

---

## LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA EN MÉXICO

**Adalberto Cabello Chávez<sup>1</sup>**

### Resumen

*En el presente trabajo se analiza el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta llevado a cabo por el Estado Mexicano durante el periodo comprendido entre 1981 y 1998. El estudio de la descentralización se aborda aquí desde la óptica de las políticas públicas, atendiéndose preferentemente las acciones emprendidas por el gobierno federal a través de la Secretaria de Salud, así como las acciones adoptadas por los gobiernos estatales y el Instituto Mexicano del Seguro Social, como los principales actores sociales involucrados en el proceso. El punto de partida es la definición de los conceptos de política pública y descentralización. Enseguida se aborda el análisis del proceso de descentralización considerando sus antecedentes y las etapas fundamentales en la estructuración de los Servicios Estatales de Salud que constituyen la manifestación concreta de la descentralización. A manera de conclusión se plantean algunas reflexiones que interpretan las transformaciones efectuadas en la organización y gestión de los servicios de salud que en conjunto conforman la acción descentralizadora del Estado Mexicano en el campo de la atención a la salud a población abierta.*

### Política Pública y Descentralización

El estudio de las políticas públicas en América Latina se ha abordado desde diversos enfoques teórico-metodológicos. A fines de la década de los setentas, Ozlak y O'Donnell efectuaron una revisión de los enfoques predominantes y formularon su propia propuesta para investigar las políticas públicas (Ozlak y O'Donnell, 1984). Más recientemente en México, Luis F. Aguilar Villanueva realizó un recuento de las propuestas de la corriente norteamericana, cuya concepción de la política pública como proceso se desglosa en las

---

<sup>1</sup> Profesor Investigador Titular "B". Área de Estudios Organizacionales. Departamento de Economía. Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa

etapas de diseño, implantación y evaluación (Aguilar Villanueva, 1992 a). Aún cuando los enfoques teórico-metodológicos sean distintos, existe el consenso de que el interés teórico central de la política pública está orientado básicamente hacia la comprensión de la acción estatal en la sociedad. De igual manera, es posible afirmar que los aportes de las teorías política y de la administración pública son fundamentales para el estudio de las políticas públicas.

En el análisis de la política de descentralización, llevado a cabo en el presente trabajo, se retoma el concepto de política pública de Ozlak y O'Donnell. Estos autores definen la política pública como el "conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil" (Ozlak y O'Donnell, 1984). Esta definición de la política pública se destaca por el interés teórico en que se inscribe: la comprensión de la relación estado-sociedad, así como por considerar a las políticas públicas estrechamente vinculadas al proceso social del que forman parte. Así entonces, la política pública, enfatizan Ozlak y O'Donnell, constituye un conjunto de iniciativas y respuestas, manifiestas o implícitas que observadas en un momento histórico y en un contexto determinados permiten inferir la posición del Estado frente a una cuestión que atañe a sectores significativos de la sociedad. En el caso específico de investigación que nos ocupa, la "cuestión" o tema de estudio está constituido por el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta emprendido por el Estado Mexicano.

Ahora bien, ¿qué entendemos por descentralización? La descentralización es un concepto o noción que generalmente se halla unido a su contraparte: la centralización. Por tal motivo, centralización y descentralización son partes del mismo problema, esto es, la organización política o administrativa, de una entidad pública o privada. En este sentido, Norberto Bobbio y Nicola Matteuci señalan "la centralización y la descentralización no son instituciones jurídicas unívocas, sino fórmulas que contienen principios y tendencias, modos de ser de un aparato político o administrativo, y que por lo tanto son directivas de organización en sentido amplio y no conceptos inmediatamente operativos" (Bobbio Norberto y Nicola Matteuci, 1981). De esta concepción es posible derivar dos ideas centrales a retener sobre la descentralización: considerarla como principio tendencial de organización del Estado y estudiarla como un proceso social de carácter esencialmente político administrativo. A esto agregaríamos, dada su im-

portancia para el tema que nos ocupa, un requisito que en la actualidad se ha convertido en reclamo social: la democratización de la acción estatal. Al respecto Jordi Borja señala "la descentralización hoy parece ser consustancial a la democracia, al proceso democratizador del Estado, es decir a la ampliación del campo de los derechos y libertades, a la progresiva incorporación de sectores marginados a las instituciones representativas y al mayor control y participación populares en la actuación de las administraciones públicas" (Borja Jordi, 1987). A la descentralización también la podemos considerar como una de las medidas para reducir el alcance de la intervención del Estado en la sociedad (otras medidas son la privatización, la desregulación y la desmonopolización). Ello es así porque la descentralización supone un achicamiento del estado nacional y una correlativa expansión de los estados locales que asumen las funciones descentralizadas, a lo cual debe agregarse por lo general una mayor presencia de la sociedad local en los procesos de decisión, gestión o control relacionados con estas funciones (Ozlak Oscar, 1994).

Para finalizar este apartado, repasemos las formas concretas que, como principio tendencial de organización del Estado, suele adoptar la descentralización:

- a) Regionalización: dispersión de recursos o acciones sin modificar la estructura de la toma de decisiones.
- b) Desconcentración: dispersión con mayor capacidad gerencial periférica sobre recursos y unidades subordinadas preexistentes.
- c) Delegación: transferencia de recursos con una mayor capacidad gerencial y cierta autonomía de decisión (empresas y organismos paraestatales).
- d) Devolución: transferencia a un gobierno coordinado de la responsabilidad de definir las necesidades y captar por lo menos parte de los recursos; incrementándose su responsabilidad regulatoria.

### **Reforma estructural del sistema de salud. Antecedentes y surgimiento de la descentralización**

Los servicios de salud a población abierta en México han estado a cargo principalmente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cuya denominación cambió a Secretaría de Salud, desde 1985 (Día Enero 21, 1985). Dicha Institución fue creada por el gobierno federal, en octubre de 1943, a través de la fusión del Departamento de Salubridad (creado en 1917) y la

Secretaría de Asistencia Pública (creada en 1937). Desde sus inicios y durante varios años, la Secretaría de Salubridad y Asistencia promovió fundamentalmente la construcción de unidades hospitalarias en los Estados y en el Distrito Federal, así como los programas de lucha contra la oncocercosis, la poliomielitis y el paludismo. En la década de los sesentas, ante el creciente interés por la salud pública y la práctica de la medicina con orientación social, la Secretaría de Salubridad y Asistencia incorporó a su estructura administrativa los Servicios Rurales Cooperativos y los de Bienestar Social Rural, dentro de la Dirección General de Servicios de Salud Pública en los Estados y Territorios. A fines de los años setentas, el gobierno federal impulsó una ampliación considerable de la cobertura de servicios de salud, sobre todo los de primer nivel para poblaciones marginadas rurales y urbanas, mediante los programas IMSS-COPLAMAR y de Extensión de Cobertura en Áreas Urbanas Marginadas.

El Programa de Descentralización de los Servicios de Salud a Población Abierta, surge como parte de los intentos de modernización del gobierno federal en el campo de la salud pública, a principio de la década de los ochenta. En 1981, se crea la Coordinación de los Servicios de Salud con la finalidad específica de determinar los elementos normativos, administrativos y técnicos necesarios para la integración de los servicios públicos de salud en un Sistema Nacional que diera cobertura a toda la población. Los trabajos de la Coordinación de Servicios de Salud se orientaron al análisis de diversas alternativas para la descentralización y la sectorización de los servicios de salud, en la búsqueda por avanzar hacia la integración del Sistema Nacional de Salud. (Soberón Guillermo *et al*, 1988)

El proyecto modernizador del gobierno del presidente Miguel de la Madrid, en el campo de la salud, se planteó como principal objetivo la integración del Sistema Nacional de Salud. Ello se tradujo en lo que se denominaría "el cambio estructural" y que consistiría principalmente, en fortalecer el papel rector de la política federal de salud a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cuyo titular era el Dr. Guillermo Soberón. El papel que en adelante desempeñaría la Secretaría de Salubridad y Asistencia quedó establecido en la Ley General de Salud (D. O. Febrero 7 de 1984) como sigue: "A la Secretaría de Salubridad y Asistencia le corresponde: coordinar los programas de salud de las dependencias y entidades de la administración pública federal, así como a los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen; e impulsar la desconcentración

---

y descentralización de los servicios de salud". En el programa de cambio estructural de la salud pública se definió a la descentralización como: "la adecuada redistribución de competencias entre los niveles de gobierno, y la integración orgánica de los servicios de atención a población abierta bajo la gestión de los gobiernos estatales, como un medio para alcanzar los fines del Sistema Nacional de Salud: avanzar hacia la cobertura universal de salud y mejorar la calidad de éstos" (Soberón Guillermo *et al*, 1988).

La descentralización definida en tales términos significó que sólo abarcaría los servicios de salud a población abierta, esto es los servicios proporcionados por la Secretaría de Salud y los servicios otorgados al amparo del programa IMSS-SOLIDARIDAD. Aún cuando su implantación requirió de la participación conjunta de las dependencias globalizadoras (Secretaría de Programación y Presupuesto -SPP-, Secretaría de Hacienda y Crédito Público -SHCP-, Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo -SECODAM-), las dependencias del Sector Salud (Secretaría de Salud -SSA-, Instituto Mexicano del Seguro Social -IMSS-), los gobiernos estatales y los sindicatos de trabajadores de la SSA y del Seguro Social. Dos características importantes del programa de descentralización fueron: el criterio de gradualismo (la implantación sería poco a poco con la finalidad de evitar deterioro en la operación de los servicios y hacer posible su control y evaluación) y la capacidad de elección por parte de los sistemas estatales, resultado de la descentralización, de las estructuras administrativas que conviniera en cada caso a fin de que contaran con personalidad jurídica y patrimonio propios así como las facultades de autocontrol correspondientes.

De lo anteriormente expuesto se desprende que el proyecto de descentralización de los servicios de salud a población abierta surge de los intentos del gobierno mexicano por racionalizar administrativamente la prestación de los servicios de salud, así como por dar coherencia a las acciones institucionales a través de modificar políticamente el peso institucional de la Secretaría de Salud atribuyéndole la coordinación de las dependencias y organismos encargados de la salud pública, sin modificar el carácter y autonomía institucional de estos últimos. Ello se traduciría en la búsqueda continua de la SSA por dar direccionalidad a la política de salud a través de los comités interinstitucionales creados ex profeso: el Gabinete de Salud y el Consejo de Sálubridad General, instancias ambas con dependencia directa del Presidente de la República.

## **Integración autoritaria de los servicios estatales de salud**

Al inicio del período 1983-1988, la estrategia seguida por el gobierno federal fue vincular el programa de descentralización de la Secretaría de Salubridad y asistencia con los esfuerzos de planeación del desarrollo regional, efectuados a través de la coordinación de las entidades federales y que se concretaban en los Convenios Unicos de Desarrollo. Así entonces el programa de descentralización de los servicios de salud en cada estado de la república sería propuesto en la celebración o revisión de los Acuerdos Unicos de Coordinación (Decreto 30 de agosto de 1983. Bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la SSA).

Aún cuando se tenía clara la forma de asegurar el control en la asignación de los recursos vía los convenios de coordinación, los lineamientos del programa de descentralización eran demasiado generales, pues apenas se consideraba que los Servicios Coordinados de Salud Pública serían órganos administrativos desconcentrados. De esta manera, se avanzaba muy lentamente hacia la descentralización efectiva de los servicios. Posteriormente, el programa de descentralización adquiriría mayor grado de definición, en virtud del señalamiento específico en el Convenio Unico de Desarrollo 1984, de que los servicios de la SSA y los denominados IMSS-COPLAMAR se coordinarían programáticamente en cada entidad federativa, en 1985 se iniciaría gradualmente la descentralización a los primeros estados y que en 1986 se concluiría la descentralización en los restantes estados de la federación.

El programa de descentralización de los servicios de salud se completó con las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud con respecto a las atribuciones de la Federación y los Estados en materia de salubridad general. En la Ley General de Salud se estableció que correspondería a los gobiernos de las entidades federativas el organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general, así como planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud procurando su participación programática en el Sistema Nacional de Salud. Se estipuló también en la misma Ley que el ejercicio coordinado de las atribuciones Federación-Entidades en materia de salubridad general se establecería a través de acuerdos de coordinación que contemplarían, además de los bienes y recursos aportados por las partes, las estructuras administrativas para la gestión de los mismos y las directrices de la descentralización de los gobiernos de los estados a los municipios (Ley General de Salud. D.O. del 7 de febrero de 1984). El proceso

de coordinación programática transcurre durante 1984 con la participación de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados (órganos administrativos de la SSA desconcentrados por territorio), los servicios que proporciona el programa IMSS-COPLAMAR y los servicios de las dependencias e instituciones de salud de los gobiernos de los estados. El propósito de la coordinación programática fue la regulación, ordenación y concordancia de esfuerzos, funciones y programas comunes de las instituciones públicas que prestan servicios de salud a población abierta en los Estados. Los logros de la coordinación programática en los 31 Estados de la república, según la SSA fueron: la elaboración de los programas estatales de salud y la eliminación de la duplicación de funciones SSA/IMSS-COPLAMAR. En el período de mayo a diciembre de 1985 se realizó la integración orgánica y la descentralización operativa de los servicios de salud a población abierta en doce Estados: Baja California Sur, Colima, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Tabasco, Tlaxcala y Sonora. Para la SSA la descentralización de servicios en los doce Estados representó, en relación al total de recursos y servicios de los 31 Estados de la república: el 49% del presupuesto disponible, el 39% de la infraestructura de primer nivel, el 40% en las camas en unidades de segundo nivel, y el 85% en las camas de tercer nivel y el 45% de la fuerza laboral. (Soberón Guillermo, 1988). Por lo que se refiere a la integración orgánica de los servicios de salud en el Distrito Federal (D.O. del 7 de octubre de 1986), se dispuso que el Hospital General de México funcionara como órgano desconcentrado de la SSA y se creó el Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal incorporándole los recursos y servicios de la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal. En 1987, se llevó a cabo la integración orgánica y descentralización operativa en dos estados más: Aguascalientes y Quintana Roo, donde había una escasa participación del programa IMSS-COPLAMAR, con lo que se llegó a 14 Estados en total.

La ejecución del programa de descentralización operativa llevado a cabo en 14 Estados durante el período 1985-1987, demandó la asignación de mayores recursos en materia de financiamiento, recursos humanos, abastecimiento y obra pública. De esta manera, la estrategia seguida fue ampliar la cantidad, siempre limitada, de recursos a fin de vencer las resistencias levantadas por los gobiernos estatales, por los trabajadores involucrados y por los sindicatos de la SSA y del IMSS. Además, los tiempos del gobierno se habían agotado, para entonces el sexenio concluía y los cambios de funcionarios amenazaban la continuidad del programa de descentralización.

## Ajustes organizacionales en los servicios de salud

La estrategia de descentralización seguida por la SSA durante el sexenio 1988-1994 varió efectivamente. De la descentralización operativa se pasó a un conjunto de acciones que reflejaron un cambio drástico en el enfoque: se fortalecerían los Servicios Coordinados antes de descentralizarlos. Las acciones emprendidas fueron las siguientes: fortalecimiento de la gestión en las jurisdicciones a nivel estatal y la desconcentración de atribuciones en materia de regulación, control y fomento sanitarios hacia los Sistemas Estatales de Salud (servicios descentralizados en 14 Estados) y los Servicios de Salud Coordinados en las entidades federativas. Veamos el desarrollo de estas acciones:

**Fortalecimiento de las Jurisdicciones Sanitarias.** En el período 1990-1993, la SSA puso en marcha un proyecto estratégico para desarrollar las Jurisdicciones Sanitarias en los Estados del país. Para la SSA, las Jurisdicciones Sanitarias constituían unidades técnico-administrativas, desconcentradas por territorio, cuyo papel era de enlace organizacional entre los gobiernos estatales y las unidades operativas. El proyecto fue llevado a cabo en cinco fases. Piloto (una Jurisdicción Sanitaria); implantación en cinco Jurisdicciones Sanitarias; una Jurisdicción Sanitaria "tipo" en cada entidad federativa; implantación en ochenta y ocho Jurisdicciones Sanitarias; e implantación en doscientas veinte Jurisdicciones Sanitarias. El desarrollo de las Jurisdicciones Sanitarias consistió en la implantación de sistemas o modelos en las áreas siguientes: estructura organizativa; enseñanza y capacitación; supervisión; abastecimiento; conservación y mantenimiento; participación social; información; regulación sanitaria; y coordinación sectorial e intersectorial. Las acciones para el desarrollo de las Jurisdicciones Sanitarias se llevaron a cabo a través de la integración de comités donde participaron los niveles central, estatal y jurisdiccional. Tales acciones consistieron principalmente en la elaboración e implantación de diversas metodologías e instrumentos, así como en proporcionar formación y capacitación al personal de las Jurisdicciones. Con la finalidad de apoyar el desarrollo de las Jurisdicciones Sanitarias la SSA proporcionó los recursos humanos, materiales y financieros que se indican a continuación: 2007 nuevas plazas y reubicación de 344 trabajadores de los servicios estatales de salud, con ello se logró cubrir el 83% de las necesidades previstas para el año de 1993. Otros apoyos fueron la adquisición de vehículos para los equipos zonales de supervisión, la entrega de 451 computadoras y 391 impresoras, así como la dotación de mayo-



---

res recursos financieros para la conservación y mantenimiento de las unidades médicas y para las acciones de supervisión de las Jurisdicciones.

**Desconcentración de atribuciones.** Esta se dio en relación con la expedición de permisos de importación de alimentos y otros productos de uso directo del público, hacia los Servicios Coordinados de Salud en los estados de Baja California, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Tamaulipas y Veracruz. Se desconcentraron las facultades para el ejercicio del concepto 2500 de productos químicos, farmacéuticos y de laboratorio hacia los estados de Coahuila, Chihuahua, Puebla, Sinaloa, Veracruz y Zacatecas. Otras acciones vinculadas con la descentralización fue la elaboración de la Ley de Salud "tipo", que sirvió como marco normativo para la elaboración de los proyectos de Leyes Estatales de Salud; así como la instrumentación de los Comités de Control y Auditoría en todos los órganos descentralizados de la Secretaría conforme a la normatividad de la Secretaría de la Contraloría General de la Federación.

### **Integración cooperativa de los servicios estatales de salud**

Al inicio de la administración del presidente Zedillo, la Secretaría de Salud reconoce que la asignación y el uso de los recursos humanos, materiales y financieros, en su gran mayoría se encuentran centralizados. De ahí que se impulsaría nuevamente la descentralización, quedando definida como "un proceso que se presenta en dos dimensiones, la financiera y la sustantiva. La financiera se refiere al manejo de los recursos a través de la Oficialía Mayor, desde su asignación hasta su ejercicio; y la sustantiva se refiere a las acciones que desarrollan las Subsecretarías de Servicios y de Control y Fomento Sanitario" (Programa de modernización de la Administración Pública 1995-2000).

Los trabajos para la descentralización comienzan con la realización de una serie de reuniones entre los responsables de las áreas centrales de la Secretaría de Salud y los Jefes de los Servicios de Salud Estatales con la finalidad de definir los rubros a descentralizar, las formas y los tiempos del proceso. Entre los resultados de estas reuniones se llegó a la conclusión de que los Estados tendrían la responsabilidad de la asignación y manejo de los recursos salvo dos excepciones, a saber:

- Los recursos destinados a la construcción de hospitales de tercer nivel continuarían manejándose de manera centralizada, lo mismo ocurriría tam-

bién, aunque en forma optativa, con la compra consolidada de medicamentos y material de curación a fin de obtener beneficios en precio.

- A nivel central se definiría un monto presupuestal irreductible cuyo destino sería para los programas que atacan problemas de salud y que tienen externalidades negativas en otros Estados de la república, como el programa de vacunación. Se aclara que ello no implica un manejo centralizado de los recursos, sino una restricción del centro en la asignación, es decir, en la programación y en la presupuestación estatales. (Secretaría de Salud, 1994 b)

Posteriormente, para determinar los rubros a descentralizar se elaboró un diagnóstico de capacidades gerenciales en los Estados, con la finalidad de identificar necesidades de capacitación y apoyos adicionales requeridos para absorber las nuevas responsabilidades. Los resultados del diagnóstico fueron: por un lado la impartición de cursos y talleres al personal estatal y por otro lado, la identificación de capacidad estatal para ejercer los recursos correspondientes a los programas de obras, conservación y mantenimiento de unidades médicas de primer nivel. ( Secretaría de Salud, 1994 b)

Durante 1995, la Secretaría de Salud transfirió a las entidades federativas para su instrumentación, el Programa de Regulación y Fomento Sanitario de Bienes y Servicios. También, determinó impulsar la descentralización a través del Consejo Nacional de Salud, como instancia de coordinación y concertación entre autoridades centrales de la Secretaría de Salud y las autoridades de las entidades federativas. (D.O. del 27 de enero de 1995). El Consejo Nacional creó cinco comisiones de trabajo a fin de tratar los asuntos siguientes: ampliación de la cobertura, mejoría de la calidad de la atención, vinculación entre jurisdicción sanitaria y municipios, fortalecimiento de los recursos humanos y fortalecimiento de los recursos financieros, materiales y de obra física. Los trabajos de las comisiones llevaron a los resultados siguientes:

- Diagnóstico nacional de la capacidad instalada: se determinó la cobertura de las 10 411 unidades médicas de primer nivel en las 162,918 localidades del país, así como sus posibilidades de referencia a las unidades de segundo nivel.

- Se propuso aplicar el Programa de Municipios Saludables para fortalecer la capacidad de organización, gestión y convocatoria de los Ayuntamientos en materia de salud. Para ello se consideró la participación de los Comités para el Desarrollo Municipal (COPLADEM) en la planeación, ejecución y evaluación de los programas prioritarios.

- Se estableció un programa, a cinco años, de fortalecimiento de los recursos humanos, a fin de abatir el rezago de plazas en unidades de atención de primer y segundo nivel. Con el mismo propósito se elaboró un modelo de reordenamiento de recursos humanos que contemplaría la recodificación, adecuación de plantillas y reubicación de personal.
- Se integró un censo estatal para evaluar la capacidad operativa de las acciones descentralizadas del programa de conservación y mantenimiento, así como del grado de capacitación de los responsables estatales en la materia. (Secretaría de Salud, 1997 c)

Los avances logrados a través del Consejo Nacional de Salud permitieron a la Secretaría de Salud impulsar más decididamente la descentralización que se formalizó a través de los Acuerdos de Coordinación con la casi totalidad de las entidades federativas (Acuerdo Nacional. D.O. del 25 de septiembre de 1995) Este Acuerdo involucró la transferencia a las entidades federativas de 7400 unidades médicas y administrativas con sus instalaciones y equipos; alrededor de 103 000 plazas de personal médico y de apoyo, respetándose sus derechos laborales; y la homologación salarial de 20,521 trabajadores estatales. Para apoyar el proceso de descentralización se crearon Unidades de descentralización en los Estados (UDES), cuyo papel consistía en servir de enlace entre los Servicios Estatales de Salud, la Secretaría de Salud y los gobiernos estatales, prestando asistencia técnica en planeación, programación y presupuestación; asimismo se coordinarían con las unidades normativas centrales de la Secretaría de Salud para dar seguimiento a las funciones y atribuciones que se transfieren a los Estados.

En el año de 1996, se modificó la asignación del presupuesto a los Estados de la República en materia de salud, basándose en dos aspectos principales:

- Se estableció una fórmula de asignación presupuestal que permitiría otorgar más recursos a aquellas entidades con mayores necesidades considerando las condiciones de salud de la población y los problemas para el otorgamiento de los servicios.
- Se liberaron recursos hacia las unidades médicas estatales para compra de medicamentos, adquisición de uniformes médicos, así como para conservación y mantenimiento de unidades médicas y equipo electromecánico. En menor porcentaje se liberaron los recursos correspondientes a mobiliario, instrumental y equipo médico.

Al concluir 1997, la Secretaría de Salud estableció que con la descentralización las entidades federativas ejercerían el control de los recursos asignados por el gobierno federal y los integrarían a la aportación presupuestal del gobierno estatal; posteriormente los organismos públicos descentralizados (Servicios Estatales de Salud) de las entidades federativas presentarían ante el Consejo Nacional de Salud sus programas de trabajo identificando las prioridades locales y nacionales. La supervisión y evaluación de la aplicación de los recursos financieros descentralizados sería responsabilidad de los órganos de gobierno de los sistemas estatales de salud y de las legislaturas locales. Los primeros se encargarían de analizar y aprobar a nivel interno y las segundas de evaluar los resultados de su operación a través de la Cuenta Pública Estatal.

De esta manera, se habían establecido formalmente las bases y mecanismos para la devolución de los servicios de salud a la totalidad de las entidades federativas, proceso que concluía, en los primeros meses de 1998, con la firma de los acuerdos respectivos que incorporaban al Acuerdo Nacional a las dos entidades restantes: Chihuahua y Baja California.

### **Reflexiones sobre el proceso de descentralización**

El estudio de la política de descentralización de los servicios de salud a población abierta, emprendida por el gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud, permitió identificar un proceso conformado por tres etapas que se desarrollaron en función de las estrategias implementadas ya descritas con anterioridad. Denominamos estas tres etapas de la manera como titulamos los apartados centrales de este trabajo, a saber: Integración Autoritaria de los Servicios de Salud, Ajustes Organizacionales en los Servicios de Salud e Integración Cooperativa de los Servicios Estatales de Salud.

La descentralización se inició como parte de un proyecto más amplio de cambio: la reestructuración del Sistema Nacional de Salud, cuyos propósitos declarados indicaban ventajas para el gobierno federal, los gobiernos estatales y municipales así como para la población en general (lo que se lograría a través de la modernización administrativa, la redistribución de funciones y la ampliación de cobertura entre otras medidas). Sin embargo, implicaba también la intención de modificar el grado de autonomía alcanzado por las Instituciones de Seguridad Social (IMSS e ISSSTE) en la definición de la política de salud del gobierno federal. Se buscaba dotar a la Secretaría

---

de Salud del papel rector en dicha política por medio de la sectorización, de tal forma que se lograra una combinación interinstitucional permanente. El resultado ha sido hasta ahora, una coordinación interinstitucional sólo en la operación de determinados programas nacionales (por ejemplo, los de vacunación, planificación familiar y educación para la salud).

Durante su primera etapa la descentralización se llevó a cabo con una gran dosis de autoritarismo por parte de la Secretaría de Salud, apoyándose en la legitimidad aportada por la legislación en la materia (Acuerdos Presidenciales y Ley General de Salud) y en la utilización de recursos financieros destinados principalmente a la construcción y mantenimiento de las unidades médicas de primer nivel y a la homologación de los salarios de los trabajadores. Sin embargo, ello no fue suficiente y la descentralización esperada en términos de la integración de los Servicios Estatales de Salud a nivel nacional, sólo se dio en 14 Estados. Pero, por qué sólo se avanzó en algunos estados? La respuesta la encontramos en el desacuerdo del IMSS para entregar la totalidad de los servicios del programa IMSS-COPLAMAR que le significaba dejar de disponer de un volumen importante de recursos financieros, aportados en su totalidad por el gobierno federal, para la operación del programa. Influyó también, la oposición de algunos gobiernos estatales que consideraron perderían legitimidad con la integración de los servicios, si éstos se deterioraban todavía más después del embate sufrido por los efectos de la crisis económica. Otro flanco de resistencia lo ofrecieron los trabajadores del Programa IMSS-COPLAMAR quienes percibían los cambios como un retroceso en sus condiciones de trabajo y prestaciones al dejar de pertenecer al IMSS.

Con el cambio de sexenio y el arribo del salinismo, se inaugura una nueva etapa en el proceso de descentralización reorientándose la estrategia de la Secretaría de Salud hacia el fortalecimiento de la gestión de las Jurisdicciones Sanitarias en los Estados. Complementariamente se emprendieron programas de apoyo a la prestación de los servicios de salud en las zonas marginadas, principalmente de los estados de Oaxaca, Chiapas y Guerrero. La asesoría técnica y la capacitación fueron los instrumentos empleados con el propósito de hacer más eficiente la gestión y operación de las Jurisdicciones Sanitarias. Estas unidades resultaban claves en la prestación de los servicios en los Estados, en virtud de su papel de enlace entre los gobiernos estatales y las unidades médicas. Esta estrategia que situó a la descentralización temporalmente en suspenso, por lo que se refiere a la integración de los servicios estatales de salud, obedeció en gran medida a la atención pres-

tada por el gobierno federal al Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) como columna vertebral de la política social. Habiéndole aportado considerable legitimidad, el gobierno privilegió esta forma de atención de las demandas sociales durante todo el sexenio.

La Secretaría de Salud reemprende la integración de los Servicios Estatales a partir de 1995. Para ese momento, se parte del reconocimiento de la forma centralizada en que se manejan los recursos humanos, financieros y materiales. La estrategia de descentralización, dadas las experiencias anteriores, fue modificada hacia la búsqueda de la cooperación de los responsables de los servicios de los estados en el proceso. Así se creó con tal propósito, el Consejo Nacional de Salud que integró a las autoridades centrales y estatales responsables de la salud pública. El Consejo Nacional de Salud emprendió reuniones y formó comisiones para el diagnóstico y solución de los problemas de los servicios de salud. Después de dos años de actividad del Consejo y habiéndose derivado algunos programas de sus propuestas, se fueron disminuyendo las resistencias a la descentralización. Fue entonces cuando la Secretaría de Salud propuso el Acuerdo Nacional para la Descentralización, al que se incorporaron la casi totalidad de los Estados; sólo Chihuahua y Baja California lo harían posteriormente. A lo largo de este período, se dieron transformaciones importantes en la política social que contribuyeron también a lo que se llamó la consolidación del proceso de descentralización nacional de los servicios de salud a población abierta. Se destacan por su importancia la reforma del Sistema de Seguridad Social, especialmente en materia de pensiones, concretándose en la nueva Ley del Seguro Social. La reforma de la seguridad social se profundizó con una gestión en crisis del IMSS que se tradujo en medidas de privatización de algunos de los servicios de apoyo a la prestación de los servicios médicos de esa Institución.

Finalmente como apreciación general, se puede afirmar que las transformaciones ocurridas en la organización y gestión de los servicios de salud durante el proceso analizado, constituyen una tendencia hacia la ampliación de la desconcentración más que hacia una verdadera descentralización, aún cuando se haya dado en términos formales la devolución de los servicios a los gobiernos estatales. Una devolución efectiva, en caso de realizarse, requeriría necesariamente de una mayor participación de los responsables de los servicios estatales en la definición de las necesidades de atención a la salud, en la determinación del marco regulatorio, así como en la asignación equilibrada de los recursos financieros conforme a las necesidades de cada Estado.

## Bibliografía

Aguilar Villanueva, Luis, (1982). "Los límites de una refundación sólo administrativa de la República Federal". En *Política y Racionalidad Administrativa*, Instituto Nacional de Administración Pública, México.

Aguilar Villanueva, Luis, (1992 a). *El Estudio de las Políticas Públicas*, Miguel Angel Porrúa, México.

Almada, Carlos, (1982). *La Administración Estatal en México*, Instituto Nacional de Administración Pública, México

Alvarez Amézquita, et al, (1960). *Historia de la Salubridad y la Asistencia en México*, 4 vol, Secretaría de Salubridad, México.

Bobbio Norberto y Nicola Matteuci, (1981). *Diccionario de Política*, Siglo Veintiuno Editores, México.

Borja Jordi, (1987). *Descentralización y participación ciudadana*, Instituto de Estudios de Administración Local, Madrid, España.

Chevalier, Jacques y Daniéle Loschak, (1983). *La Ciencia Administrativa*, Fondo de Cultura Económica, México.

*Diario Oficial* del 25 de agosto de 1934. Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República (creación de los Servicios Coordinados de Salud Pública).

*Diario Oficial* del 24 de noviembre de 1981. Proceso de Desconcentración de la Secretaría de Salud, Transferencia de Facultades Administrativas.

*Diario Oficial* del 30 de agosto de 1983. Bases para el Programa de Descentralización de lo Servicios de Salud.

*Diario Oficial* del 31 de agosto de 1984. Desconcentración de Facultades de los Servicios Coordinados de Salud Pública.

*Diario Oficial* del 24 de junio de 1985. Los Servicios Coordinados de Salud Pública se extinguirán en forma gradual y progresiva e igualmente los Servicios de Salud del Programa IMSS-COPLAMAR.

*Diario Oficial* del 27 de enero de 1995. Acuerdo Presidencial que crea el Consejo Nacional de Salud.

*Diario Oficial* del 25 de septiembre de 1996. Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.

*Diario Oficial* del 8 de marzo de 1997. Acuerdo de Descentralización de los Servicios de Salud IMSS-COPLAMAR.

Fournier, Maria de Lourdes y Pedro Moreno, (1996). "Saldos y Perspectivas de la Reforma de la Seguridad Social en México", *El Cotidiano*, No. 78 (septiembre, 1996) Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco.

Fundación Mexicana para la Salud, (1994). *Economía y Salud. Propuestas para el avance del Sistema de Salud en México*, México.

Frenk Julio, (1998). "Veinte años de salud en México", en *Revista Nexos*, enero 1998.

García Pelayo Manuel, (1974). *Burocracia y Tecnocracia*, Alianza Universidad, Madrid, España.

González Block Miguel Angel, (1989). *Economía Política de las Relaciones Centro-Locales en las Instituciones de Salud en México*, El Colegio de México, México.

Gutiérrez Estela, (1997). *El Debate Nacional*, cuatro volúmenes, Universidad de Guadalajara, México.

Kamerman S. y Alfred J. Kahn, (1988). *La Privatización y el Estado Benefactor*, Fondo de Cultura Económica, México.

Kliksberg Bernardo, (1989). *Cómo Transformar al Estado*, Fondo de Cultura Económica, México.



Laurell Asa Cristina, (1994). *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México.

Laurell Asa Cristina, (1996). "La reforma del IMSS: pieza clave del proyecto neoliberal", *El Cotidiano*, No. 18 (septiembre 1996) Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco, México.

López Oliva y Blanco José, (1993). *La modernización neoliberal en salud*, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México.

López Angel Carlos, (1996). "ISSSTE: la reforma pendiente" *El Cotidiano*, No.18 (septiembre 1996) Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco, México.

Moreno Pedro, (1995). *La seguridad social y los trabajadores*, Congreso del Trabajo/Fundación Friedrich Ebert, México.

Oszlak Oscar, (1980). "Políticas públicas y regímenes políticos: reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas", En *Estudios Cedes* 3, No. 2.

Oszlak Oscar, (1978). "Formación histórica del Estado en América Latina: elementos teórico-metodológicos para su estudio", En *Estudios Cedes* 1, No. 3.

Oszlak Oscar, (1977). "Notas críticas para una teoría de la burocracia estatal", En *Estudios Cedes* No. 8.

Oszlak Oscar y Guillermo O'Donell, (1984). "Estado y Políticas Estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación", En *Para Investigar la Administración Pública*, Bernardo Kliksberg y José Sulbrandt (compiladores), Instituto Nacional de Administración Pública, Madrid, España.

Oszlak Oscar, (1994). "Estado y sociedad: las nuevas fronteras", En *El Rediseño del Estado*, Bernardo Kliksberg (compilador), Fondo de Cultura Económica, México.

Secretaría de Salud, Consejo Nacional de Salud, (1996). *La Descentralización de los Servicios de Salud: Una Responsabilidad Compartida*, México.

Secretaría de Salud, Consejo Nacional de Salud, (1996). *Hacia la Federalización de la Salud* en México, México.

Secretaría de Salud, (1994 a). "Descentralización de los Servicios de Salud. El Desafío de la Diversidad", *Cuadernos de Salud* No. 4, México.

Secretaría de Salud, (1995). *Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta*, México.

Secretaría de Salud, (1994 b). *Reseña Testimonial 1988-1994*, dos tomos, México.

Secretaría de Salud, (1988). *Historia de la Salud 1982-1988*, dos volúmenes, México.

Secretaría de Salud, (1982). *La Salud Pública en México 1959-1982*, México.

Secretaría de Salud, (1994 c). "Los Servicios de Salud a Población Abierta", En *Cuadernos de Salud* No. 2, México.

Secretaría de Salud, (1997 a). *Anuarios Estadísticos 1990-1996*, México.

Secretaría de Salud, (1997 b). *Cifras Municipales en Salud*, Bases de Información, México.

Secretaría de Salud, (1997 c). *Informe de Labores 1996-1997*, México.

Soberón Guillermo, Jesús Kumate y José Laguna, (1988). *La Salud en México: Testimonios 1988*, Tomo 1, Fondo de Cultura Económica, México.

Soria Víctor, (1995). "Notas Preliminares para la Caracterización del Modelo de Protección Social en México", En *Política Económica, Finanzas y Sociedad*, Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, Departamento de Economía, Serie de Investigación No. 16, México.