

En busca de mayor justicia social: la descentralización de los servicios de salud y educación en México

VÍCTOR MANUEL MUÑOZ PATRACA*

Resumen: La descentralización de los servicios médicos y educativos ha permitido avanzar en la lucha contra la marginación y la pobreza. La planeación de las acciones estatales, aunada a la decisión de dejar en manos de los gobiernos estatales y municipales el manejo de los recursos, ha permitido atender las necesidades de la población más desprotegida. Sin embargo, hasta ahora sigue habiendo deficiencias administrativas que impiden una respuesta eficaz del Estado que haga realidad las aspiraciones de justicia social.

Abstract: The decentralization of medical and educational services has contributed to efforts to combat marginalization. The planning of state actions, linked to the decision to place resource management in the hands of state and municipal governments, has enabled the needs of the most vulnerable sectors of the population to be met. However, continuing administrative deficiencies have prevented an effective response by the state which would enable it to achieve its aim of social justice.

Palabras clave: política social, educación, salud, descentralización.
Key words: social policies, education, health, decentralization.

AL INICIARSE LA RECONSTRUCCIÓN ECONÓMICA Y LA APLICACIÓN de las reformas sociales surgidas de la revolución de 1910-1917, el Estado mexicano se ubicó como factor clave en el fomento del desarrollo económico y en la superación de la marginación y la desigualdad social. La intervención del Estado en la producción y distribución de bienes y servicios, así como su creciente responsabilidad en la atención de las necesidades básicas de la población, explica en buena medida el proceso de centralización del poder en el gobierno federal, en particular en el ejecutivo. La Constitución de 1917 otorgó al Estado la responsabilidad de proteger a los sectores más desfavorecidos de la población y arraigó su iniciativa en el ejecutivo federal, el cual debería promover las leyes y definir las acciones políticas y administrativas necesarias para la consolidación del proyecto revolucionario. Es decir, el Constituyente de 1916-1917 concibió en el presidente de la república el liderazgo fuerte capaz de defender al país frente al exterior y de cumplir con la tarea fundamental de impulsar el desarrollo económico y asegurar la justicia social.

Los avances registrados en el desarrollo social entre 1940 y 1980 fueron significativos. Durante esos años la atención estuvo principalmente centrada en la educación. Su importancia obedeció al imperativo de justicia social derivado del movimiento re-

* Dirigir correspondencia a la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Circuito Mario de la Cueva s/n, Ciudad Universitaria, México, D. F.; tel.: 5622-9419; e-mail: patraca@servidor.unam.mx.

volucionario, pero principalmente al efecto de la educación en el crecimiento económico. Así, por ejemplo, el porcentaje de la población analfabeta en el país se redujo del 43.2% del total de la población¹ en 1950 al 16.0% en 1980.

En la década de los ochenta, la crisis derivada de la deuda externa y el programa de ajuste que se aplicó a partir de diciembre de 1982 se tradujeron en una importante reducción de los recursos destinados por el Estado al gasto social. El porcentaje del PIB dedicado a éste disminuyó de 8.4% en 1982 a 5.0% en 1990.² Las severas restricciones al gasto público se reflejaron de forma inmediata en la disminución de los recursos destinados a atender las necesidades básicas de la población. El control sobre el gasto, aunado a la reestructuración económica que implicó la apertura indiscriminada de la economía a la competencia internacional, provocaron la caída del salario real de los trabajadores, el crecimiento del sector informal de la economía y un importante aumento en el número de mexicanos que vive en condiciones de pobreza, que vinieron a sumarse a los millones de habitantes de las áreas rurales que viven en condiciones de extrema marginalidad. A su vez, el deterioro en los niveles nutricionales, de la salud en general y de la salubridad que ha acompañado la extensión y profundización de la pobreza, están en el origen del regreso de enfermedades que se suponía erradicadas o bajo control. Este retroceso explica que en los últimos años se haya aumentado el gasto destinado a atender los rubros que representan una mayor amenaza para el futuro de la población y el desarrollo económico del país.

Los servicios de salud y educación proporcionados por el Estado han sufrido diversas alteraciones para adecuarse a la reestructuración de las funciones desempeñadas por éste a raíz de las reformas iniciadas en 1982. Dichas reformas han llevado a un retiro del Estado de la producción directa de bienes y servicios y a una mayor asignación de recursos destinados al gasto social. Igualmente, se ha impulsado la descentralización bajo el argumento de aumentar la eficacia y la eficiencia de las políticas de bienestar. En las próximas páginas me referiré a la manera como se ha realizado este proceso y cuáles han sido sus resultados en los campos específicos de la salud y la educación. El énfasis que se hace en la primera obedece a que es un tema menos estudiado que merece atención.

La hipótesis que guía este trabajo es que la descentralización de los servicios de salud y educación puesta en marcha en los años 1980 y 1990 debería haber contribuido a mejorar la atención que reciben los grupos con mayores rezagos sociales. Sin embargo, la insuficiencia de recursos financieros —que se traduce en falta de instalaciones convenientes y bajos salarios—, la inadecuada preparación del personal encargado de la prestación de los servicios, así como la poca y deficiente administración, impiden que se cumpla con el objetivo de dar a la población más desfavorecida la oportunidad de mejorar su calidad de vida.

¹ Población de seis años o más; *vid.* CEPAL, 1995, "Indicadores sociales básicos de la subregión norte de América Latina y el Caribe, 1950-1994", Documento de Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, LC/MEX/L.266, 17 de abril, cuadro 17, p. 24.

² *Ibid.*, cuadro 14, p. 20.

LA SALUD

El derecho a la protección de la salud —expresión que implica que la salud es una responsabilidad compartida por el Estado, la sociedad y los individuos— está reconocido por el artículo 4o. constitucional, mientras que en el artículo 123 se establece la responsabilidad de los empresarios por los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales de los trabajadores, así como las bases mínimas de organización de la seguridad social. En esta convergencia de garantías individuales y sociales se encuentra el fundamento de las acciones del Estado en materia de salud.

En sus inicios, la Constitución de 1917 sólo contenía menciones aisladas sobre la salubridad. Fueron dos reformas, una introducida en 1980, en la que se estableció la obligación de los padres de preservar la salud física y mental de los menores, y otra aprobada en 1983, en la que se establece el derecho a la protección de la salud, las que formalizaron la existencia de diversas modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y los estados en la salubridad general.³

Los servicios de salud, en una primera instancia, están a cargo de una dependencia federal: la Secretaría de Salud, pero hay otras instituciones que otorgan atención médica a millones de derechohabientes, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y los organismos que atienden a sectores específicos como las fuerzas armadas y los trabajadores de empresas como Ferrocarriles Nacionales y Petróleos Mexicanos (Pemex). Finalmente, hay también instituciones privadas que complementan la oferta de servicios médicos en el país.

La crisis de 1982 tuvo como consecuencia la disminución en los recursos que el Estado manejaba para atender las necesidades de la población, lo que obligó a racionalizar el gasto y a replantear la descentralización administrativa, iniciada en la década anterior sin resultados positivos. A partir de entonces la descentralización se entendería como la creación o fortalecimiento —jurídico y financiero— de unidades estatales o municipales, encargadas de las actividades que difícilmente podían ser objeto de control directo por parte del gobierno central.

En 1984 se puso en marcha el Programa Nacional de Salud para cumplir con el propósito de elevar el nivel de salud de la población y superar los desequilibrios existentes en materia de cobertura y calidad de los servicios.⁴ El énfasis se puso en la atención primaria apoyando el incremento de la cobertura de los servicios de salud mediante la expansión de la infraestructura, la mayor disposición de horas-médico y el uso de sistemas de atención simplificada, como fueron la salud ambulatoria y el puer-

³ Rodolfo Lara Ponte, "Comentario al artículo 4o. constitucional", en Instituto de Investigaciones Jurídicas, 1997, *Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos comentada*. Porrúa/IJ-UNAM, 2 tomos, 9a. ed., México.

⁴ "Programa Nacional de Salud, 1984-1988", en Secretaría de Programación y Presupuesto, 1985. *Antología de la planeación en México*, Fondo de Cultura Económica, México, tomo 14, p. 19.

perio de corta estancia.⁵ La estrategia adoptada partía del establecimiento de un modelo de servicio regionalizado que permitiera atender eficientemente a la población, para lo cual se propuso la “transferencia gradual de los servicios a la población abierta a las entidades federativas y la desconcentración de los sistemas federales de seguridad social integrándose sistemas estatales de salud”.⁶

Esta estrategia implicaba el fortalecimiento previo de los municipios mediante el ejercicio de las facultades del ayuntamiento en materia de salubridad local y el establecimiento de instancias de coordinación sectorial a nivel municipal. La descentralización empezaría cuando el ayuntamiento estuviera en posibilidad de encargarse efectivamente de ofrecer los servicios de salud a la población en general, bajo las normas técnicas establecidas por las autoridades federales y estatales y con su apoyo técnico, administrativo y financiero.⁷ Con la descentralización de los servicios de salud se buscaba el acercamiento entre las instituciones estatales y los municipios para contribuir a llevar los servicios de salud adonde la gente los necesitaba, una tarea que la centralización impedía cumplir.

La desigualdad entre los municipios del país se hizo evidente desde los primeros momentos de la descentralización. Los avances que se lograron en ciertos estados permitieron que se redujera la proporción de los municipios que carecían de servicios de salud: de 47% en 1970 a 29% en 1985. Sin embargo, sólo once entidades federativas ofrecían estos servicios en todos sus municipios, mientras que los estados con mayor número de municipios rurales, muchos de ellos con localidades que cuentan con menos de 2 500 habitantes, hacían frente a serios obstáculos. En las localidades aisladas y poco habitadas no era posible la prestación de los servicios básicos de salud.⁸

Las diferencias y desigualdades reales a nivel municipal hicieron que la descentralización se limitara a menos del 50% de los estados. En Tlaxcala, Nuevo León, Guerrero, Jalisco, Baja California Sur, Morelos, Tabasco, Querétaro, Sonora, Colima, México, Guanajuato, Aguascalientes y Quintana Roo, se puso en marcha la descentralización. Ninguno de dichos estados presenta los problemas de dispersión poblacional en el medio rural que hacían difícil el avance de la devolución de funciones a las instituciones locales. Además, como se ha hecho notar, presentaban otros rasgos comunes, como la existencia de varias instituciones prestadoras de servicios, que contaban con una cobertura aceptable y bajos costos de homologación salarial entre la Secretaría de Salud y el IMSS, y estaban en posibilidad de adquirir hospitales para la atención de la población de menores recursos.⁹ Todas estas características hacían de los “estados-

⁵ Según el ex presidente De la Madrid, al finalizar su gobierno 77.7 millones de personas tenían acceso a los servicios de salud, lo que equivale al 93.9% de la población, y 5.1 millones se mantuvieron al margen de estos servicios. Cfr. Miguel de la Madrid Hurtado, 1998, *El ejercicio de las facultades presidenciales*, Fondo de Cultura Económica, México, p. 125.

⁶ “Programa Nacional de Salud, 1984-1988”, *op. cit.*, p. 52.

⁷ Cfr. Manuel Ruiz de Chávez y Rodolfo Lara Ponte, 1990, “Estrategias para la descentralización municipal en salud”, en *Salud Pública de México*, septiembre-octubre, vol. 32, núm. 5, pp. 599-600.

⁸ Mario Herrera Zárate y Rosana González Torres, 1989, “Dilemas del financiamiento a la salud”. *Salud Pública de México*, noviembre-diciembre, vol. 31, núm. 6, p. 802.

⁹ Myriam Cardozo Brum, 1993, “La descentralización de servicios de salud en México: hacia la am-

piloto” lugares en donde la descentralización avanzaría a un ritmo relativamente acelerado, lo cual daba legitimidad a la decisión gubernamental, y racionalizaba las acciones en momentos de crisis y ante una notoria incapacidad de los organismos federales para dar respuesta a las demandas de la población.

Los criterios técnico-administrativos que guiaron la descentralización en sus primeros años pesaron más que las consideraciones sobre la necesidad de reducir los desequilibrios regionales y llevar los servicios de salud a las zonas que los requerían con urgencia. De ahí que no sorprenda el hecho de que al realizarse una evaluación de los resultados obtenidos la conclusión más importante se refiera a la creciente desigualdad: las áreas de menores recursos eran las peor atendidas. Carecían de la infraestructura básica indispensable (hospitales, mobiliario, equipo e instrumental), había fallas en el abastecimiento de medicamentos y materiales de curación y una carencia de recursos humanos capacitados. Los médicos enviados a los municipios más pobres eran poco calificados y su estancia, temporal: eran, en su totalidad, pasantes de medicina. La situación del personal de enfermería no difería mayormente.¹⁰

Otro elemento que se consideró en la evaluación fue la distribución de los recursos. El procedimiento de asignación presupuestal por programas resultó contrario al objetivo de impulsar las acciones preventivas para disminuir y contrarrestar la incidencia de enfermedades y accidentes. Entre 1983 y 1987 el 70% del gasto en salud se destinó a la atención curativa y solamente el 6%, a programas preventivos.¹¹ Este hecho explica que el efecto de la descentralización de los servicios sobre el nivel de salud de la población haya sido mucho menor de lo que se esperaba. Quedó demostrado que la atención hospitalaria, además de costosa, tenía poca influencia en la solución de los principales problemas. Los datos analizados no mostraban una modificación en las principales afecciones, que en el medio rural seguían siendo la desnutrición e infecciones agudas, y en las zonas urbanas —además de las anteriores—, los accidentes, las enfermedades crónico-degenerativas y las enfermedades mentales.¹²

Insuficiente cobertura, baja calidad de la atención y la desvinculación de los problemas de salud de sus factores condicionantes (nutrición, educación, vivienda y ambiente) fueron aspectos que se subrayaron en el momento en que una nueva administración llegó al poder y definió sus programas de gobierno. Poco significativos habían sido los logros de la administración de Miguel de la Madrid en materia social, ampliamente superados por los efectos negativos de la crisis económica en el nivel de vida de la población. Por ello, el combate a la pobreza —que en México alcanza el rango de pobreza extrema— se convierte en una prioridad de la política social al iniciarse la década de los noventa.

nesia total o hacia la resurrección de la política”, *Gestión y Política Pública*, julio-diciembre, vol. II, núm. 2, p. 369.

¹⁰ Xóchitl Refugio Romero Guerrero *et al.*, 1992. “Regionalización en salud: un instrumento para la planeación jurisdiccional”, *Salud Pública de México*, septiembre-octubre, vol. 34, núm. 5, p. 516.

¹¹ Mario Herrera Zárate y Rosana González Torres, *op. cit.*, p. 803.

¹² *Idem.*

En el Programa Nacional de Salud 1990-1994, se reconocieron avances en el proceso de descentralización alcanzados por la vía de la creación del Sistema Estatal de Salud, integrado por los servicios de la Secretaría de Salud, los del Programa IMSS-Coplamar y los de los gobiernos estatales y municipales. Sin embargo, antes que plantear la extensión de la descentralización a un mayor número de estados, se propuso como estrategia prioritaria el fortalecimiento de los sistemas locales de salud (Silos) para "consolidar la atención primaria y favorecer la participación de la comunidad, con el fin de que estas estructuras sean más sensibles a las necesidades de la población".¹³ Dicha estrategia se elaboró bajo los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud, que en 1987 había señalado la importancia de "desarrollar la infraestructura de servicios con énfasis en la atención primaria de salud, atender los problemas prioritarios de los grupos más vulnerables y desarrollar capacidad de gestión para la utilización óptima de los recursos".¹⁴ La puesta en operación del fortalecimiento de los Silos condujo a dar una atención especial al aumento y capacitación de los recursos humanos, en particular médicos y enfermeras, y a la construcción de centros médicos regionales encargados de atender los que fueron definidos como problemas prioritarios: sida, diarreas, adicciones y vacunación.¹⁵

Al gobierno federal le gusta subrayar los avances logrados a lo largo del siglo. El aumento de la esperanza de vida (que pasó de 40 años en 1930 a 67.1 años en 1989) es el dato que sirve para alimentar la confianza de los responsables de la política de salud en el país.¹⁶ Sin embargo, los estragos causados por la disminución en el nivel de vida de millones de habitantes de las zonas rurales y urbanas marginadas, pronto pusieron en evidencia que la "notable transición epidemiológica" de los últimos sesenta años se veía amenazada por la reaparición de enfermedades que se pensaban erradicadas y el resurgimiento de las que estaban bajo control. El 17 de junio de 1991 se presentó el primer brote de cólera que pronto se extendió a todo el país. El número de enfermos y de fallecimientos relacionados con la epidemia se multiplicó de manera alarmante.¹⁷ No podía seguir ignorándose la estrecha relación entre la disminución de los ingresos de la población más pobre¹⁸ y el aumento de las enfermedades. De ahí que la erradicación de la pobreza se convirtiera en un objetivo prioritario de las políticas de desarrollo económico y social.

¹³ "Programa Nacional de Salud, 1990-1994", en Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1994, *Antología de la planeación en México*, Fondo de Cultura Económica, México, tomo 23, pp. 228 y 236.

¹⁴ Georgina Velázquez Díaz, 1992, "Organización y funcionamiento de los servicios de salud del programa IMSS-Solidaridad", *Salud Pública de México*, noviembre-diciembre, vol. 34, núm. 6, p. 645.

¹⁵ Jesús Kumate, 1994, "Balance sectorial de salud: cinco años de gobierno", en Arturo Warman (comp.), *La política social en México, 1989-1994*, Fondo de Cultura Económica, México, p. 157.

¹⁶ "Programa Nacional de Salud, 1990-1994", *op. cit.*, p. 213.

¹⁷ En 1991 se presentaron 2 690 casos y hubo 34 fallecimientos; en 1992 fueron 8 162 y 99, respectivamente; en 1993, 10 091 y 198; en 1994, 4 075 y 56; el máximo se alcanzó en 1995, cuando se registraron 16 000 casos y 150 defunciones.

¹⁸ Entre 1984 y 1994, el 20% de la población más rica incrementó su participación en el ingreso total de 49.5% a 54.53%, mientras que el 20% de la más pobre la redujo de 4.83% a 4.35 por ciento. *Vid.* Esteban Mociuzuma Barragán, 1998, "La política social del Estado mexicano", *El Mercado de Valores*, octubre, año LVIII, p. 8.

En el último tercio de la década de los setenta, se comenzó a dar coherencia y a sistematizar las acciones destinadas a reducir la profunda desigualdad social. Fue así que surgió la Coordinación General del Plan Nacional para Zonas Marginadas y Grupos Deprimidos (Coplamar),¹⁹ que proporcionaría los estudios de base para la puesta en marcha de programas encaminados a atender las necesidades básicas de la población más pobre del país. Desde los primeros años comenzó a operar el convenio IMSS-Coplamar para atender específicamente el aspecto de la salud. De acuerdo con el Plan Global de Desarrollo, cerca de 14 millones de personas no estaban plenamente integradas a los servicios médico-asistenciales, aunque el IMSS contaba con un programa de solidaridad social²⁰ que beneficiaba a una población rural de tres millones. De ahí que, “como un compromiso de la Revolución mexicana”, se buscó ampliar los servicios a fin de incidir en las condiciones de salud de 11.8 millones de habitantes de localidades rurales que no contaban con ningún tipo de atención sanitaria.²¹

Los servicios IMSS-Coplamar comenzaron a ser descentralizados a partir de marzo de 1984 para pasar a formar parte de los sistemas estatales de salud. Poco satisfactorios habían sido los resultados obtenidos debido a que, por problemas relacionados con una mala administración, los recursos que deberían llegar a los más pobres se habían visto reducidos por su uso poco racional. La necesidad de corregir las deficiencias en la planeada distribución de los beneficios de los servicios médicos se abordaba por medio de la descentralización administrativa.

Es hasta la puesta en marcha del Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol), en los primeros días del gobierno de Carlos Salinas de Gortari, en diciembre de 1988, que se habla de “sostener un ataque frontal a la pobreza”.²² Para llevar adelante las acciones en favor del bienestar, se partió del “fortalecimiento del federalismo y la vida municipal [para] lograr un desarrollo regional más equilibrado”,²³ y se crearon los mecanismos que “facilitaran el acceso de los grupos más vulnerables [grupos indíge-

¹⁹ Coplamar se creó en 1977 y fue concebida como “un esfuerzo sostenido de investigación” que alimentaría la prioridad de dar atención a la población marginada del país. Al finalizar el sexenio se publicaron, en coedición con Siglo XXI Editores, varios volúmenes titulados *Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000*; el número 4 está destinado al problema de la salud.

²⁰ El programa de solidaridad social del IMSS fue creado durante la gestión de Jesús Reyes Heróles al frente de la institución y tenía como objetivo proporcionar asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria en las zonas marginadas. Su operación se hizo mediante la creación de las “clínicas-hospital de campo” y los “consultorios rurales”. De acuerdo con el informe rendido por Reyes Heróles ante la xxxviii Asamblea General del IMSS el 16 de diciembre de 1975, para esa fecha prestaban servicio 17 clínicas-hospital de campo, que atendían a 842 000 habitantes de las áreas rurales de mayor marginación económica y social. Vid. Jesús Reyes Heróles, 1996, *Obras completas. Política II*, Fondo de Cultura Económica/Asociación de Estudios Históricos y Políticos Jesús Reyes Heróles, A. C./Secretaría de Educación Pública, p. 572.

²¹ “Plan Global de Desarrollo, 1980-1982”, en *Antología de la planeación en México, op. cit.*, tomo 9, p. 199.

²² “Programa Nacional de Solidaridad”, en *Antología de la planeación en México, op. cit.*, tomo 22, p. 447.

²³ Unidad de la Crónica Presidencial, 1994, *Crónica del gobierno de Carlos Salinas de Gortari, 1988-1994*, Fondo de Cultura Económica, México, p. 224.

nas, pobladores de las zonas áridas y colonos de las zonas urbanas] a mejores niveles de salud y educación".²¹

En el marco del Pronasol se aportaron recursos para la rehabilitación y construcción de centros de atención primaria, la adquisición de equipo y material y la creación de un sistema de estímulos económicos (becas) para el personal médico y de enfermería. Se desarrollaron acciones en tres campos que vale la pena destacar dado su objetivo de atender las necesidades de millones de habitantes de las zonas rurales más pobres del país. El primero fue la remodelación y equipamiento de hospitales de la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE, para mejorar sus servicios de consulta externa y urgencias. El segundo fue el programa denominado "Cirugía extramuros", en el que especialistas de 18 institutos nacionales y hospitales de especialidades se trasladan a las regiones marginadas del país para realizar operaciones sin costo para el paciente y en su localidad, tendientes a solucionar padecimientos como el labio leporino, paladar hendido, cataratas y estrabismo.²⁵ Y el tercero fue el programa IMSS-Solidaridad, que se puso en operación en 17 entidades federativas no participantes en la descentralización de los servicios de salud y en el estado de Tabasco, donde por solicitud del gobierno estatal se abrieron cinco unidades médicas rurales (UMR) en los municipios de Tenosique y Balankán.²⁶

Del programa IMSS-Solidaridad se esperaba el mayor efecto en beneficio de la población de menores recursos debido a que las entidades federativas atendidas eran aquellas que registraban situaciones severas de desnutrición, causa directa de otros problemas de salud. Con una infraestructura de 3 269 unidades de primer nivel y 54 hospitales de segundo nivel, el programa tenía como objetivo dar atención a poco más de 10 millones de habitantes de las zonas rurales. Para el funcionamiento adecuado de los centros médicos y los hospitales rurales se eligió una organización flexible que permitiera la supervisión de la operación del sistema por parte de un equipo multidisciplinario. El grupo básico a cargo de las unidades locales estaba compuesto por un médico, un promotor de acción comunitaria y un técnico polivalente, mientras que el de supervisión se integraba por un médico, una enfermera, un administrador y un técnico en acción comunitaria. Las reuniones de supervisión se realizarían una vez por mes, para discutir los problemas prioritarios de salud y los de carácter administrativo, pagar salarios e impartir sesiones de capacitación.²⁷

Las condiciones de operación del sistema son muy difíciles. En la evaluación que realizó la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) sobre la reforma del sistema de salud en México, se señala que: "reconociendo las condiciones de indigencia de los servicios de atención a la salud en varias regiones, debidas a la falta de mantenimiento de la infraestructura o a la carencia de personal, el Banco Mundial financió un proyecto para apoyar los Servicios de Salud a la población no ase-

²¹ "Programa Nacional de Solidaridad", *op. cit.*, *loc. cit.*

²⁵ Jesús Kumate, *op. cit.*, pp. 160-161.

²⁶ Georgina Velázquez Díaz, *op. cit.*, p. 645.

²⁷ *Ibid.*, pp. 646-649.

gurada de los cuatro estados más pobres en 1991-1995".²⁸ Este financiamiento se extendió para el periodo 1996-2000, y abarca a los 18 estados en los que opera el programa IMSS-Solidaridad, lo que da una idea de que aún falta un largo tramo por recorrer para superar los problemas relacionados con la desigualdad, la insuficiente cobertura y la deficiente calidad.

El balance de lo realizado durante el periodo 1988-1994 no es positivo. En el terreno de la descentralización, como se señaló anteriormente, se buscó corregir fallas y cubrir omisiones. El énfasis puesto en la capacitación de los recursos humanos, la construcción de instalaciones adecuadas y el mejoramiento salarial permitió superar algunos obstáculos a la descentralización, pero sin lograr eliminarlos en su totalidad. Su alcance fue insuficiente, lo que impidió que se solucionaran problemas como el ausentismo de los médicos, la falta de incentivos y la ineficiente administración local de los centros médicos y hospitales.²⁹ Además, los objetivos relacionados con la búsqueda de equilibrios, tanto a nivel regional como entre las partes integrantes del Sistema Nacional de Salud, no se cumplieron. Así, a pesar de que los estados más pobres (como Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Puebla e Hidalgo) recibieron la mayor inversión pública en salud, todavía reciben menos, en términos per cápita, que el promedio nacional. Este hecho se relaciona con la forma en que se distribuyen los impuestos recaudados, por medio de las participaciones federales que hasta antes de 1982 devolvían a cada entidad una proporción correspondiente a su capacidad de recaudación. Es decir, los estados más ricos, con mayor aportación tributaria, recibían la mayor parte de las participaciones, lo cual impedía cualquier posibilidad redistributiva. Esta situación explica por qué, a pesar de las modificaciones que se han dado en los acuerdos federales de coordinación fiscal, aún hoy prevalece el esquema de que recibe menos gasto en salud quien más lo necesita.

Entre los avances registrados durante el gobierno de Carlos Salinas deben citarse dos. El primero es el aumento de recursos destinados a la prevención de enfermedades en relación con la atención curativa, en particular en las zonas más pobres. Este cambio en la concepción de la salud había encontrado fuertes resistencias para su aplicación en las instituciones del sector público encargadas de los servicios de salud. El segundo es el incremento sostenido a lo largo del sexenio de los recursos destinados a este tipo de servicios, lo que fue resultado tanto del aumento del gasto público como de la diversificación de las fuentes de financiamiento (créditos de organismos internacionales, contribuciones de los gobiernos estatales, cuotas diferenciadas a la población abierta, etcétera).³⁰

²⁸ OCDE, 1998, *México, 1997-1998*, Ed. de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, París, nota 64, p. 135.

²⁹ Respecto de este último punto, la información da cuenta de una total falta de capacidad administrativa para llevar adelante la descentralización. Se habla de hospitales sin equipo y de otros con equipo pero sin médicos; de médicos suficientes pero falta de enfermeras y técnicos en atención primaria; de distribución insuficiente de medicamentos y una inadecuada canalización de pacientes. *Ibid.*, p. 107.

³⁰ *Ibid.*, recuadro 5, p. 105.

Con la llegada de Ernesto Zedillo a la presidencia de la república se inicia la llamada "reforma del sector salud". Ésta retoma, como punto central, la descentralización. El gigantismo y la burocratización —se argumenta en el Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000— impiden la gestión adecuada de los servicios y coartan las iniciativas locales. En las directrices establecidas se pretende dar continuidad a la descentralización de los recursos federales destinados a la atención de la población abierta, tal y como se hizo en el gobierno de Miguel de la Madrid. Sin embargo, a diferencia de lo ocurrido en esa primera etapa, el programa se orienta a la atención a la población abierta ubicada en el medio rural y urbano, marginada de los servicios otorgados por la Secretaría de Salud y el sistema IMSS-Solidaridad.

El procedimiento utilizado para continuar con la devolución de funciones de la federación a los estados y municipios fue extender el proceso, tanto en lo referente a cuestiones presupuestales como de operación, a las 17 entidades federativas no descentralizadas que se encontraban trabajando bajo el sistema IMSS-Solidaridad. Esta tarea se realizó paulatinamente hasta culminar en 1998 con la incorporación de Baja California y Chihuahua, las dos últimas entidades federativas que se unieron al proceso de descentralización.³¹ Entre las medidas instrumentales que acompañan dicho proceso destaca la creación de grupos de expertos que ayudan a los estados a fortalecer su capacidad administrativa.

Como parte importante de la actual reforma se encuentra la reestructuración del IMSS, iniciada en 1995, que ha modificado su estructura organizativa desconcentrando funciones en siete regiones, y aplica un nuevo esquema de financiamiento. La importancia del IMSS dentro de la reforma del sistema nacional de salud obedece a que uno de los elementos generadores de la desigualdad en la atención a la salud se encuentra en el sesgo en favor de la población asegurada, la mayoría de la cual pertenece al IMSS. Los esquemas de seguridad social atienden al 50% de la población y reciben más del 70% del gasto público destinado a la salud. El IMSS en particular tiene un gasto per cápita para sus asegurados tres veces mayor que el que tiene la Secretaría de Salud para atender a la población abierta.³² Sin entrar aquí en detalles sobre los problemas financieros del IMSS y de la reforma en marcha del sistema de pensiones, puede decirse que en lo que se refiere a la atención a la salud, este Instituto cuenta para su modernización con una nueva forma de financiamiento. A partir de 1997, el IMSS recibe una contribución gubernamental que, calculada como una aportación fija mensual por cada afiliado, significa el 30% de los recursos totales manejados por el Instituto, que al inicio de ese año equivalían a 10 000 millones de pesos. El saneamiento financiero del IMSS deberá permitir el mejoramiento de la calidad de los servicios prestados, cuya imagen se ha visto fuertemente deteriorada por la falta de recursos derivada de la contracción del gasto público en los años ochenta y la mala administración y falta de transparencia presupuestaria que venía arrastrando desde tiempo atrás. Debe añadirse, respecto de las medidas adoptadas para elevar la calidad de los servicios en el con-

³¹ Ernesto Zedillo, 1998, *4o. Informe de Gobierno*, Presidencia de la República, México, p. 126.

³² OCDEF, *México...*, *op. cit.*, p. 100.

junto del sistema de salud, que no hay resultados claros que hablen de una mejoría en este rubro.

Respecto de la ampliación de la cobertura, se diseñó un programa específico: el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), que está orientado a atender a 6.5 millones de marginados de los servicios de salud que, a pesar de las acciones puestas en marcha en el marco del Pronasol, se mantienen alejados, de manera parcial o completa, de los servicios públicos de salud. El PAC intenta llegar a los lugares aislados y pequeños, dispersos en 33 000 localidades de 600 municipios de 18 estados, donde cerca del 60% de los habitantes es indígena. En entidades no cubiertas por el PAC (Campeche, Chihuahua, Nayarit y Veracruz) se mantiene en operación un programa de apoyo a zonas indígenas financiado por los gobiernos estatales y la Secretaría de Salud, que busca cumplir con el objetivo de terminar con su aislamiento y marginación.

Adicionalmente, la presente administración puso en marcha el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresa), que inicialmente se propuso superar los rezagos en nueve regiones de doce estados,³³ y a un año de haber entrado en operación atendió a casi 1.5 millones de familias en más de 33 000 localidades rurales, en 1 440 municipios de 28 estados.³⁴ El Progresa comprende acciones como transferencias de fondos para apoyar el consumo familiar de alimentos, ampliar la cobertura básica de la salud y otorgar becas para la asistencia a la escuela. Una característica interesante de este programa es que otorga becas ligeramente mayores a las niñas que asisten a la escuela secundaria, ya que las mujeres tienden a abandonar la escuela a edades más tempranas que los hombres;³⁵ de esta manera se busca incidir en la reducción de la desigualdad por motivos de género. Según la OCDE,

[...] este programa representa uno de los cambios más importantes en los tipos de apoyos proporcionados por el gobierno y operará con subsidios dirigidos a las familias más pobres del país. Se espera que con una política de subsidios focalizada, un esquema de operaciones descentralizado y la participación comunitaria, la ayuda gubernamental será más eficazmente distribuida entre la población más necesitada del país.³⁶

Los retos que enfrenta la reforma del sistema de salud iniciada en 1995 siguen siendo los mismos que han dejado sin solución los programas puestos en marcha durante los doce años anteriores: desigualdad, cobertura insuficiente y mala calidad de los servicios prestados. Este hecho nos indica que tales problemas sólo podrán resolverse en el mediano plazo y como resultado de un esfuerzo sostenido por lograr que las entidades federativas manejen un volumen adecuado de recursos, y de dar continuidad a las acciones emprendidas, entre ellas la descentralización.

³³ Oaxaca, Puebla, Veracruz, Hidalgo, Guanajuato, Querétaro, San Luis Potosí, Campeche, Coahuila, Chihuahua, Guerrero y Chiapas.

³⁴ José Gómez de León, 1998. "El Progresa y el bienestar de los hogares pobres en México", *I/I Mercado de Valores*, octubre, año LVIII, p. 19.

³⁵ *Ibid.*, p. 20.

³⁶ OCDE, 1998, *Desarrollo regional y política estructural en México*, Ed. de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (serie Perspectivas), París, p. 73.

LA EDUCACIÓN

El artículo 3o. constitucional establece el derecho de todo individuo a recibir educación y la obligación del Estado —en sus tres niveles: federal, estatal y municipal— de impartir educación laica y gratuita, orientada por un criterio democrático, considerando a la democracia “no solamente como una estructura jurídica y un régimen político, sino como un sistema de vida fundado en el constante mejoramiento económico, social y cultural del pueblo”.³⁷ Las ideas contenidas en este pasaje de la Constitución contienen una aspiración de los mexicanos que ha hecho del esfuerzo educativo una constante en la historia contemporánea del país.

Al iniciarse la tercera década del siglo XX, más de las dos terceras partes de la población eran analfabetas y sólo una quinta parte de los niños en edad escolar era atendida por el sistema educativo. La tarea requería de un esfuerzo formidable y así se entendió por los sucesivos gobiernos que en el curso de 70 años lograron abatir el índice de analfabetismo al 10% de la población adulta, ampliar la cobertura de la educación básica a más del 90% de los menores en edad de cursarla y elevar la escolaridad promedio de un año (la que se tenía en 1921 cuando se creó la Secretaría de Educación Pública) a siete años y medio en la actualidad. Todo esto se logró a pesar de que a partir de los años cuarenta el crecimiento demográfico de México comenzó a acelerarse hasta convertirse en uno de los más elevados del mundo,³⁸ lo que llevó a que la población se cuadruplicara en el curso de cinco décadas.

El logro de un sistema educativo capaz de atender la demanda que surgía de una población que crecía aceleradamente se dio en medio de grandes contradicciones y dejando de lado la atención a los rezagos. A diferencia del proceso de descentralización en el sector salud, en el que la ineficiencia en la prestación de los servicios y la reducción en los recursos destinados al gasto social empujaron al gobierno federal a devolver funciones a los gobiernos estatales y municipales, en el caso de la educación las consideraciones que condujeron a desconcentrar primero y a descentralizar después las funciones realizadas por las autoridades educativas a nivel federal fueron, además de administrativas y financieras, políticas.

En efecto, como ha demostrado Alberto Arnaut, la centralización mostró muy pronto, apenas dos décadas después de haberse dado, que más que solucionar los problemas contribuía a crear serios obstáculos para el avance y mejoramiento de la educación.³⁹ Por lo tanto, los esfuerzos por descentralizar no fueron resultado de las políticas adoptadas en la última década sino de la revisión y actualización de proyectos de reorganización administrativa iniciados en 1958, que nunca pudieron aplicarse exitosamente. La presencia del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación

³⁷ Reforma del 30 de diciembre de 1946, *Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos comentada*; *op. cit.*, tomo I, p. 19.

³⁸ *Ver*. Esteban Moctezuma Barragán, 1993, *La educación pública frente a las nuevas realidades*, Fondo de Cultura Económica, México, pp. 71-73; y Ernesto Zedillo, *op. cit.*, p. 104.

³⁹ Alberto Arnaut, 1998, *La federalización educativa en México*, El Colegio de México/CIDE, México, p. 249.

(SNTE), la agrupación sindical más grande de América Latina y una de las de mayor participación en la vida política mexicana, fue un factor decisivo en la toma de decisiones relacionadas con la descentralización del sector educativo. Los conflictos entre las autoridades de la SEP y el SNTE se convirtieron en un lastre para la actualización y adecuación de los contenidos y la organización de la educación en el país.

La dificultad para alcanzar acuerdos que permitieran realizar las reformas necesarias llevó a la SEP a iniciar un proceso de desconcentración en 1978,⁴⁰ estableciendo delegaciones generales en cada entidad federativa, cuyos titulares eran empleados de confianza y representantes directos del secretario de Educación.⁴¹ Al superponer las nuevas estructuras a las tradicionales, la SEP buscaba avanzar en los aspectos administrativos. El proyecto pretendía que la Secretaría conservara la dirección técnica y pedagógica, mientras que la distribución de los recursos y la administración de los servicios quedaba en manos de las delegaciones.

Cinco años más tarde, el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 propuso la descentralización. El argumento esgrimido era inobjetable: “después de varias décadas de expansión acelerada de las instalaciones y matrícula escolares [resultaba] indispensable que, sin descuidar el nivel de atención siempre mayor que [exigiría] el crecimiento de la demanda, se [desarrollaran] los elementos que inciden sobre la calidad de la educación y el bienestar de la sociedad”.⁴² Mayor eficiencia y calidad, que se buscarían por medio de la descentralización, la cual se iniciaría en la educación básica y normal.

El proceso resultó largo y complejo. La disparidad, diversidad, heterogeneidad de las distintas entidades federativas obligó a enfrentar difíciles negociaciones. Tras superar numerosos obstáculos derivados de resistencias burocráticas y sindicales, en mayo de 1992 se logró que la SEP, los gobiernos estatales y el SNTE firmaran el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica, que prevé la transferencia de recursos y responsabilidades a los estados. Un año después se aprobó la Ley General de Educación que establece las facultades exclusivas y concurrentes del gobierno federal y los gobiernos estatales. La SEP mantuvo su participación en la elaboración de planes y programas de estudio y en las tareas de control, supervisión y evaluación de la educación a nivel nacional mientras que los gobiernos estatales quedaron a cargo de la operación del sistema educativo en sus respectivas entidades. Con la descentralización se pretendía contribuir a mejorar los servicios educativos y paralelamente aumentar la calidad de la educación impartida.

⁴⁰ Cinco años antes, en abril de 1973, la SEP había creado nueve unidades regionales de servicios descentralizados que atendían las necesidades de cada estado. El procedimiento consistía en delegar funciones administrativas que permitieran agilizar la toma de decisiones y la realización de trámites. Durante el siguiente sexenio se continuó el proceso buscando eliminar la ineficiencia abrumadora de un aparato burocrático fuertemente centralizado que, por ejemplo, al controlar en las oficinas centrales de la SEP la elaboración de la nómina, llegaba a tardar un año en realizar el primer pago a un profesor de nuevo ingreso. Vid. María del Carmen Pardo (coord.), 1999, *Federalización e innovación educativa en México*, El Colegio de México, México, p. 26.

⁴¹ Alberto Arnaut, 1996, *Historia de una profesión. Los maestros de educación primaria en México, 1887-1994*, CIDE, México, pp. 148-149.

⁴² “Plan Nacional de Desarrollo, 1983-1988”, en *Antología de la planeación...*, *op. cit.*, tomo 10, p. 334.

Los rezagos en términos de la calidad de la educación impartida eran entonces —y lo siguen siendo hoy— preocupantes. La principal dificultad para avanzar en el objetivo de superar los pobres resultados obtenidos por el sistema educativo nacional es la baja preparación de los maestros.⁴³ En efecto, la preparación de los egresados de las escuelas normales dejaba mucho que desear y no correspondía a las necesidades de la enseñanza que debían impartir. Los contenidos de los planes y programas de estudio no se adecuaban a la realidad nacional e internacional ni reflejaban el avance del conocimiento científico y técnico del último tercio del siglo XX. Los índices de deserción y reprobación eran inaceptablemente altos, sobre todo entre la población indígena. Así, a pesar de la importancia que la Constitución otorgaba a la cuestión educativa, en los hechos la desigualdad entre grupos sociales y regiones impedía el desarrollo armónico y equilibrado que se pretendía.

La atención que se dio al problema de la marginación y la pobreza a finales de la década de los setenta, sumada a la intensa labor de planeación que desarrolló el gobierno federal a partir de 1983, permitieron un conocimiento detallado de las diferencias regionales en el país. Estudios específicos sobre las regiones más pobres, aquellas que exigían diagnósticos precisos y definición de estrategias particulares, proporcionaron información relevante para la comprensión de los rezagos económicos y sociales. A manera de ejemplo hago referencia a la situación educativa en la Mixteca oaxaqueña. En esta región, más del 50% de la población mayor de cinco años era analfabeta en 1983, un índice mucho mayor que el que se registraba en ese momento a nivel estatal (27%) y nacional (15%). Los obstáculos a la alfabetización en la Mixteca tenían una doble explicación. Por una parte, las largas jornadas que los adultos estaban obligados a trabajar para obtener sus magros ingresos y, por la otra, el monolingüismo de la población. Las lenguas indígenas que se hablan en la región son tonales, lo que complica notablemente la enseñanza y el aprendizaje del español. Esto hace que la mitad de la población se mantenga al margen de la escolarización, y que quienes asisten a la escuela la abandonen antes de terminar el ciclo completo de la educación primaria.⁴⁴

Este tipo de información venía a aportar nuevos datos que confirmaban los elevados grados de marginación que se registran en los grupos indígenas. El hecho de que sus comunidades se encuentren aisladas de los grandes centros poblacionales y padezcan de la falta de carreteras y caminos transitables, agrava las dificultades que se derivan del monolingüismo. Problema este último que, como las autoridades lo reconocen, ha recibido atención sólo hasta fechas recientes⁴⁵ y encuentra como principal dificultad la falta de maestros bilingües. Es así que la igualdad en el acceso a las oportu-

⁴³ Este problema fue identificado por Jesús Silva Herzog en 1931 y, como afirma Ornelas, es recurrente hasta nuestros días. Vid. Carlos Ornelas, 1995, *El sistema educativo mexicano. La transición de fin de siglo*, CIDE/Nafinsa/FCE, México, pp. 169-170.

⁴⁴ "Programa de Desarrollo Rural Integral de las Mixtecas", en *Antología de la planeación...*, *op. cit.*, tomo 16, pp. 162-165.

⁴⁵ Secretaría de Educación Pública, 1995, *Programa de Desarrollo Educativo, 1995-2000*, SEP, México, pp. 23-24.

tunidades educativas sigue siendo, al finalizar el siglo XX, un principio que no se cumple por lo menos para el 7% de la población del país, que está constituida por indígenas.

A seis años de haber entrado en vigor el nuevo marco normativo, los principales problemas de la educación pública son la desigualdad y la deficiente calidad de los servicios impartidos. Para solucionar el primer problema se requieren acciones decisivas en favor de los grupos más desprotegidos de las regiones más atrasadas, y mantener el gasto educativo en niveles que permitan construir escuelas, contratar personal y crear la infraestructura requerida para atender las necesidades de poblaciones dispersas que deben ser objeto de programas especiales. No puede mantenerse la situación prevaleciente en la actualidad en estados como Chiapas y Oaxaca, los más pobres en términos del PIB per cápita, y los que cuentan con los resultados más bajos en materia educativa. En el otro extremo, los estados norteños de Nuevo León, Coahuila, Tamaulipas y Baja California, que son los más ricos y que se benefician económicamente de su ubicación en la frontera con Estados Unidos, tienen el mayor número de personal docente.⁴⁶ Para superar el problema de la baja calidad de la educación se necesita, además de financiamiento adecuado, la continuación de los programas de capacitación del magisterio orientados a la actualización y superación académica de la planta docente.

Si bien a lo largo de la década de los noventa se ha logrado mantener el gasto educativo alrededor del 5% del PIB y por arriba del 40% del gasto social total, es evidente que se requiere encontrar nuevas fuentes de financiamiento para la educación. El esquema de financiamiento de 86% de recursos federales, 10% estatales y 4% privados,⁴⁷ en momentos de disminución de los ingresos del gobierno federal, hace al sistema educativo vulnerable en un grado inaceptable. La descentralización no ha tenido un efecto notorio en lo referente a una mayor participación de estados y municipios en el financiamiento de la educación.

Por lo que se refiere al mejoramiento de la enseñanza, los avances han sido lentos. Después de 14 años de haber sido anunciada la revisión de los planes de estudio de las escuelas normales, finalmente se pudo aprobar la reforma de la licenciatura de primaria, quedando pendientes los programas de formación de maestros de preescolar y secundaria. Igualmente, se observa una respuesta muy lenta por parte de los maestros de educación básica para incorporarse a los cursos nacionales de actualización y para presentar el examen nacional de acreditación de esos cursos que tiene efectos directos sobre la carrera magisterial; en otras palabras, sobre los ingresos percibidos por los maestros acreditados.⁴⁸

⁴⁶ OCDE, 1998, *Desarrollo regional...*, *op. cit.*, p. 65.

⁴⁷ Datos elaborados con base en la información sobre gasto nacional en educación en términos del PIB proporcionada en Ernesto Zedillo, *op. cit.*, anexo estadístico, p. 203.

⁴⁸ Ernesto Zedillo, *op. cit.*, p. 110.

Los problemas, como puede observarse, son difíciles de superar en el corto plazo. En el estado de Oaxaca, por ejemplo, uno de los más pobres del país y hacia donde debieran enfocarse los esfuerzos en favor de una población que reclama atención para sus enormes carencias, el conflicto que enfrentó al SNTE con la disidencia magisterial organizada en la CNTE en los años ochenta, dejó como resultado desorganización administrativa, ausentismo de los maestros, profundos desacuerdos entre éstos y los padres de familia y los municipios, que hasta ahora no encuentran una solución.

En Oaxaca, el porcentaje de la población en edad escolar que asiste efectivamente a la escuela está muy por debajo del promedio nacional; la deserción escolar es más alta que en el resto del país y llega a extremos preocupantes en las zonas indígenas en que la eficiencia terminal es de apenas 29%; la planta docente, durante algunos años, ha crecido más rápido que la matrícula escolar. El gobierno estatal se había mantenido al margen de la tarea educativa y carecía de un marco jurídico adecuado en el momento en que se firmó el acuerdo nacional por medio del cual los gobiernos de las entidades federativas quedaron a cargo de la planeación y la operación de los servicios educativos. La carrera magisterial ha sido rechazada por la sección sindical y los maestros, invocando razones gremiales, suspenden las actividades ante el enojo de los padres de familia y las comunidades, que intentan aprovechar la descentralización educativa para impulsar proyectos educativos más cercanos a sus intereses.⁴⁹ La decepción, el desaliento, la irritación, han acompañado a la descentralización no solamente en Oaxaca sino en varios estados de la república. Los esfuerzos en pro de un mejoramiento de la educación pública deben por lo tanto multiplicarse.

CONCLUSIÓN

La descentralización de los servicios de salud y educación ha tenido hasta ahora resultados limitados en el aspecto que justifica el proceso mismo, es decir, en la posibilidad de trasladar las decisiones a los ámbitos de gobierno más cercanos a la población: el estatal y el municipal, y con ello lograr una mayor justicia social.

En el caso del sistema de salud se vive una transición que ha encontrado como principal obstáculo la poca calidad de los recursos humanos, tanto en el personal médico como en el terreno de la administración. Esta cuestión fue ignorada al poner en marcha el proceso de descentralización, y las fallas han afectado principalmente a los que se supone son los principales destinatarios del esfuerzo por hacer más eficiente la prestación de los servicios de salud: los sectores más pobres y marginados de la población.

En el caso de la educación, la descentralización ha avanzado —y así ha estado concebida— como un proceso lento que logre evitar el enfrentamiento entre las autoridades

⁴⁹ Cfr. Francisco José Ruiz Cervantes, "El proceso de federalización educativa en Oaxaca", en María del Carmen Pardo, *op. cit.*, pp. 487-545.

des educativas (federales o estatales) y el poderoso sindicato de trabajadores de la educación. En este terreno se han buscado acuerdos y las autoridades federales han mantenido un alto grado de control sobre el proceso por medio, principalmente, de una supervisión de los contenidos de los planes y programas de estudio de la educación básica y normal, y de los libros de texto que se han ampliado a todo el nivel básico (primaria y secundaria). También la propuesta de la carrera magisterial ha funcionado en el sentido de evitar que las presiones ejercidas por las secciones estatales del sindicato sobre las autoridades locales se traduzcan en un retroceso en el aumento de la calificación de los maestros.

La búsqueda de una mayor justicia social, aspiración congruente con el avance de la democracia en el país, se ha visto obstaculizada por los saldos del centralismo, que en el pasado limitó las posibilidades del desarrollo local. Pero también puede observarse que la reducción de la marginación y la elevación de la calidad de los servicios de salud y educación que presta el Estado, han tropezado con deficiencias administrativas que hablan de un nivel de incompetencia e improvisación que parece ser el anuncio de nuevos problemas, cuyo costo deberá medirse en términos de menores tasas de crecimiento económico y un escaso avance del desarrollo social. Por lo tanto, exigir eficacia en las acciones emprendidas por el Estado es pensar en la prosperidad a largo plazo de la sociedad mexicana.

BIBLIOGRAFÍA

- Arnaut, Alberto, 1996, *Historia de una profesión. Los maestros de educación primaria en México, 1887-1994*, CIDE, México, 246 pp.
- Arnaut, Alberto, 1998, *La federalización educativa en México. Historia del debate sobre la centralización y la descentralización educativa (1889-1994)*, El Colegio de México/CIDE, 343 pp.
- Cardozo Brum, Myriam, 1993, "La descentralización de servicios de salud en México: hacia la amnesia total o hacia la resurrección de la política", *Gestión y Política Pública*, julio-diciembre, vol. II, núm. 2, pp. 365-391.
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL), 1995, "Indicadores sociales básicos de la subregión norte de América Latina y el Caribe", Documento de Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. LC/MEX/L. 266, 17 de abril.
- Coordinación General del Plan Nacional para Zonas Marginadas y Grupos Deprimidos (Coplamar), 1982, *Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000*, vol. 4, Salud, Siglo XXI Editores/Coplamar, México, 452 pp.
- Gómez de León, José, 1998, "El Progreso y el bienestar de los hogares pobres en México", *El Mercado de Valores*, octubre, año LVIII, pp. 19-27.

- Herrera Zárate, Mario y Rosana González Torres, 1989, "Dilemas del financiamiento a la salud", *Salud Pública de México*, noviembre-diciembre, vol. 31, núm. 6, pp. 800-810.
- Kumate, Jesús, 1994, "Balance sectorial de salud: cinco años de gobierno", en Arturo Warman (comp.), *La política social en México, 1988-1994*, Fondo de Cultura Económica, México, pp. 153-222.
- Lara Ponte, Rodolfo, 1997, "Comentario al artículo 4o. constitucional", en Instituto de Investigaciones Jurídicas, *Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos comentada*, Ed. Porrúa/IJUNAM, 2 tomos, 9a. ed., México.
- Madrid Hurtado, Miguel de la, 1998, *El ejercicio de las facultades presidenciales*, Fondo de Cultura Económica, México, 173 pp.
- Moctezuma Barragán, Esteban, 1993, *La educación pública frente a las nuevas realidades*, Fondo de Cultura Económica, México, 234 pp.
- Moctezuma Barragán, Esteban, 1998, "La política social del Estado mexicano", *El Mercado de Valores*, octubre, año LVIII, pp. 3-18.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), 1998, *México, 1997-1998*, Ed. de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (serie Estudios Económicos), París, 157 pp.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), 1998, *Desarrollo regional y política estructural en México*, Ed. de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (serie Perspectivas), París, 135 pp.
- Ornelas, Carlos, 1995, *El sistema educativo mexicano. La transición de fin de siglo*, CIDE/Nafinsa/Fondo de Cultura Económica, México, 371 pp.
- Pardo, María del Carmen (coord.), 1999, *Federalización e innovación educativa en México*, El Colegio de México, México, 578 pp.
- Reyes Heróles, Jesús, 1996, *Obras completas: Política II*, Fondo de Cultura Económica/Asociación de Estudios Históricos y Políticos "Jesús Reyes Heróles", A. C./Secretaría de Educación Pública.
- Romero Guerrero, Xóchitl R. et al., 1992, "Regionalización en salud: un instrumento para la planeación jurisdiccional", *Salud Pública de México*, septiembre-octubre, vol. 34, núm. 5, pp. 506-517.
- Ruiz de Chávez, Manuel y Rodolfo Lara Ponte, 1989, "Estrategias para la descentralización municipal en salud", *Salud Pública de México*, noviembre-diciembre, vol. 31, núm. 6, pp. 597-602.
- Secretaría de Educación Pública, 1995, *Programa de Desarrollo Educativo, 1995-2000*, SEP, México, 172 pp.

Secretaría de Programación y Presupuesto/Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1985/1994, *Antología de la planeación en México*, Fondo de Cultura Económica, 23 tomos.

Unidad de la Crónica Presidencial, 1994, *Crónica del gobierno de Carlos Salinas de Gortari, 1988-1994*, Fondo de Cultura Económica, México, 8 tomos.

Velázquez Díaz, Georgina, 1992, "Organización y funcionamiento de los servicios de salud del programa IMSS-Solidaridad", *Salud Pública de México*, noviembre-diciembre, vol. 34, núm. 6, pp. 644-652.

Zedillo, Ernesto, 1998, *4o. Informe de Gobierno*, Presidencia de la República, 2 vols., México.