cuestionada desde los años setenta, primero por el Partido Popular Socialista (PPS), representando una tendencia a la izquierda del partido oficial nacida de la escisión entre Fidel Velázquez y Vicente Lombardo en los cuarenta. Éste fue seguido del PRD a partir de finales de los ochenta, partido heredero directo de esta tradición opositora de izquierda.

Todo parece indicar que la caldera política de estos estados de la república había estado bajo fuertes presiones mucho antes de la crisis económica de los años ochenta y de las medidas de liberalización política que empezaron a partir de 1979, pero que sólo hasta 1982, el gobierno central había podido mante-

ner tapada la caldera. La diferencia entre estas épocas anteriores y las actuales parece estar en que con las repetidas crisis económicas, el estado federal agotó sus posibilidades de responder a las demandas de los diferentes sectores de la población que se han visto golpeados de una u otra forma por éstas.⁶ En este sentido, la iniciativa de devolver a los estados su capacidad fiscal y gerencial en materia social tenía, entre sus distintas finalidades, la de desviar el descontento social hacia las instancias estatales y atomizarlo. Además, parece también haber tenido la consecuencia no anticipada de servir de detonador para el desarrollo de los partidos de oposición, lo que a su vez ha impulsado la actual transición democrática del país.

Según los preceptos de la teoría democrática, un mayor grado de multipartidismo debería desembocar en un mayor dinamismo político y una mayor capacidad político-administrativa. Este precepto, sin embargo, no toma en cuenta el hecho de que México no solamente está pasando de un sistema unipartidario a uno multipartidario, sino también de un sistema de partido de notables basado en las prebendas y, en gran parte, la corrupción, a un sistema partidario moderno sin ventajas económicas claras para los ganadores del proceso electoral. Actualmente, los programas de gobierno, con la excepción de algunos (entre ellos la salud), son prebendales en el sentido de distribuirse inequitativamente con base en redes clientelares/partidarias. Como consecuencia, la victoria de los partidos de oposición ha significado para los vencidos el final de una forma de distribuir los recursos públicos que se había institucionalizado prácticamente desde la Revolución. De ahí que el proceso electoral municipal, por ejemplo, se ha visto acompañado de violencia. Este fenómeno ha sido particularmente visible en Oaxaca, estado dividido en 570 municipios, sólo uno de los cuales —la capital del estado— rebasa los 100 000 habitantes. Pero ha estado presente también en los otros estados, donde los grupos tradicionales (propietarios, ganaderos y otras élites regionales) se han opuesto violentamente a las embestidas de los grupos emergentes de campesinos, estudiantes y obreros, y combinaciones de éstos.⁷

⁶ Para mayores detalles sobre las tres crisis fiscales de México (respectivamente 1982, 1995 y 1998), véase el informe de investigación de Viviane Brachet-Márquez, "La reforma de los sistemas de salud y previsión social en México, 1982-1999".

⁷ En el caso de Oaxaca, este proceso llegó al extremo de aprobar en el año 1983 en la legislatura estatal una ley según la cual dicha legislatura podía "desconocer" a cualquier gobierno municipal legítimamente elegido en cualquier parte de su territorio. Es en función de esta ley que dicha legislatura "desconoció", el 31 de julio del mismo año, al gobierno municipal de Juchitán, tras un tiroteo que enfrentó a opositores del municipio con miembros del gobierno municipal. Al quedarse ocupando el edificio municipal, dicho gobierno se puso, *ipso facto*, en una situación de ilegalidad, lo cual permitió al PRJ recuperar el liderazgo de la ciudad entre 1983 y 1986.

Estas tendencias generales no se aplican de la misma manera en los tres estados estudiados. Donde existen actores políticos fuertes fuera del ámbito priista, como en Sonora y Guanajuato, las victorias electorales de la oposición son menos cuestionadas y una vez aceptadas, parecen seguir vías más institucionales. Por ejemplo, las elecciones guanajuatenses del año 1991 significaron la debacle para el PRI, que perdió 12 de los 46 municipios que había tenido, aquellos donde habitaba 56% de la población total, y 63% de la urbana. Estas victorias, sin embargo, se respetaron. En Guanajuato también, la elección estatal de 1991 acuñó el concepto de “concertación”, que significa la disposición del PRI a conceder una victoria de la oposición en caso de que las protestas fueran suficientes. Ante la denuncia de fraude a gran escala en agosto de 1991, tanto por parte del PRD como del PAN, quedó de gobernador, de común acuerdo entre las partes en pugna, el panista Carlos Medina Plascencia, más aceptable por el equipo salinista que Vicente Fox, el candidato supuestamente derrotado por el PRI. Esta situación fue también el principio de la experiencia de cohabitación entre gobernadores y municipios de distintos partidos.

En Sonora, los tres principales partidos, PRI, PAN y PRD, están sólidamente instalados e institucionalizados, creando una situación caracterizada por un alto grado de pluralidad política. En cambio, en Oaxaca, estado muy débilmente industrializado (el sector secundario representó sólo 7.4% del PIB estatal en 1997), la sociedad civil es poco desarrollada, excepto en localidades específicas, como Juchitán, por lo que el uso de la violencia y el fraude electoral son más endémicos.⁸

La cohabitación entre distintos partidos no siempre ha sido armoniosa. En el estado de Puebla se inauguró, durante la gubernatura de Manuel Bardeni, la costumbre priista de desfinanciar a los municipios donde han ganado los partidos de oposición, con la finalidad de desanimar a los votantes en la siguiente vuelta electoral. Este comportamiento se ha transformado en modelo para varios gobernadores priistas que han mantenido en condiciones de extrema pobreza fiscal a los municipios de la oposición como medida de resisten-

⁸ A las 150 planillas de oposición, en 1986, sólo se les reconocieron nueve triunfos; a raíz de protestas generalizadas, se concedieron seis municipios más (tres por plebiscito y tres por consejo), para hacer un total de 15 (véase Fausto Díaz Montes, *Elecciones municipales, conflicto y negociación: Oaxaca 1986. Los conflictos municipales en Oaxaca*, Instituto de Investigaciones Sociológicas / Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca, Oaxaca, 1989, cuadros 9 y 10, pp. 30-31). En 1989, se concedieron 33 municipios a la oposición (16 al PRD), quedando los 537 restantes en manos del PRI. En 1992, con 172 planillas de oposición, se concedieron solamente catorce municipios al PRD, cuatro al PAN, dos al PARM y dos al PFCRN. Generalmente, es en los municipios pequeños que gana la oposición, quedando las principales ciudades sólidamente priistas, excepto Salina Cruz y Juchitán en 1992.

cia a la transición democrática. El bloqueo de fondos municipales en los municipios de la oposición es una queja permanente en el estado de Oaxaca.⁹ Pero aun en casos en los que los gobernadores no detienen los fondos deliberadamente, el municipio, a pesar de ser el sitio de instrumentación de las políticas sociales, es institucional y políticamente en extremo débil. Lo es no sólo porque faltan recursos humanos con suficiente madurez en los pequeños municipios (un problema particularmente grave en Oaxaca), sino también por diseño. En efecto, los programas estatales, lejos de estar bajo el mando municipal, son encargados a diferentes agentes locales nombrados desde el centro estatal, por lo que el trabajo administrativo de la presidencia del municipio se limita al mantenimiento y la mejora de la planta física (calles, drenaje, agua, etc.). Estas divisiones tienden a separar a los pueblos y a la vez propician prácticas clientelares contra las cuales la población no puede protestar, dado que los agentes estatales no son elegibles. En cuanto a las obras que los municipios pueden emprender, son planeadas igualmente desde el centro, de manera que los presidentes municipales no pueden responder a las demandas de sus electores.

En resumen, la descentralización administrativa del ámbito federal al estatal parece haber ido a la par con una fuerte centralización a nivel estatal, por lo que la suerte de cualquier programa, entre ellos el de salud pública, está en manos del Ejecutivo estatal y su gabinete, si no es que ha quedado todavía en manos del Ejecutivo federal, como en el caso de los trabajadores de la salud y la educación, que permanecieron clasificados como empleados federales. A la vez, los fondos federales canalizados hacia los estados tampoco sirven para muchas iniciativas locales, porque son cuidadosamente asignados en cuanto a su uso. Queda sólo la posibilidad de crear impuestos estatales extraordinarios, la cual está severamente limitada en la mayoría de los casos, y es prácticamente inexistente en el caso de Oaxaca, donde es extremadamente difícil recabar siquiera el impuesto predial en la mayoría de los municipios.

Éste es el telón de fondo político-administrativo de las reformas de la salud. La transición política introduce algunas dificultades y bloqueos internos, a la vez que la reforma administrativa tiende a concentrar el poder en manos del gobernador, dejando poco pie a la iniciativa local.

⁹ No se obtuvieron datos comparables a nivel municipal para los tres estados bajo estudio. En el caso de Oaxaca, se obtuvieron gracias a la organización de una reunión de presidentes municipales organizada por el Instituto de Estudios Sociológicos en la ciudad de Oaxaca, a la que tuve la oportunidad de asistir.

Cómo los actores vivieron las reformas de la salud pública

Sonora y Guanajuato fueron seleccionados entre los primeros estados donde se inauguró la descentralización sanitaria en el año 1984. Durante los dos primeros años que siguieron a la firma en 1985 del Acuerdo de Descentralización Operativa de Salud e Integración Orgánica, fueron inyectados recursos adicionales (provistos por el Banco Mundial) que permitieron aportar algunas innovaciones. Posteriormente, se presencia un estancamiento generalizado del sector de la salud pública, mismo que reflejó las consecuencias presupuestarias de las políticas macroeconómicas perseguidas por el Ejecutivo federal.

La consecuencia inmediata de la reforma fue la supresión de los servicios coordinados de la Secretaría de Salud, y la creación de un secretario de Salud en cada estado, miembro del gabinete del gobernador. De esta manera, lejos de simplificar la estructura administrativa del Estado mexicano, la descentralización reprodujo a nivel estatal la totalidad de las estructuras del Centro. En el caso de Sonora, se reporta que se hizo poco para dar a esta Secretaría un poder normativo que permitiera deslindar lo nacional de lo estatal, así como el de intervenir en disputas en el ámbito local, de manera que en la actualidad, la insuficiente capacidad reguladora de la Secretaría de Salud de Sonora sigue siendo una queja frecuente. Paralelamente, en el estado ha crecido en forma desmesurada el sector privado de la salud, sin que tampoco la secretaría interviniera para establecer normas de contratación de los médicos ni de responsabilización legal de éstos.¹⁰ En Guanajuato, en cambio, se observa mayor actividad por parte de la Secretaría Estatal de Salud y un mayor interés por parte del gobernador por mejorar el estado de salud de la población.¹¹

En Oaxaca, hay poca evidencia de la relevancia de la salud en la política estatal, donde el puesto de secretario de salud es una moneda de intercambio político que se adjudica frecuentemente, por lo que hay poca continuidad en la política estatal de la salud. De hecho, Oaxaca ha sido uno de los últimos estados en descentralizarse, y en consecuencia sigue fuertemente bajo el liderazgo central.

¹⁰ En 1997 estalló un conflicto con médicos, bancos y aseguradoras privadas, y se unen los primeros para luchar contra los salarios bajos en estos establecimientos. La Secretaría no intervino.

¹¹ En realidad, tanto la salud como la educación representan puntos débiles en Guanajuato, que requieren de mucha atención. En el caso de la salud, cerca de 70% de la población no tiene derecho a la seguridad social, y la Secretaría de Salud sólo ofrece los dos primeros niveles

En términos generales, se siente más dinamismo en el campo de la salud en Guanajuato, lo cual se explica en gran parte por el afán que tuvo el entonces gobernador Fox del Partido Acción Nacional de demostrar que no abandonaba a los grupos de bajos recursos. Esto, a su vez, proyecta una imagen que era importante y sumamente útil para un candidato a la presidencia en el año 2000. Gracias a este afán político, las repetidas crisis fiscales federales no parecen haber tenido efectos negativos en la actividad de la salud pública en Guanajuato, aunque se observa cierto estancamiento en la seguridad social, tanto del IMSS como del ISSSTE, que no están bajo el control del gobernador.

En los otros dos estados se observa un panorama típico de depresión económica, con una mayor demanda de servicios de salud por parte de la población sin un aumento de recursos humanos, lo cual crea una gran presión sobre el personal sanitario y repercute en una baja tanto de la calidad como de la calidez de dichos servicios.

A partir de los años ochenta, la iniciativa privada se empieza a colocar por medio de convenios con las instituciones públicas en los intersticios abiertos del sistema público. En el IMSS de Oaxaca, por ejemplo, ya no se construye ninguna planta física adicional desde hace varios años: se subcontrata a la iniciativa privada (según el sindicato con costos más altos) para funciones deficientes, como por ejemplo los laboratorios. Esto, sin embargo, no representa una política propiamente estatal, sino nacional. Es en Sonora que la privatización de la salud ha ido más lejos por la proximidad de la frontera con Estados Unidos.

En Guanajuato se ha emprendido cierta municipalización de la salud por medio de convenios firmados entre el estado y 26 municipios. Con base en estos convenios, dichos municipios se encargan de administrar los servicios de salud a la población abierta, quedándose la Secretaría con el derecho de intervenir y vigilar. Se trata, naturalmente, de municipios de cierto tamaño y con recursos humanos suficientes. En el futuro, se considera que todos los municipios tendrán facultad de autogestión, quedando sólo unos cuantos bajo la tutela directa del estado. Otra iniciativa ha sido la de normar las emergencias (mismas que no lo están a nivel nacional), y aportar presupuesto adicional a los fondos de proveniencia federal. La aportación estatal guanajuatense a la SSA se ha incrementado de 1.5% en el año 1985 a 23.5% en 1998, con un ligero retroceso con respecto a 1996, cuando alcanzó casi

de atención. Esta baja tasa de afiliación a la seguridad social es insólita, dada la tasa de desempleo (1.7%) y la intensa actividad fabril en el estado, lo cual habla de una cultura de tolerancia a la evasión empresarial.

30%. Se pretende también aumentar las cuotas de recuperación percibidas de la población abierta, lo que significa que en la actualidad, Guanajuato es el estado con mayor aporte de cuotas de recuperación después de Nuevo León. Esto, a su vez, ha tenido como consecuencia un mayor gasto familiar de los hogares más pobres (los no asegurados) de un servicio que políticamente se presenta como “gratuito”.¹²

Ahora bien, la reforma tiene importantes candados que cierran las posibilidades de iniciativas estatales y locales en aspectos fundamentales como son la creación, edificación o compra de bienes muebles o inmuebles, y la creación de puestos laborales, que siguen siendo atribuciones federales. Igualmente queda la suerte de muchos trabajadores bajo la legislación laboral federal, mientras que otros son clasificados como estatales, con diferencias importantes en materia de prestaciones, y con consecuentes conflictos entre empleados del sector. Existe, a nivel federal desde 1995, una política de congelación de plazas que significa que al liberarse una plaza, no se contrata personal adicional, sino personal temporal sin derecho a antigüedad ni a prestaciones. Esto trae como consecuencia gran retención a despedir personal inadecuado por miedo al cierre de las plazas, lo cual constituye un serio obstáculo en los esfuerzos por mejorar la calidad (y calidez) de los servicios. Aun los puestos de pasantes en los centros de salud son decididos desde el Centro. Al no poder controlar la contratación de éstos, las autoridades estatales se ven con muy pocos recursos para subsanar el problema endémico del ausentismo de los pasantes en las clínicas rurales, mismo que transforma a muchas de estas clínicas en virtuales (con medicinas virtuales también en la mayoría de los casos, por el sistemático desabastecimiento característico de la Secretaría de Salud nacional). La descentralización de la contratación y asignación de los recursos humanos es, por lo tanto, vital si se desea realmente ceder control y responsabilidades a los estados para la administración de los servicios de salud. Sin embargo, los dos candados antes mencionados impiden que se dé este paso, y ponen severos obstáculos al esfuerzo estatal por mejorar las condiciones de los servicios de salud, aun en condiciones, como el caso de Guanajuato, en que el estado aporta recursos propios para el desarrollo del sector.

¹² Las llamadas “cuotas de recuperación” se crearon a principios de los años noventa bajo la tutela del Banco Mundial.

Conclusiones

Con estos elementos en mano, conviene ahora volver a considerar las preguntas que motivaron la investigación presente: *¿Es posible argumentar que los efectos del ajuste macroeconómico sobre el acceso a calidad y uso de los servicios de salud varían en función de características del proceso político/administrativo estatal?*

Puede contestarse como afirmativa esta pregunta, pero en forma muy calificada. El caso de Guanajuato indica que es posible para un estado adquirir un perfil emprendedor e innovador aun dentro del marco algo constreñido de las reformas de la salud. Sin embargo, el ejemplo de Guanajuato no deja de ser excepcional, y por lo tanto difícilmente repetible, en el sentido de representar un estado pionero por la toma de poder de un partido de oposición sometido a una fuerte presión para demostrar que no abandona a los grupos de bajos ingresos. Se trata, además, de un estado con un gobernador que pretendió, y logró, ser el candidato a Presidente de la República, y por consiguiente tenía que "lucirse" de todas las formas posibles en sus políticas estatales. Parece difícil multiplicar esta experiencia por 32, sobre todo tratándose de un estado relativamente próspero, que por lo tanto puede acercarse más al ideal algo mítico de la autosuficiencia estatal en materia de gasto social. El caso de Sonora, también un estado relativamente próspero, no indica una tendencia en la misma dirección.

Existe también otra forma en que los procesos políticos estatales pueden modificar las consecuencias de las políticas macroeconómicas, pero en el sentido de empeorar sus efectos restrictivos. Ésta es la situación que se averigua en Oaxaca, donde el proceso político es tan turbulento y desorganizado que deja pocos espacios para el trabajo sustantivo de mejorar la salud de la población. Ahí, las políticas dirigidas desde el centro, y poco vigiladas desde la Secretaría estatal (principalmente por la alta rotación del puesto), se llevan a cabo con todos los limitantes presupuestales y escaseces de recursos humanos determinados desde el centro, aunados a las restricciones propiamente locales esbozadas en esta síntesis. Es de esperarse, sin embargo, que estos fenómenos sean propios de las primeras fases de la descentralización, siendo Oaxaca de los últimos llegados a esta transformación.

La respuesta a la segunda pregunta sobre *¿Cuáles son las características estatales que pudieran mediar entre ajuste macroeconómico y desempeño en los servicios de salud, y de qué naturalezas son las mediaciones que operan?* es sugerida también por los elementos aportados en este trabajo. Por un lado, es claro que el estado no puede superar por sus propios medios los limitantes impuestos por las políticas macroeconómicas nacionales si no

tiene poder de decisión sobre la expansión de la planta física y de los recursos humanos de salud. Esto tiene que ver con que la Federación aún controla fiscalmente a los estados, y les “concede” la devolución de impuestos. El estado sigue sin tener la capacidad autónoma de recabar impuestos y devolver a la Federación lo que le corresponde, como en el caso de Estados Unidos de América.

En el caso del Seguro Social, el centralismo también sigue, en el sentido de no poderse recabar los ingresos que provienen de las empresas desde los estados. En resumen, un mecanismo para aumentar la capacidad estatal de incrementar sus esfuerzos en materia de salud pública es avanzar más en el proceso de la descentralización que, en aspectos cruciales, se ha parado a medio camino. Pero esto significaría también que algunos estados estarían en la entera libertad de gastar lo mínimo en salud (u otros gastos sociales), como de hecho sucede en Estados Unidos, donde los movimientos de migración son en parte motivados por las diferencias entre los estados en materia social, quedando algunos estados sobrecargados de poblaciones dependientes (como el estado de Nueva York), mientras que otros los expulsan (como los estados del “Deep South”). Queda la posibilidad de aplicar regímenes especiales en estados pobres, como es el caso de Oaxaca que carece casi completamente de recursos propios, dejando un mayor margen de libertad a los demás. Pero esto, a su vez, exacerba los conflictos que acompañan a la transición democrática, al dar mayor poder al PRI, que sigue imperando en la mayoría de los estados, para recuperar localmente el poder perdido a nivel nacional, con las consiguientes riñas entre ganadores y perdedores que se han esbozado.

Existe también otra vertiente de la descentralización que ha quedado sin concluir: la relación entre gobierno estatal y gobiernos municipales. Es evidente que no puede haber un avance sustancial en el desempeño en materia de salud si a los municipios se les ha negado sistemáticamente llevar a cabo con plenitud su papel de administración local. Ahí también el ejemplo de Guanajuato es ilustrativo. La experiencia de los convenios con los municipios para administrar los programas sociales es un primer paso indispensable (aunque es necesario investigar cómo funcionan realmente), como lo es también la eliminación de los procedimientos clientelares para distribuir los beneficios de dichos programas en el ámbito local.

En conclusión, las mediaciones estatales que se dan en la relación entre políticas macroeconómicas y desempeño en los servicios de salud son de dos clases: por un lado, están las influencias negativas que se manifiestan por los conflictos interpartidarios y las luchas de los priistas por mantenerse en el poder localmente, con la violencia y la corrupción típicas de tales proce-

sos. Por otro lado, los estados pueden, en las condiciones actuales, emprender políticas de mejoramiento de los servicios de salud, pero en condiciones muy restringidas. Para mejorar estas posibilidades, debe incrementarse el grado de autonomía de los gobiernos estatales frente a la Federación, sin por ello elevarlos al grado de pequeños gobiernos con autoridad absoluta sobre su territorio. Por ello es necesario también crear, constitucionalmente como en el caso de Brasil, espacios representativos para los municipios, y reforzar los mecanismos de delegación de la autoridad estatal hacia éstos.

Recibido y revisado: julio, 2001

Correspondencia: El Colegio de México/Centro de Estudios Sociológicos/
Camino al Ajusco 20/Col. Pedregal de Santa Teresa/CP 10740/México, D.F./
Tel: 54 49 30 00/correo electrónico: brachet@colmex.mx