

Las colecciones de Documentos de Trabajo del CIDE representan un medio para difundir los avances de la labor de investigación, y para permitir que los autores reciban comentarios antes de su publicación definitiva. Se agradecerá que los comentarios se hagan llegar directamente al (los) autor(es). ❖ D.R. © 1998, Centro de Investigación y Docencia Económicas, A. C., carretera México-Toluca 3655 (km. 16.5), Lomas de Santa Fe, 01210 México, D. F., tel. 727-9800, fax: 292-1304 y 570-4277. ❖ Producción a cargo del (los) autor(es), por lo que tanto el contenido como el estilo y la redacción son responsabilidad exclusiva suya.



CIDE

NÚMERO 55

Laura Flamand Gómez

**LAS PERSPECTIVAS DEL NUEVO FEDERALISMO:
EL SECTOR SALUD. LAS EXPERIENCIAS EN
AGUASCALIENTES, GUANAJUATO Y SAN LUIS POTOSÍ**

En el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, que se presentó el 31 de mayo de 1995, se recupera, como prioridad dentro del sector salud, la descentralización de los servicios para la población abierta de primero y segundo niveles, el propósito no es solamente, como durante el gobierno de Carlos Salinas de Gortari, fortalecer a los catorce estados ya descentralizados,¹ sino "terminar de delegar a todos los estados y al Distrito Federal las facultades, decisiones, responsabilidades y el control sobre la asignación y el uso de los recursos que permitan a las autoridades locales un funcionamiento descentralizado real. De tal forma, serán transferidos a los gobiernos estatales los servicios de la Secretaría de Salud y el IMSS-Solidaridad, junto con los recursos y apoyos técnicos, operativos y organizativos necesarios para su operación".² Además, en el mensaje pronunciado ante el Congreso de la Unión, durante la ceremonia de entrega del I Informe de Gobierno, el Presidente Zedillo reiteró este compromiso y subrayó sus objetivos: atención más ágil, oportuna, humana y eficaz en clínicas y hospitales.³

Los preparativos para la descentralización —que detallaré más adelante— iniciaron desde 1995. Sin embargo, el *Acuerdo nacional para la descentralización de los servicios de salud* entre el gobierno federal, los 31 gobiernos estatales y el Distrito Federal se firmó hasta el 20 de agosto de 1996, después de un largo período sin novedades sobre el proceso. A partir de ese momento, mediante la firma de acuerdos específicos con cada estado, se inició la transferencia a las entidades de los recursos humanos y presupuestales, así como de los bienes muebles e inmuebles y los equipos e instalaciones existentes en cada estado para la prestación de servicios de salud a la población que no es derechohabiente de la seguridad social.⁴

El nuevo esfuerzo descentralizador de los servicios de salud en México se apoya sobre todo en la tesis del Nuevo Federalismo que impulsa la administración de Ernesto Zedillo. Este documento forma parte del proyecto de investigación CIDE "Las perspectivas del Nuevo Federalismo", que se propone revisar cómo han avanzado las propuestas federales de descentralización en tres áreas: educación, desarrollo regional (ramo XXVI) y servicios de salud; además de detectar cómo se

¹ Véanse, Secretaría de Salud, *Informe de labores* (1989-1990, 1990-1991, 1991-1992, 1992-1993 y 1993-1994), México.

² *Plan Nacional de Desarrollo, Diario Oficial de la Federación*, miércoles 31 de mayo de 1995.

³ "Texto del mensaje al H. Congreso de la Unión", *La Jornada*, México D. F., 2 de septiembre de 1995.

⁴ Cfr. Ernesto Zedillo, "Palabras del Presidente de la República durante la firma de Acuerdos y Convenios para la Descentralización de los Servicios de Salud", *El Nacional*, 21 de agosto de 1996.

han modificado las relaciones intergubernamentales entre los gobiernos federal, estatales y municipales. Es necesario aclarar que estos trabajos no se proponen evaluar la política sectorial, sino examinar los componentes administrativos de los procesos descentralizadores.

Así, el propósito de este documento es revisar la reorganización o recomposición de los servicios estatales de salud en Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí para mostrar que en el sector salud, el Nuevo Federalismo significa consolidar el proceso de descentralización de los ochenta y, en consecuencia, otorgar más autonomía a los servicios estatales de salud, es decir aumentar sus recursos y su poder de decisión para detectar las necesidades de salud local más apremiantes, formular respuestas y ponerlas en práctica.

En gran medida, la formulación e implementación de políticas de salud propias dependerá de los márgenes de autonomía que la descentralización conceda a los servicios de salud estatales. Las áreas donde estos márgenes tienen más impacto son administración de recursos financieros, materiales y humanos, además de la planeación y programación del gasto. Si se considera que, al momento de escribir estas líneas, el proceso de entrega-recepción de los servicios de salud todavía no se iniciaba en ocho entidades (Aguascalientes, entre ellas), las hipótesis no pueden ser sino tentativas.

Con este propósito en mente, y después de una breve introducción, la investigación se dividirá en cinco apartados: “Descentralización”, “La creación del Sistema Nacional de Salud”, “El diseño de la política descentralizadora de los noventa”, “Las experiencias de Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí” y, “Aprendizajes y reflexiones”.

La primera sección, “Descentralización”, revisará el significado e implicaciones de los procesos descentralizadores para argumentar, primero, que existe un *continuum* entre centralización y descentralización, es decir no son modelos polares. Pero también para señalar cuáles son los problemas que las políticas descentralizadoras intentan resolver y cuáles son sus efectos esperados, en particular, se señalará que la descentralización puede reducir costos, mejorar resultados, pero, en particular, promover el uso eficaz de los recursos disponibles.

En “La creación del Sistema Nacional de Salud” se narrarán las motivaciones de la reforma al sector salud de los años ochenta para aclarar: por qué se seleccionó a la descentralización para fortalecer al Sistema Nacional recién creado, cuáles son los componentes más importantes del reformado artículo 4º constitucional y de la Ley General de Salud, qué recursos y responsabilidades se transfirieron a los servicios estatales y cuál era la agenda pendiente de la descentralización cuando, a finales de 1987, se interrumpió el proceso.

Estas aclaraciones permitirán argumentar en la tercera sección (“El diseño de la política descentralizadora de los noventa”) que la descentralización actual intenta apoyarse en el proceso previo para consolidar el SNS mediante dos estrategias

complementarias: (1) terminar de transferir a los servicios estatales las responsabilidades y recursos necesarios para liberar definitivamente a la Secretaría de la operación de servicios de salud y, en consecuencia, (2) convertirla en la cabeza indiscutible del sector salud nacional, al fortalecer su autoridad en particular sobre las instituciones de seguridad social. Con estos propósitos se describirán los trabajos del Consejo Nacional de Salud para preparar el proceso de descentralización, con énfasis en los diagnósticos y propuestas relacionadas con recursos financieros, humanos y materiales.

En la cuarta sección, las experiencias de Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí permitirán detectar si la descentralización empieza a lograr que los servicios de salud estatales respondan eficazmente a las necesidades y prioridades locales, es decir si los cambios iniciales en la administración de recursos materiales, financieros y humanos, además de en la planeación y programación del gasto significan márgenes de autonomía más amplios.

Introducción

México, como muchos países latinoamericanos, posee varios sistemas de servicios de salud⁵ que a través del tiempo han actuado incoordinadamente, lo cual ha provocado marcadas desigualdades y deficiencias en cuanto al uso de los recursos y la calidad de la atención. Los servicios de salud pueden clasificarse como sigue:

Servicios para universos cerrados que agrupan a los de seguridad social — como los del IMSS o el ISSSTE — y a los derivados de contrataciones colectivas — como los de PEMEX.

Servicios para universos abiertos, los cuales incluyen los servicios de salud que benefician a población abierta gratuitamente o mediante cuotas de recuperación, como los de la Secretaría de Salud, los que se prestan conforme a esquemas de solidaridad social a cambio de labores de beneficio comunitario o familiar, como IMSS-COPLAMAR ahora IMSS-Solidaridad, y los que proporcionan los estados y los municipios.

Servicios privados, sea cual sea la forma en que se contraten

De tal manera, la variedad de servicios de salud, las diferencias en cuanto a financiamiento (tripartita o fiscal) y las de orden jurídico o administrativo han

⁵ Los servicios de salud pueden clasificarse en tres tipos: (1) Servicios de atención médica que incluyen actividades preventivas, curativas y de rehabilitación. (2) Servicios de salud pública que incluyen todas aquellas acciones tendientes a la protección de la población en su conjunto, como el saneamiento básico, la promoción y el fomento de la salud y, la planificación familiar. (3) Asistencia social que incluye acciones de protección a personas que, por invalidez o carencias socioeconómicas, no pueden satisfacer sus necesidades básicas. (Javier Bonilla, “Descentralización de la Secretaría de Salud”, en Consejo Nacional de Salud, *Hacia la Federalización de la Salud en México*, México, Secretaría de Salud, 1996, pp. 67 s. (En adelante: *Federalización*)).

provocado que no exista un modelo de atención a la salud homogéneo, es decir capaz de asegurar el acceso a servicios básicos de salud de calidad semejante, el cual garantice además que los recursos tecnológicos, materiales y financieros no muestren desigualdades pronunciadas.⁶

En México, poco más de la mitad de la población tiene acceso a la atención médica por medio del sistema público de seguridad social.⁷ El IMSS y el ISSSTE representan, en conjunto, 90% de los asegurados, el resto se compone principalmente por personal militar y trabajadores de empresas estatales (CFE, FERRONALES y PEMEX), estos últimos tienen sus propios programas y cuentan con más recursos que los demás derechohabientes. Por ejemplo, en 1987, en términos de costos anuales por persona, la Secretaría de Salud gastó 44 dólares, el ISSSTE 62, el IMSS 69, PEMEX 182 y COPLAMAR 7.5.⁸

Con estos antecedentes durante el sexenio de Ernesto Zedillo —y dentro de una de las políticas más importantes de su gobierno, el Nuevo Federalismo— se rescató el programa de descentralización de los servicios de salud para población abierta de primero y segundo niveles,⁹ que había iniciado en los años ochenta, durante el gobierno de Miguel de la Madrid. Es necesario mencionar que el primer proceso —en sus dos fases, coordinación programática e integración orgánica— se llevó a cabo entre 1983 y 1987 por este motivo en las descripciones incluyó dependencias que, en este momento, se han transformado o han desaparecido como la Secretaría de la Contraloría General de la República (SECOGEF) y la Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP)

El programa de descentralización de los servicios de salud forma parte también de la reforma sanitaria mexicana, la cual, como sus contemporáneas en América Latina, se propone elevar el nivel de salud de la población y evitar el quebranto de las finanzas públicas.¹⁰ La reforma sanitaria incluye, en general, los siguientes elementos: integración de los diferentes servicios para formar el sistema

⁶ José Francisco Ruiz Massieu, "La descentralización de los servicios de salud: obstáculos y soluciones", en Miguel de la Madrid, *La descentralización de los servicios de salud: el caso de México*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1986, p. 82.

⁷ En 1995, 51.53% de los hogares en todo el país tenían por lo menos un derechohabiente. (INEGI, *Conteo 95. Tabulados básicos*, México, INEGI, 1996).

⁸ Esthela Redorta Z., *Financiamiento y prestación de servicios públicos de salud en México en un contexto de reestructuración e innovación*, México, CIDE, 1995, p. 17. (Documento de Trabajo, DAP, 29).

⁹ Los servicios de salud se dividen en tres tipos: los de **primer nivel** que incluyen medicina general, medicina preventiva primaria y medicina del trabajo; los de **segundo nivel** que incluyen las especialidades básicas (medicina interna, cirugía general, pediatría y ginecología), medicina preventiva secundaria (control y prevención de complicaciones en enfermedades crónico-degenerativas), salud ocupacional y rehabilitación primaria y, los de **tercer nivel** o de alta especialidad que incluyen las especialidades secundarias (genética, hematología, inmunología, infectología, cirugía pediátrica...), además de laboratorios especializados.

¹⁰ J. F. Ruiz Massieu, art. cit., p. 75.

nacional de salud, disminuir la desigualdad en cuanto a calidad y cobertura de los servicios, equilibrar los distintos niveles de atención, vincular los sectores educativo y de salud, fomentar la participación de la comunidad y reivindicar tanto la medicina preventiva como la atención primaria.¹¹

I. Descentralización¹²

La descentralización se ha definido como la transferencia de autoridad a organizaciones paraestatales, gobiernos locales y organizaciones no gubernamentales. Muchos gobiernos y agencias de países en desarrollo promueven esta estrategia como parte de las reformas administrativas que intentan mejorar la equidad y la eficiencia. Estas medidas se apoyan en la creencia de que la excesiva centralización incrementa los costos económicos y sociales, pero también es una fuente de inestabilidad política.¹³

En esta sección se intenta aclarar el significado del término descentralización para establecer que existen innumerables posibilidades intermedias entre los extremos —muy útiles analíticamente— centralización y descentralización. También se destacarán dos de las ventajas que comúnmente se asocian con los procesos descentralizadores: (1) la descentralización incrementa la capacidad de respuesta de las administraciones públicas frente a las demandas sociales y (2) la autoridad central, liberada de la operación de los servicios, puede concentrarse en tareas normativas, de supervisión y evaluación

Herbert Simon en la sección "Centralización y descentralización" de su libro *El comportamiento administrativo*¹⁴ afirma que casi todo el mundo se siente "más seguro" cuando toma las decisiones, en lugar de delegarlas a un subordinado. El superior racionaliza esta centralización con base en lo siguiente: él tiene una especialización superior o está más entrenado que el subordinado, si toma la decisión, puede estar seguro de que ésta se ajusta a sus deseos, sin embargo, no se da

¹¹ Sobre el tema, véase, Julio Frenk, *Hacia la reforma del sistema de salud: una propuesta estratégica*, México, funsalud, 1994.

¹² Este apartado servirá como referencia analítica mínima para desarrollar este documento, sin embargo, el marco teórico que sustenta el proyecto "Perspectivas del Nuevo Federalismo" se debe a Enrique Cabrero y se publicará posteriormente, por el momento puede consultarse, Enrique Cabrero y José Mejía Lira, *Marco teórico metodológico para el estudio de políticas descentralizadoras en México*, México, CIDE, 1992, que también aparecerá próximamente en E. Cabrero (coord.), *Las políticas descentralizadoras en México (1983-1993). Logros y desencantos*.

¹³ World Bank, *Financing health services in developing countries. An agenda for reform*, Washington (DC), World Bank, 1987, cit. por Miguel A. González Block, René Leyva y otros, "Health services decentralization in Mexico: formulation, implementation and results of policy", *Health Policy and Planning*, 4 (1989), p. 301.

¹⁴ Trad. por Amando Lázaro Ros y Elida Beatriz Messina, Buenos Aires, Aguilar, 3ª ed., 1988, pp. 221-226.

cuenta de que al concentrar en sí mismo toda la función decisoria no sólo multiplica su trabajo, sino además convierte al subordinado en superfluo.

Aun cuando el superior esté mejor entrenado que el subordinado, hay tres razones importantes para descentralizar las decisiones: (1) no basta con tomar en cuenta la exactitud de la decisión, también debe considerarse su costo, es posible suponer que el superior está mejor pagado que el subordinado y, por tanto, con el propósito de minimizar los costos reserva su tiempo para los aspectos más importantes del trabajo de la organización; (2) enviar una decisión a niveles superiores de la jerarquía, añade nuevos costos en tiempo y dinero al proceso decisorio, por tanto, es preciso equilibrar todas las ventajas de exactitud de la decisión centralizada con los costos de prolongar el proceso decisorio, más el de comunicar las decisiones; (3) puede suponerse que el superior toma decisiones más exactas que el subordinado siempre y cuando la información necesaria para tomarlas sea igualmente accesible a ambos, sin embargo, si se decide con un límite de tiempo, o si la organización se caracteriza por su dispersión geográfica, puede que esto no ocurra.¹⁵ Simon dice al respecto...

Los hechos del caso pueden presentarse al subordinado de forma directa, pero quizá sea sumamente difícil comunicárselos al superior. El aislamiento de los niveles más elevados de la jerarquía administrativa del mundo de los hechos conocidos de primera mano por los niveles inferiores es un fenómeno administrativo corriente.¹⁶

La descentralización se asocia frecuentemente con una amplio abanico de objetivos económicos, sociales y políticos tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Algunos autores como Shepard sostienen que la descentralización puede aumentar la eficiencia con la que se demandan y proveen bienes públicos.¹⁷ Algunos modelos de toma de decisiones locales asumen que puede ser un medio para ampliar las posibilidades de elección del consumidor. En general, se considera que la descentralización puede reducir costos, mejorar resultados y utilizar con eficacia recursos humanos.

¿Cuáles son, en general, los argumentos empleados para apoyar la descentralización? Es posible agruparlos en dos tipos de razonamientos, los que suponen se fortalecerán los gobiernos locales y, en consecuencia, se favorecerá la democracia nacional y los que se ocupan de los beneficios concretos para la comunidad local. En el primer grupo, se considera que la descentralización genera como valores centrales: educación política, desarrollo de liderazgos y estabilidad

¹⁵*Ibid.*, pp. 223 s.

¹⁶*Ibid.*, p. 225.

¹⁷ "Metropolitan political decentralization: a test of the life-style values model", *Urban Affairs Quarterly*, 10 (1975), cit. por Brian Smith, *Decentralization. The territorial dimension of the state*, Londres, George Allen & Unwin, 1984, p. 4.

política. En cuanto a los beneficios para la localidad, se subraya la igualdad, la libertad y la capacidad de respuesta de la administración frente a las demandas sociales.¹⁸

¿Cuáles son las razones específicas para descentralizar?¹⁹

1. La descentralización permite superar las limitaciones de las decisiones centralizadas, pues se delega autoridad a funcionarios que se encuentran más cerca de los problemas y por tanto de las necesidades de regiones y grupos heterogéneos.
2. La descentralización puede disminuir la excesiva burocratización de los procedimientos, la cual es resultado parcial de la concentración del poder, la autoridad y los recursos en el gobierno central.
3. Al descentralizar funciones y transferir funcionarios gubernamentales centrales a las localidades, el conocimiento de los funcionarios y, su sensibilidad a los problemas y necesidades de la población aumenta.
4. La descentralización permite que los planes centrales penetren con más facilidad en áreas remotas que tradicionalmente se descuidan.
5. La descentralización favorece la participación de grupos políticos, étnicos y tribales en las decisiones, lo cual puede traducirse en decisiones que asignen con equidad las inversiones y los recursos gubernamentales.
6. La descentralización puede incrementar la capacidad administrativa de los gobiernos central, locales y de las instituciones privadas en las regiones. Los funcionarios centrales de alto nivel, por ejemplo, delegan a los locales tareas rutinarias, lo cual permite que los primeros se concentren en la planeación y supervisión cuidadosa de los programas. En general, la descentralización genera procedimientos administrativos más flexibles, innovadores y creativos porque los gobiernos regionales, distritales o provinciales tienen más oportunidades de experimentar con nuevos programas, pues si fallan los efectos son limitados, pero si tienen éxito pueden intentarse en otras regiones.
7. La descentralización favorece la coordinación entre las acciones de ministerios o agencias gubernamentales centrales y los líderes locales u organizaciones no gubernamentales.

¹⁸ La discusión sobre los valores que generalmente se asocian con la descentralización es muy sugerente, no obstante, excede los propósitos de este documento. Véanse, por ejemplo, Ricard Gomà y Joaquim Brugué, "Public participation in a decentralized city: The case of Barcelona", Barcelona, Institut de Ciències Polítiques i Socials, 1994 (Working Papers, 84); David O. Porter y Eugene A. Olsen, "Some critical issues in government centralization and decentralization", *Public Administration Review*, 36 (1976) y B. Smith, *op. cit.*, cap. 2.

¹⁹G. Shabbir Cheema y Dennis A. Rondinelli, "Introduction", en su libro *Decentralization in Developing Countries*, Beverly Hills, Sage, pp. 14-16.

Con propósitos explicativos puede ser útil considerar a la centralización y a la descentralización como modelos polares, pero, en realidad, prácticamente ningún sistema se ajusta a estos extremos, sino que presentan rasgos de uno y otro. De tal manera, puede considerarse que existe un *continuuus* entre la centralización y la descentralización, pues cada sistema presenta combinaciones, ya sea en la fijación de políticas o en la gestión de programas.²⁰

Así puede explicarse que el término descentralización se haya utilizado de innumerables maneras: Descentralización puede significar la transferencia del control de empresas públicas de funcionarios gubernamentales a consejos relativamente autónomos; el desarrollo de insumos económicos regionales para los esfuerzos nacionales de planeación; la transferencia de funciones administrativas a niveles jerárquicos inferiores o a otros territorios; la creación de unidades legislativas de menor tamaño; la transferencia de responsabilidades a cuerpos legislativos subnacionales y también que más personas controlen una empresa productiva...²¹

Del mismo modo, la descentralización de la administración pública puede definirse con grados de amplitud distintos. En algunos casos, la definición se concentra en la dimensión territorial y considera a la descentralización como la dispersión de agencias sobre el territorio o bien como la regionalización territorial de las acciones de una agencia. También se ha llegado a sostener que la descentralización incluye no sólo la dispersión territorial y la regionalización de las acciones, sino sobre todo la distribución de la autoridad sobre las decisiones y los recursos.

En este punto, y para los fines de este trabajo, resulta extremadamente útil la definición más puntual de Enrique Cabrero y José Mejía Lira: la descentralización es un proceso que intenta revertir una tendencia de centralización y concentración del *poder de decisión*, así como de los *recursos* que permite el ejercicio de éste. Por tanto, todo proceso de descentralización pretendería, en principio, conformar una estructura oligopólica del poder donde es posible detectar *núcleos de decisión periféricos* con un considerable nivel de autonomía relativa con respecto al *núcleo de decisión central*. Aun cuando el núcleo de decisión central, en este caso el gobierno federal, tenga un peso específico mayor que los núcleos periféricos, gobiernos estatales y municipales, toda decisión tiene que resultar de un proceso donde participen conjuntamente los núcleos central y periféricos.²²

²⁰ Oscar Oszlak y otros, "El Estado y los servicios de salud", Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud, 1987, p. 14. (Mimeo.).

²¹ Norman Furniss, "The practical significance of decentralization", *The Journal of Politics*, 37 (1974), p. 973.

²² E.Cabrero, *op. cit.*, p. 35.

II. Los antecedentes y los problemas

En este apartado se describirán brevemente los problemas que motivaron la creación del Sistema Nacional de Salud durante el gobierno de Miguel de la Madrid. En particular, subrayaré los problemas de falta de coordinación en el sector y heterogeneidad de los servicios que hicieron pensar en las estrategias de sectorización, modernización y descentralización para fortalecer el Sistema. También se revisarán las modificaciones al marco jurídico para la prestación de servicios de salud y se examinará el proceso de descentralización de los ochenta, con atención a las decisiones sobre financiamiento, recursos materiales y humanos.

El Departamento de Salubridad²³ del Ejecutivo Federal surgió ante la necesidad de un organismo que tuviera la capacidad y los recursos para normar acciones contra las epidemias y resolver problemas de saneamiento urbano. La creación del Departamento intentó superar la falta de coordinación de las políticas de salud, que en el pasado había dirigido el Consejo Superior de Salubridad con el apoyo fundamental de los municipios.²⁴

Las políticas descentralizadoras de la salud de los años ochenta y noventa se inspiraron en las Unidades Sanitarias Cooperativas creadas, entre 1917 y 1929, en la región del Golfo para combatir la fiebre amarilla. Las unidades sanitarias tuvieron un carácter descentralizado desde el inicio y se apoyaban en los tres niveles de gobierno, el experimento resultó muy exitoso y adquirió mucho prestigio ante la comunidad sanitaria internacional.

El éxito de las Unidades Sanitarias y la gran depresión de 1929 —la cual redujo notablemente los ingresos federales— provocaron que Plutarco Elías Calles siguiera el modelo de las Unidades y creara los Servicios Coordinados de Salud Pública: se proponía establecer servicios sanitarios en cada municipio con financiamiento conjunto federación-estados.²⁵

La Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios de la República Mexicana (25 de agosto 1934) facultaba al Jefe del Departamento de Salubridad Pública para celebrar convenios con los estados y, si lo permitía la legislación local, con los ayuntamientos, en materia de unificación, coordinación y cooperación de los servicios sanitarios. Desde esta Ley, todos los códigos sanitarios, hasta el último de 1973, incluían la fórmula de la coordinación que tenía como elementos básicos los siguientes: la federación y los estados aportarían recursos humanos y financieros, la dirección técnica correspondería a la federación por

²³ Creado el 14 de abril de 1917.

²⁴ Poder Ejecutivo Federal, *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*, México, 1995, p. 2. (En adelante: *Programa de Reforma*).

²⁵ “La descentralización del sector salud en México. Alcances y limitaciones de los sistemas locales de salud”, *Salud Pública de México*, 34 (1992), suplemento, p. 123. (En adelante: *Descentralización*).

conducto del Departamento de Salubridad, además, permitía que se firmaran convenios de coordinación sanitaria. Estos convenios incluían los fondos y bienes que se afectaban, el derecho de las partes a vigilar el desarrollo de los servicios y, también, facultaban al titular del Departamento para designar al jefe de los Servicios Coordinados de Salud.²⁶

En la coyuntura de 1929, los Servicios Coordinados parecían el instrumento idóneo para enfrentar la crisis, sin embargo, el modelo no logró apoyar la colectivización masiva de las haciendas agroexportadoras del período cardenista. En consecuencia, surgieron los Servicios Médicos Ejidales, los cuales inauguraron un nuevo modelo, la cogestión, en este caso entre el gobierno, la banca de desarrollo ejidal y los campesinos beneficiados por la colectivización de vastas extensiones de tierra.²⁷

La restauración de la salud era la preocupación central de la banca ejidal, pues la colectivización había convertido a los campesinos en la principal fuente de divisas del país. De tal manera, la banca ejidal asumió de más en más el control sobre la inversión sanitaria con énfasis en la medicina curativa, en cambio, el Departamento de Salubridad procuró introducir la atención preventiva y vincularla con la curativa.²⁸

El propio Departamento de Salubridad reconocía la importancia del apoyo a la producción que significaba prestar servicios médicos a los trabajadores del campo, así, el Departamento llegó a asignar hasta cuarenta veces más recursos per capita a los servicios ejidales en comparación a los Servicios Coordinados de Salud en los estados.²⁹

La participación gubernamental en los servicios de salud siguió creciendo con un carácter cada vez más centralizado: las contribuciones de los campesinos se relegaron; la banca ejidal y, en menor medida, el Departamento de Salubridad decidían las prioridades de inversión y, en 1936, se diseñó una política federal para alentar la presencia de médicos en el medio rural, el servicio social universitario.

En la década de los cuarenta ya coexistían tres modalidades para la asignación de recursos públicos para los servicios de salud, las cuales contribuyeron a la creación de un modelo de atención a la salud que se caracterizó —desde sus orígenes— por la falta de coordinación y la heterogeneidad de los servicios.

²⁶ Guillermo Soberón y otros (comps.), *La Salud en México: Testimonios 1988. Fundamentos del cambio estructural*, México, Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica, 1988, pp. 136 s.

²⁷ *Programa de Reforma*, p. 2.

²⁸ El énfasis en la medicina curativa sobrevive hasta nuestros días. En el diagnóstico que sirvió de base para el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 se registra que la Secretaría de Salud destina 89.3% de su presupuesto a programas de atención curativa y sólo 10.7 a la medicina preventiva. (Alfonso Urrutia, "Caos, ineficiencia y duplicidades en los servicios de salud: ARDF", *La Jornada*, México D. F., 11 de octubre de 1995).

²⁹ *Programa de Reforma*, p. 2.

1. Atención a problemas de salud muy específicos, con el modelo de las campañas iniciadas en las Unidades Sanitarias.
2. Atención a todos los residentes de estados y municipios mediante la asignación de recursos a servicios no personales y en menor medida asistenciales. Estas actividades seguían a cargo de los Servicios Coordinados de Salud Pública.
3. Atención a grupos estratégicos para la producción por medio de contribuciones de trabajadores, patrones y gobierno.³⁰

Durante la Segunda Guerra Mundial, el provechoso intercambio con otros países, pero sobre todo la expansión de la actividad económica interna generó un crecimiento importante en los ingresos gubernamentales. Como consecuencia, el gasto público creció notablemente (representó 37% del PIB entre 1939 y 1945) y se dedicó sobretodo a proyectos de inversión en transporte y comunicaciones, generación de energía eléctrica, obras de irrigación, así como a inversiones de índole social como educación y salud.

Durante la Segunda Guerra Mundial, la población objetivo prioritaria de los servicios médicos se modificó paulatinamente, se relegaron los servicios ejidales y se atendió preferentemente las zonas urbanas mediante el Seguro Social. En 1943 se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como versión mexicana del modelo de seguridad social que se seguía en casi todo el mundo (con sustento teórico de la Organización Internacional del Trabajo). El IMSS se creó, entre otros motivos, con el propósito de administrar las contribuciones tripartitas (gobierno, patrones y trabajadores) para prestar servicios integrales de salud a los asalariados de la naciente industria nacional. Con mucha rapidez, el Seguro Social centralizó la gestión; eliminó la participación comunitaria y concentró los servicios de salud en grandes clínicas y hospitales.³¹

También en 1943, con la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad, se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia. La SSA se encargaba de asignar recursos a los Servicios Coordinados y de proveer servicios de salud a la población que no recibía seguridad social, entre ellos la mayor parte de los campesinos. La Secretaría también se ocupaba de las campañas extraordinarias para combatir epidemias y problemas específicos de salud. Por separado, y con muy pocos vínculos formales o informales, crecían dos tipos de servicios de salud: los de población abierta (a cargo de la SSA) y los de derechohabiente (responsabilidad del IMSS).

En la década de los cincuenta, surgieron organismos y acciones con márgenes de autonomía muy grandes, con el propósito de solucionar graves problemas sanitarios, sin considerar la participación estatal o municipal. El ejemplo

³⁰ *Ibid*, pp. 2 ss.

³¹ M. González Block, *Descentralización*, p.123.

más ilustrativo es la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo (CNEP). Sin dejar de lado los resultados positivos de la CNEP, su centralización técnica fragmentó aún más la política sanitaria, pues se multiplicaron las autoridades centrales y no se crearon instancias integradoras para las acciones estatales o municipales.³²

La Secretaría de Salud reconoce lo costoso que resultó tanto desatender las políticas de salud pública como permitir la falta de coordinación entre las dependencias proveedoras de servicios de salud a la población abierta y a la derechohabiente...

Al privilegiarse el apoyo gubernamental al desarrollo económico y la atención curativa, a través de las instituciones de salud, se incurrió en un importante costo: una menor atención a las políticas de salud pública. Los Servicios Coordinados adquirieron, de facto, mayores responsabilidades de atención directa para la población abierta, *perdiendo el Departamento de Salubridad el papel estratégico normativo y financiador* en favor de la población en su conjunto que tuvo en sus mejores momentos. Por otra parte la separación definitiva de los servicios para la población asegurada y para la población abierta le confirió a cada institución funciones normativas y presupuestarias independientes, *lo cual dificultó la coordinación y propició mayor inequidad*.³³

En la segunda mitad del decenio de los cincuenta se profundizó el proceso de industrialización y el sector manufacturero creció aceleradamente. Como resultado, entre 1953 y 1958, la cobertura del IMSS se duplicó y para 1960 amparaba a poco más de tres millones de personas. De cualquier manera, la SSA seguía atendiendo a la mayor parte de la población, 23 millones de mexicanos, y se ocupaba de los costosos programas derivados de las primeras grandes iniciativas de la Organización Mundial de la Salud, las campañas contra la viruela y el paludismo.

En 1959 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con el propósito de concentrar los diversos sistemas de pensiones y prestaciones de los trabajadores del gobierno federal, aunque algunos empleados, como los de la Secretaría de Hacienda, mantuvieron parte de sus servicios separada del resto. También se mantuvieron independientes los servicios de salud de algunas empresas paraestatales —Petróleos Mexicanos, Ferrocarriles Nacionales y la Comisión Federal de Electricidad, entre otras— y se creó el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México.³⁴ Con estas decisiones es posible afirmar —con González Block— que el sistema de salud creció con desordenadas adiciones de segmentos, en ausencia de una idea rectora que organizara el conjunto. La fragmentación del sistema de salud nacional también se

³² *Loc. cit.*

³³ *Programa de Reforma*, p. 4. Las cursivas son mías.

³⁴ *Loc. cit.*

reflejaba en la Secretaría de Salubridad, en la cual se formó una burocracia altamente centralizada y fragmentada como resultado de las múltiples y, en ocasiones, contradictorias demandas que generaban los Servicios Coordinados y las campañas nacionales de salud.

A partir de los años setenta se intentó extender los beneficios de la seguridad social a los trabajadores del campo mediante el programa IMSS-CONASUPO. No obstante, el Programa no logró que se extendiera la política federal, pues la autonomía del Seguro Social frenó este esfuerzo, el cual amenazaba su equilibrio económico. Además, la política de salud se debilitó más, pues los Servicios Coordinados siguieron perdiendo a su población objetivo y adquirieron, cada vez más, el carácter de entidad residual.³⁵

En ese momento, con la centralización de la operación de los servicios para población abierta, la Secretaría de Salubridad se había debilitado enormemente con respecto a sus responsabilidades de coordinación y supervisión. Ante la falta de una idea rectora, las instituciones de seguridad social fortalecían su autonomía y seguían ganando terreno tanto en población atendida como en presupuesto, gracias al financiamiento tripartita.

El *boom* petrolero de finales de los setenta y principios de los ochenta, provocó que se pensara de nuevo en la seguridad social para cooperar en la definición de una política social hacia los marginados. Con financiamiento totalmente federal se reanimó el programa IMSS-CONASUPO, ahora bajo el nombre IMSS-COPLAMAR,³⁶ el Programa tenía como propósito central ampliar sustancialmente la cobertura a la población marginada y llegó a operar 3000 unidades médicas rurales y 60 hospitales.³⁷ Cuando COPLAMAR desapareció en 1989, el programa persistió bajo el control del Seguro Social con una nueva denominación: IMSS-Solidaridad.

El final del auge petrolero, en el último año del sexenio de López Portillo, provocó que se cuestionara la capacidad para sostener el gasto de los servicios y se subrayaran los enormes dispendios asociados con la duplicidad de programas de salud dirigidos a la población abierta. Así, se convocó a la Coordinación de Servicios de Salud (CSS) para que propusiera medidas capaces de modernizar y racionalizar la prestación de servicios de salud y asistenciales.³⁸

Además, a pesar de los mecanismos de coordinación federación-estados, que ya se describieron, la centralización en el campo de salud prosiguió como en otros ámbitos nacionales. En consecuencia, la intervención estatal en el funcionamiento de

³⁵ M. González Block, *Descentralización*, p. 123.

³⁶ COPLAMAR era el programa de combate a la marginación que impulsó José López Portillo entre 1976 y 1982.

³⁷ M. González Block, *Descentralización*, p. 123.

³⁸ Véase, Guillermo Soberón y Leobardo Ruíz, *Hacia un Sistema Nacional de Salud*, México, UNAM, 1983.

los servicios era muy escasa, el personal local que se asignó a estos servicios se federalizó, el aporte financiero de los estados se redujo paulatinamente (en 1982 fue de 8% aproximadamente) y aumentó el número de programas específicos decretados desde el centro sin participación alguna de los estados (por ejemplo, mejoramiento del ambiente, paludismo, planificación familiar, atención materno-infantil, es decir áreas que a partir de la promulgación de la Ley General de Salud son competencia exclusiva de los estados bajo las normas técnicas federales). El Secretario de Salud Guillermo Soberón reconocería más tarde:

Si bien el mandato del Constituyente en materia sanitaria estableció que esta materia es de competencia concurrente [...], el ímpetu centralizador encontró en la administración de la salud un ámbito propicio, y los convenios de servicios coordinados de salud pública, que desde los años treinta se empezaron a celebrar con los Estados, se transformaron en vehículos de centralización.³⁹

El Sistema Nacional de Salud

A finales de la administración de López Portillo se criticaron con mucha insistencia los dispendios asociados a la duplicación de instituciones dirigidas a población abierta. En consecuencia, la Coordinación de Servicios de Salud (CSS) propuso reestructurar de fondo los servicios para modernizar y racionalizar la infraestructura médico-sanitaria y asistencial.⁴⁰

En síntesis, la CSS identificó a la falta de coordinación intrasectorial y al centralismo como los problemas centrales de los servicios porque:

Las autoridades locales no tenían la capacidad para planificar el desarrollo de la infraestructura, implementar los programas prioritarios y utilizar los recursos de manera eficiente.

Además, el programa IMSS-COPLAMAR había debilitado todavía más a los estados, pues muchos gobernadores habían manifestado desinterés en los servicios de salud, al disminuir considerablemente sus aportaciones, por ejemplo, en 1992, la participación estatal al gasto gubernamental total en salud era aproximadamente de 8%.⁴¹

Finalmente, aún con los COPLADE no se había logrado desconcentrar las decisiones de inversión federal, pues todavía se privilegiaban las necesidades del centro sobre las estatales.⁴²

³⁹ *Planteamientos iniciales para la consolidación del Sistema Nacional de Salud*, México, SSA, 1984, p. 24. (Cuadernos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 2)

⁴⁰ Los trabajos de la Coordinación se describen detalladamente en G. Soberón y L. Ruiz, *op. cit.*, *passim*, para una versión resumida véase, M. González Block, *Descentralización*.

⁴¹ G. Soberón, *op. cit.*, p. 136.

⁴² M. González Block, *Descentralización*, p. 124.

La coordinación concluyó que era indispensable centralizar las atribuciones de política sanitaria, las cuales compartían la SSA y la Seguridad Social, para lograr:

Definir políticas, objetivos y programas comunes, determinados por necesidades y prioridades nacionales... Mejorar los sistemas de asignación de recursos... Desarrollar programas integrales de desconcentración y descentralización administrativa... Mejorar la coordinación entre el sector y los otros sectores cuya acción contribuya a elevar el nivel de salud... La integración de las instituciones puede evitar las duplicaciones de servicios y de programas si la planeación se desarrolla por una sola instancia y de acuerdo con objetivos claramente definidos.⁴³

Así, la CSS recomendó que se centralizaran las decisiones clave, lo que permitiría fusionar los programas redundantes y descentralizar las operaciones. La Coordinación consideraba a la sectorización y a la descentralización como procesos complementarios, por este motivo propuso que la reorganización de los servicios se realizara de la siguiente manera:

- I. Crear los Servicios Nacionales de Salud, organismo público descentralizado por función que se ocuparía de la operación de las unidades de la SSA y de sus servicios coordinados.
- II. Que la Secretaría de Salubridad asuma plenamente las funciones normativas en todo el sector.
- III. Crear servicios estatales de salud bajo la responsabilidad política y administrativa de cada entidad.
- IV. Que los Servicios Nacionales transfieran a cada servicio estatal sus responsabilidades, vinculadas sobre todo con la operación de los servicios.
- V. También se consideró la posibilidad de transferir directamente a aquellos estados con la capacidad administrativa suficiente, sin la necesidad del paso intermedio de los Servicios Nacionales.

La CSS presentó también, aunque con poco detalle, tres alternativas para resolver el problema de IMSS-COPLAMAR: fusionarlo a los servicios estatales, incorporarlo a la coordinación programática o fusionarlo con los servicios de la Secretaría bajo un sistema a cargo del IMSS.

¿Cómo participarían las autoridades estatales? La CSS propuso que se creara un Sistema Permanente de Planeación al que acudirían también autoridades regionales y nacionales. El Sistema surgiría de la reorganización del Consejo de Salubridad General, creado por la Constitución de 1917, y tendría como miembros a los directores estatales.

Aunque el proceso descentralizador de los ochenta no siguió al pie de la letra las recomendaciones de la CSS, ahora, con la consolidación de la descentralización

⁴³ G. Soberón y L. Ruiz, *op. cit.*, p. 78.

—y como se mostrará más adelante cuando describa el proceso actual— muchas de las recomendaciones, que sólo se siguieron parcialmente, están tratando de completarse.

La reforma del sector salud se apoyó en los estudios de la Coordinación e inició en 1983, cuando se reformó el art. 4º constitucional, así el párrafo tercero establece...

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Esta reforma motivó la promulgación de la Ley General de Salud (1983), la cual estableció el marco jurídico específico para la reforma sanitaria, su contenido puede agruparse en tres categorías: (a) las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, (b) la separación de competencias entre la federación y los estados⁴⁴ y (c) la definición de los rubros específicos de salubridad general, en este último inciso, la Ley establece tres tipos de competencia en materia sanitaria:

1. La salubridad general que se reserva a la federación, pero en la que los estados pueden colaborar mediante acuerdos de coordinación.
2. La salubridad general a cargo de las entidades federativas bajo las normas técnicas federales.
3. La salubridad local que conforme a la legislación local y reglamentos municipales queda a cargo de estados y municipios.

La Ley contiene otros temas importantes que es necesario mencionar. En el art. 4º se establece que las autoridades sanitarias son el Presidente de la República, el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud y los gobiernos estatales; en el art. 7º se enuncian las atribuciones de la Secretaría de Salud entre las que se encuentra impulsar la desconcentración y la descentralización; el art. 9º obliga a los estados a establecer sistemas estatales de salud y a responsabilizarse de su planeación, organización y desarrollo; el art. 13º distribuye competencias entre federación y estados, y el art. 21º establece las bases para los acuerdos de coordinación entre la federación y los estados.

⁴⁴ En materia de salubridad general, corresponden a la federación, entre otras, las siguientes facultades: el programa contra la farmacodependencia; el control sanitario de productos y servicios para exportación o importación; el control sanitario de la publicidad de actividades, productos y servicios; el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos; la sanidad internacional... A los estados compete la atención materno infantil; la planificación familiar; la salud mental; la salud ocupacional; la prevención y el control de enfermedades transmisibles; la asistencia social; la prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre. (México, *Ley General de Salud*, 1983, art. 13º).

En cuanto a la posibilidad de firmar acuerdos de coordinación, es necesario mencionar que la Ley General de Salud establece, primero, las áreas de concurrencia (art. 13°), sin embargo, también contempla acuerdos de coordinación para aquellas áreas de salubridad general que se reservan a la federación, de esta manera, las relaciones intergubernamentales federación-estados tienen como marco, en materia de salubridad general, tanto la concurrencia como la coordinación.

Con base en el art. 5° de la Ley General de Salud se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual "está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud".⁴⁵ El SNS tiene como propósitos:

- a. Mejorar cualitativa y cuantitativamente los servicios de salud para población abierta, con especial énfasis en las acciones preventivas, además de reducir las diferencias que los separan de los de seguridad social.
- b. Reforzar la capacidad operativa y de gestión de los servicios de salud en los gobiernos de los estados.
- c. Vincular la planeación en salud con la planeación global del país.

Para consolidar el Sistema se establecieron tres estrategias: la sectorización, que consiste en el agrupamiento de ciertas entidades bajo la coordinación de la Secretaría, la modernización y la descentralización:

> Sectorización

La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF) faculta a la Secretaría de Salud para establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos, salubridad general y, también, para coordinar los programas y servicios públicos de salud.⁴⁶ La Secretaría encabeza el sector salud, el cual se integra con dos ámbitos: el programático y el administrativo. El programático incluye los programas y funciones de los organismos de seguridad social (IMSS, ISSSTE) y de otros componentes de la administración pública federal que prestan servicios de salud (SSDDF, ISSFAM, SSMARINA, SSPEMEX). El administrativo se integra con la Secretaría de Salud (incluyendo a los Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados como órganos desconcentrados por territorio de la Secretaría) y con dos subsectores: 1) la asistencia social a cargo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) que incluye al Instituto Nacional para la Senectud y a los Centros de Integración Juvenil; 2) los

⁴⁵ *Ibid.*, art. 5°.

⁴⁶ G. Soberón, *op. cit.*, p. 71.

institutos nacionales de salud que incluyen diez organismos dedicados a la atención especializada, a la investigación y a la formación de recursos humanos de alto nivel.⁴⁷

> Modernización

En 1984, se reformó la LOAPF para reorganizar la Secretaría de Salud, la cual desde ese momento tiene facultades para: (1) llevar a cabo la programación nacional de salud, (2) fijar las normas técnicas a que se sujetan los servicios de salud del país, (3) otorgar financiamiento a los servicios estatales de salud, (4) ejercer las facultades de autoridad que retiene la federación.

> Descentralización

El Programa Nacional de Salud 1984-1988 estableció los objetivos de la descentralización de Miguel de la Madrid que eran: reforzar el carácter normativo y de control de la administración central ejercida por la Secretaría, racionalizar las tareas de regulación sanitaria tanto en las estructuras centrales de organización como en los estados descentralizados, buscar la homogeneización de la prestación de los servicios de salud en cada entidad federativa, pero sobre todo hacer más eficiente la prestación de los servicios de salud.

La modernización de la Secretaría y la descentralización de los servicios han llevado a conformar un modelo de operación del SNS que distingue dos ámbitos, el normativo a cargo de la Secretaría de Salud y el operativo responsabilidad de los servicios estatales de salud y de las dependencias federales prestadoras de servicios.⁴⁸

Gracias a estas tres estrategias queda claro que el sector cuenta con una cabeza coordinadora, pero, además, en la búsqueda de la eficiencia operativa hay, por lo menos descrita en la Ley General de Salud y en el Reglamento Interno de la Secretaría de Salud, una división de trabajo más clara: la asistencia social articulada en el DIF; los servicios de salud para población abierta normados por la SSA y prestados por los gobiernos locales (descentralización) y, la seguridad social que involucra al IMSS y al ISSSTE principalmente

Las fases de la descentralización de los ochenta

El marco jurídico para la descentralización de los servicios de salud para la población abierta se compone del art. 4º constitucional, la Ley General de Salud (en especial el art. 7º), decretos y acuerdos presidenciales, las leyes estatales de salud,

⁴⁷ Carlos Cruz y Cuauhtémoc Valdés, "Diversidad financiera para la prestación de los servicios de salud", *Salud Pública de México*, 34 (1992), suplemento, pp. 134-147.

⁴⁸ G. Soberón, *op. cit.*, pp. 103 ss.

previsiones en las leyes orgánicas de las administraciones públicas estatales, acuerdos y convenios específicos de coordinación y apoyo.

México, como ya se mencionó, posee varios sistemas de servicios de salud que a través del tiempo han actuado incoordinadamente, lo cual ha provocado marcadas desigualdades y deficiencias en cuanto al uso de los recursos y la calidad de la atención. Estos problemas, pero en especial las diferencias entre los servicios de salud que se prestaban, motivaron el proceso de descentralización, el cual avanzó por dos vías: la concurrencia, que establece el art. 4º constitucional, y la coordinación como vertiente del Sistema Nacional de Planeación Democrática.

En el primer decreto presidencial que orientaba la política descentralizadora, se otorgaron a la Secretaría de Salubridad las facultades para coordinar el proceso, sin embargo, no se mencionó al programa IMSS-COPLAMAR.⁴⁹ González Block afirma que en realidad, hasta ese momento, se pensaba exclusivamente en la desconcentración de la Secretaría sumada a la participación más activa de los gobiernos estatales.⁵⁰

En noviembre de 1983, se establecieron los lineamientos del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud, entre los más importantes se encuentran: distribuir competencias de salubridad general entre la federación y los estados (Ley General de Salud), establecer el carácter operativo de los Servicios Coordinados de Salud (Acuerdo del Secretario de Salubridad y Asistencia), adecuar los regímenes legales locales (promulgar leyes estatales de salud)...⁵¹ En estos lineamientos se propuso la desconcentración del programa IMSS-COPLAMAR bajo la estructura del IMSS y su coordinación programática con los Servicios Coordinados en cada entidad⁵²

El 8 de marzo de 1984 se publicó en el *Diario Oficial* el decreto por el que se descentralizaban a los estados los servicios de salud que prestaba la Secretaría de Salud y los que proporcionaba IMSS-COPLAMAR. En el Decreto se establece que "la descentralización de ambos sistemas deberá conducir a su integración funcional en una primera etapa, y orgánica en la segunda, para que, con los servicios locales, se formen sistemas estatales de salud".⁵³ Durante 1984, la resistencia del IMSS para fusionar el programa COPLAMAR con los servicios de salud de la Secretaría y los gobiernos estatales —que implicaba ceder todas las unidades médicas, además de material y equipo— llegó a amenazar la capacidad normativa de la SSA, la cual

⁴⁹ "Bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la SSA", *Diario Oficial de la Federación*, 30 de agosto 1983.

⁵⁰ M. González Block, *Descentralización*, p. 125.

⁵¹ *Sistema Nacional de salud. Avances y perspectivas*, México, SSA, 1984, p. 72. (Cuadernos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 7).

⁵² M. González Block, *Descentralización*, p. 125.

⁵³ "Decreto para la descentralización de los servicios de salud para población abierta", *Diario Oficial de la Federación*, 8 de marzo 1984.

apenas iniciaba su fortalecimiento. La nueva estructura de la Secretaría ya no permitía operar los servicios, lo cual hacía apremiante la participación de los gobiernos estatales. El decreto de marzo de 1984 representaba, en realidad, un ultimátum para la desaparición del programa IMSS-COPLAMAR, pues no sólo anunciaba su desaparición paulatina, sino además creaba dos órganos que acelerarían su descentralización: el Comité de Operación del Programa y los Consejos Estatales de Vigilancia. Ambas instancias, con sólo un representante del IMSS en cada una, se convertirían en órganos de apoyo, seguimiento y evaluación.⁵⁴

Según los criterios del Decreto presidencial, durante 1984 se completaría la primera fase para iniciar la segunda en 1985 y concluir la descentralización para todos los estados a finales de 1986. Sin embargo, aunque en la coordinación programática se incorporaron todos los estados, la descentralización se interrumpió y sólo catorce participaron en la integración orgánica.

La política descentralizadora de los servicios de salud de los ochenta se caracterizó sobre todo por su gradualismo, no se trató de una política uniforme ni por su contenido, ni por sus tiempos. El primer convenio se firmó en el estado de Tlaxcala en marzo de 1984, el segundo en Sonora en abril y el tercero, en Durango, hasta diciembre del mismo año. Además, la necesidad de diseñar un nuevo modelo de atención hizo evidente los enfoques encontrados de planificadores y salubristas dentro de la SSA. Miguel Ángel González Block, acucioso investigador del proceso y testigo presencial de sus momentos culminantes, pues trabajaba muy cerca del Secretario Soberón, dice:

La diferencia más sobresaliente fue entre quienes favorecieron los programas selectivos y autónomos, *versus* quienes apoyaron la integración horizontal de programas con mayor autoridad a nivel estatal y jurisdiccional. Esta pugna se dirimió en buena medida haciendo referencia al modelo de atención primaria de la salud (APS).⁵⁵

En cuanto a la regionalización de los niveles de atención, las diferencias también aparecieron. El personal médico consideraba que lo más conveniente era convertir a los mandos superiores de los Servicios Estatales de Salud en los administradores directos de los hospitales de segundo nivel, pues tendrían apoyo administrativo de primera mano. En cambio, los planificadores propusieron que los hospitales se incorporaran a las jurisdicciones, lo cual desconcentraría la administración estatal. El propósito último era organizar un sistema de atención integral, si los hospitales de segundo nivel pertenecían a las jurisdicciones, se relacionarían más con los centros de salud de la jurisdicción favoreciendo naturalmente las referencias y contrarreferencias de los pacientes.⁵⁶

⁵⁴ *Loc. cit.*

⁵⁵ M. González Block, *Descentralización*, p. 126.

⁵⁶ *Loc. cit.*

La implementación del programa descentralizador requirió de la participación decidida de los gobiernos locales, el apoyo financiero, tanto federal como estatal, y la capacidad técnica de los estados para hacerse cargo de los servicios.⁵⁷ Asimismo, la descentralización implicó la participación de distintos organismos federales como la Secretaría de Salud, responsable del análisis técnico para determinar las posibilidades de la descentralización, la SPP, encargada de la definición del esquema de desarrollo regional y de formular los CUD, la SECOGEF que tenía a su cargo la supervisión general de la aplicación de los programas y el cumplimiento de los compromisos concertados, finalmente, los responsables de la aplicación eran las agencias federales de la Secretaría de Salud (Servicios Coordinados de Salud Pública) y los gobiernos estatales, quienes definieron la estructura administrativa de los servicios estatales así como el apoyo financiero que recibirían.

En la primera etapa, coordinación programática, participaron todos los estados, se acordó con los gobernadores que la autoridad estatal coordinara los servicios federales (los que operaban los Servicios Coordinados de Salud Pública y los que prestaba IMSS-COPLAMAR) con los servicios locales con el propósito de evitar duplicidades o superarlas cuando ya existieran, así como fomentar la cooperación entre los servicios. El objetivo era, por tanto, unificar esfuerzos, recursos, funciones y programas en materia de atención médica, salud pública y asistencia social.

Desde 1985, con base en los avances observados en la fase previa, se implantó la etapa definitiva, integración orgánica, que consistía en la fusión de los servicios de salud federales con los locales, lo cual implicaba la desaparición de todos los órganos federales desconcentrados, los Servicios Coordinados. La integración orgánica permitiría constituir los Servicios Estatales de Salud cuya operación sería entregada a la oficina estatal creada con ese propósito.

La descentralización en su segunda etapa se realizó mediante acuerdos de coordinación con los estados, según el CUD que se firma entre el gobierno federal y cada uno de los estatales. Los acuerdos de coordinación incluían:

1. Definición de competencias en materia de salubridad general.
2. Definición de atribuciones del organismo coordinador del Sistema Estatal de Salud
3. Definición de aportaciones federales y estatales para sufragar la operación de los servicios y, para realizar inversiones para mejorar y ampliar la infraestructura.
4. Regulación de las condiciones laborales de los trabajadores de salud involucrados.

En el acuerdo de coordinación se establecía el tipo y las características operativas de los servicios de salud inherentes a las características de cada estado y,

⁵⁷ G. Soberón, *op. cit.*, p. 68

por tanto, a la normatividad técnica emitida por la Secretaría de Salud. Después de firmar estos acuerdos se celebraron convenios de coordinación específicos sobre descentralización en cuanto a regulación sanitaria, apoyos logísticos (durante el proceso la Secretaría de Salud e IMSS-COPLAMAR colaborarían con los estados para evitar que disminuyera la cobertura o la calidad de los servicios), uso gratuito de muebles e inmuebles, formación de recursos humanos para la salud y cuotas de recuperación.⁵⁸

De acuerdo con las características de los estados —forma jurídica, facultades y nivel jerárquico requeridos— se establecieron tres modalidades para la conformación de los Sistemas Estatales de Salud:

1. Coexiste una Secretaría de Salud y un organismo descentralizado de la administración pública estatal. A la primera le corresponde coordinar el sistema estatal de salud y ejercer las funciones de autoridad sanitaria federal que se descentralizaron. Al organismo descentralizado le corresponde la prestación de los servicios de atención médica y salud pública. Este modelo se adoptó en Baja California Sur y en Sonora.
2. Un organismo descentralizado de la administración pública estatal ejerce las funciones de autoridad sanitaria, además presta los servicios de atención médica y salud pública. El Estado de México y Aguascalientes adoptaron este esquema.
3. La Secretaría de Salud Estatal se encarga de la coordinación del sistema estatal de salud y representa al gobierno del estado como autoridad sanitaria local, además presta los servicios de atención médica y salud pública. Este esquema lo adoptaron los estados de Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Tabasco y Tlaxcala.⁵⁹

⁵⁸ *Ibid.*, p. 145.

⁵⁹ Secretaría de Salud, *Descentralización de los servicios de salud a población abierta. Avances y perspectivas*, México, Secretaría de Salud, 1987, pp. 26 s.

CUADRO 1
ESTADOS DESCENTRALIZADOS EN LA 2º ETAPA
INTEGRACIÓN ORGÁNICA

ESTADOS	FIRMA DE ACUERDOS
Tlaxcala	mayo 24 1985
Nuevo León	mayo 31 1985
Guerrero	junio 11 1985
Jalisco	julio 30 1985
Baja California Sur	julio 30 1985
Morelos	octubre 4 1985
Tabasco	diciembre 6 1985
Querétaro	diciembre 13 1985
Sonora	diciembre 17 1985
Colima	marzo 7 1986
México	marzo 7 1986
GUANAJUATO	marzo 7 1986
AGUASCALIENTES	octubre 19 1987
Quintana Roo	diciembre 23 1987

Fuente: Myriam Cardozo Brum, "La descentralización de los servicios de salud en México: hacia la amnesia total o hacia la recuperación de la política", *Gestión y política pública*, 2 (1993), p. 369.

La descentralización también contemplaba la participación municipal en aquellas localidades con importantes concentraciones urbanas —como Guadalajara, Monterrey y Acapulco. En el resto se sugería establecer convenios para incentivar la colaboración de los ayuntamientos y facilitar, en consecuencia, la captación de problemas y la implementación de políticas.

En cuanto al personal, la política descentralizadora se limitó a desconcentrar la gerencia de los recursos humanos, pues todos los empleados de los Servicios Estatales —personal médico, paramédico y administrativo de todas las jerarquías— permanecieron en la nómina federal. Sin embargo, se autorizó a las autoridades estatales para actuar como patrones sustitutos en cuestiones sindicales y para participar en la administración del personal. Además, las autoridades centrales se reservaron las negociaciones contractuales con el sindicato y la autorización de las plantillas generales de personal.⁶⁰ El gobierno federal conservó la propiedad de los bienes muebles e inmuebles involucrados en la descentralización, se acordó que los servicios estatales de salud los utilizarían bajo la figura de comodato.

Aunque el decreto presidencial de marzo de 1984 contemplaba que la descentralización culminaría en 1986, hasta ese año sólo doce estados participaban en la segunda fase, lo cual representaba 35.7% de la población abierta nacional, no obstante, el IMSS-COPLAMAR conservaba 72% de sus unidades y 60% de su cobertura. ¿por qué se interrumpió el proceso? Las explicaciones varían, sin embargo, tanto Myriam Cardozo como González Block coinciden en señalar al

⁶⁰ M. González Block, *Descentralización*, pp. 127 s.

problema financiero como el factor determinante. La crisis económica —dice el segundo— redujo la dotación de nuevas plazas e insumos para la administración y planeación de los estados por descentralizar; aunque también reconoce que las resistencias del Seguro Social influyeron en la decisión presidencial de suspender el proceso.

Ahora bien, en la segunda etapa, que finalmente sólo involucró a catorce estados se cuidó sobre todo el ingrediente financiero, por tanto se le dio el ritmo que impone la limitación de recursos. Se seleccionaron esos catorce estados —dice Myriam Cardozo— porque además de haber madurado satisfactoriamente la etapa de coordinación, se podía consolidar el proceso para que asegurara impactos notables en la cantidad y calidad de los servicios.⁶¹ De nuevo el testimonio de González Block es muy ilustrativo:

Una preocupación creciente dentro de la SSA fue la del financiamiento de los servicios. La crisis amenazó con deteriorarlos, haciendo realidad los presagios del IMSS acerca de la incapacidad de la Secretaría para llevar adelante el cambio estructural propuesto. El Secretario se vio ante un dilema: “fortalecer los servicios de salud para descentralizarlos o descentralizarlos para fortalecerlos”. La coyuntura le llevó a optar por un camino medio, donde se reforzaría la infraestructura de planeación y control de los servicios estatales al momento de la descentralización.⁶²

Los estados seleccionados para participar en la integración orgánica son un conjunto representativo de los distintos niveles de desarrollo del país. Es necesario destacar que estos estados cuentan con aproximadamente 50% de los recursos financieros, humanos y físicos que la Secretaría de Salud destina a los estados, además de que atienden a 40% de la población abierta. En conjunto, lo transferido equivale a la mitad de los recursos y servicios disponibles para la atención de la población abierta en todo el país.⁶³

El Financiamiento

En cuanto al financiamiento, en 1986 se firmó el acuerdo de coordinación correspondiente, en el cual se establece que las fuentes de financiamiento serán federales, estatales, por convenios de cofinanciamiento y aportaciones directas de la sociedad.

⁶¹ Myriam Cardozo Brum, "La descentralización de los servicios de salud en México: hacia la amnesia total o hacia la recuperación de la política", *Gestión y política pública*, 2 (1993), p. 369.

⁶² M. González Block, *Descentralización*, p. 125.

⁶³ Secretaría de Salud, *Avances.*, p. 125.

> Recursos federales

En el seno del COPLADE, se acuerda el gasto que la Secretaría de Salud transfiere de su programa normal vía ramo XXVI (Desarrollo regional) a los estados por el proceso de descentralización. Además, de los recursos para programas de salud pública que corresponden al IMSS, ISSSTE y otros organismos públicos.

> Recursos estatales

El presupuesto estatal asignado a salud para la operación de los Servicios Estatales de Salud. En 1987, 90% de los recursos se destinaban al gasto corriente de los servicios y sólo 10% a programas de inversión.

> Cofinanciamiento

Por medio del Convenio Único de Desarrollo se decide qué programas se financiarán entre la federación y los estados y, con qué estructura financiera.

> Aportaciones directas de la sociedad

Se refieren principalmente a las cuotas de recuperación aportadas por las personas atendidas, en los estados descentralizados en la segunda etapa se convino dejar de cobrar la atención médica y sólo cobrar los medicamentos, en algunos estados este esquema sólo se utilizó en el medio rural, mientras que en otros se aplicó tanto en el medio rural como en el urbano. El monto de las cuotas es bastante importante, pues para 1987 representaban alrededor de 10% del gasto de operación de los servicios estatales de salud.

¿Cómo ha evolucionado el financiamiento? Los gobiernos estatales incrementaron sus aportaciones 88.1% en el período 1985-86 por su corresponsabilidad en el proceso de descentralización mientras que las aportaciones federales sólo crecieron 3% en este período. En los programas de inversión, la diferencia es aún más pronunciada para 1986 la inversión estatal se incrementó 465% y la federal creció 13%.⁶⁴

Los nuevos Servicios Estatales de Salud recibieron los recursos federales mediante subsidios mensuales, sin pasar por la tesorería del estado, que seguían un presupuesto preestablecido. Las aportaciones de los gobiernos estatales se manejaban en una modalidad semejante.⁶⁵

En resumen, gracias a las tres estrategias para consolidar el Sistema Nacional de Salud —sectorización, modernización y descentralización— la Secretaría de Salud quedó a cargo de la facultades normativas y de control, y se delegó a los estados la operación de los servicios. Así, las constituciones estatales reformadas en la materia y las leyes estatales de salud establecen que permanecen al cuidado de la

⁶⁴ G. Soberón, *op.cit.*, pp. 117 ss.

⁶⁵ M. González Block, *Descentralización*, p. 128.

federación la dirección, coordinación y conducción operativa de una lista de aspectos de salubridad general a ser transferidos a los estados mediante acuerdos de coordinación que con los CUD establecen las bases y modalidades para coordinar las acciones entre la federación y los estados. El modelo de descentralización establecía también los siguientes puntos:

- a. Se transfirió a los estados la dirección, coordinación y conducción operativa de la atención médica, la salud pública y el control sanitario en materia de salubridad general concurrente
- b. Se permitió el uso gratuito por parte de los servicios estatales de salud de los muebles e inmuebles federales, pero la federación conserva la propiedad.
- c. Se descentraliza la administración de los recursos financieros federales mediante subsidio y se alientan las aportaciones estatales.
- d. El Gobierno federal conservó la titularidad en la relación laboral con los trabajadores federales que laboraban en los Servicios Estatales de Salud.

El Programa de descentralización señaló a la Secretaría de Salud como la institución responsable de proporcionar la normatividad técnica, el apoyo financiero y el logístico, en este último caso junto con el IMSS. Así, la Secretaría definió las siguientes normas:

- La Secretaría conservaría la rectoría normativa, además de que autorizaría y proporcionaría el financiamiento federal que se complementaría con las aportaciones estatales
- Los gastos de operación e inversión de los servicios estatales se sufragarían con la aportación de la Secretaría, con las aportaciones del gobierno del estado, con las cuotas de recuperación que capten los servicios estatales y con los ingresos extraordinarios de los servicios estatales.
- Los sistemas estatales de salud debían apegarse a las normas de la Secretaría, así como a las de la desaparecida SPP, en materia de programación, presupuestación, contabilidad, control y evaluación.

Al definir a la descentralización como una variable continua, es posible decir que la política descentralizadora de los servicios de salud se define por el grado en que los gobiernos estatales asumen responsabilidades tanto para detectar necesidades de salud como para formular respuestas. En realidad, el proceso descentralizador de los ochenta logró sentar las bases para el funcionamiento cada vez más autónomo de los sistemas estatales de salud, pues estableció un aparato mínimo de gobierno estatal especializado en salud, que complementó la percepción federal de los problemas. Sin embargo, la primera descentralización no logró liberar a la Secretaría de Salud de todas sus responsabilidades operativas en los estados, pues siguió a

cargo de los Servicios Coordinados de Salud en las 17 entidades que no participaron en el proceso. Conservar estas responsabilidades operativas impidió a la SSA concentrarse completamente en la planeación, coordinación y supervisión global del sector.

III. El diseño de la política descentralizadora de los noventa

Durante el sexenio de Salinas de Gortari, la política de descentralización de los servicios de salud se abandonó casi totalmente. Los Informes de Labores de la Secretaría de Salud, entre 1989 y 1994, sólo se refieren al fortalecimiento de los servicios estatales descentralizados, pero no mencionan acciones específicas. En realidad, no se modificaron ni los procedimientos de asignación presupuestal, ni la propiedad federal de bienes muebles e inmuebles o la administración federal de los recursos humanos de los servicios estatales. En cuanto a los estados no descentralizados en los ochenta, los Informes son aún más escuetos, en ningún momento se mencionaba si el proceso se completaría, o bien que se esperaba madurar ciertas condiciones para descentralizarlos. Ante estas evidencias es posible decir que el gobierno salinista olvidó la política descentralizadora de los servicios, la balanza se inclina —como sugiere Myriam Cardozo⁶⁶— hacia la amnesia total.

A pesar del abandono salinista, el gobierno de Ernesto Zedillo, en el contexto del Nuevo Federalismo, convirtió a la descentralización de los servicios de salud para población abierta en uno de los pilares de su Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.

El proceso de descentralización del gobierno de Miguel de la Madrid —como relaté en la primera sección— se interrumpió por diversos motivos, pero, ¿cuáles eran las deudas de la descentralización? Mercedes Juan, Secretaria Permanente del Consejo Nacional de Salud, señala que para consolidar la descentralización era necesario, todavía, integrar orgánica y operativamente los servicios de salud en diecisiete estados, pero también impulsar vigorosamente la transferencia de facultades jurídicas, programáticas y, sobre todo, de recursos a los catorce estados ya descentralizados.⁶⁷

En esta sección, que revisa la descentralización actual, se destacarán los propósitos y objetivos federales, los preparativos del proceso —coordinados por el Consejo Nacional de Salud— y la distribución de competencias, también se incluye una guía de las acciones que han puesto en marcha el proceso de descentralización en cada estado. Con la intención de mostrar que, en el marco del Nuevo Federalismo, el actual proceso descentralizador está consolidando el de los ochenta, pues coinciden en medios y propósitos: ceder a los estados la operación de los

⁶⁶ Art. cit., p. 365.

⁶⁷ “El Consejo Nacional de Salud”, en *Federalización*, p. 23.

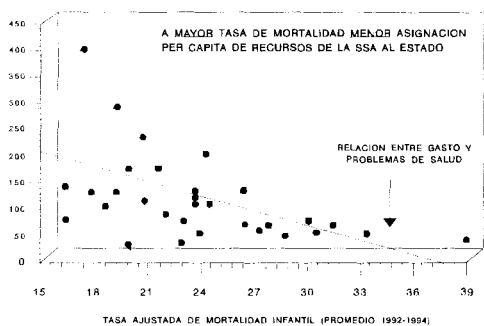
servicios para hacerla más eficiente y fortalecer el papel de la Secretaría como coordinadora del Sistema Nacional de Salud.

La descentralización de los servicios de la Secretaría de Salud y del programa IMSS-Solidaridad —según el Programa de Reforma del Sector Salud— no sólo evitará que persistan sistemas paralelos para atender a la población; sino que además, permitirá gastar con más eficiencia el presupuesto federal en salud, pues ahora se considerarán indicadores de mortalidad y marginación para asignar el presupuesto de salud de cada estado.⁶⁸

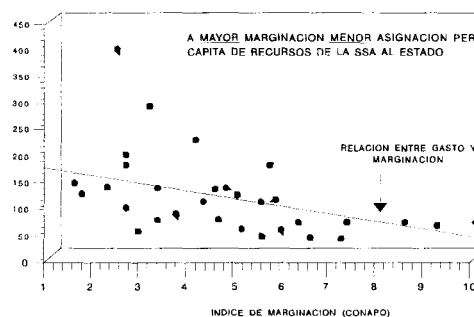
Al analizar la distribución presupuestal, por lo menos desde 1992, se observa que los estados con mayores ingresos propios y menor peso de enfermedad⁶⁹ obtienen paradójicamente un mayor presupuesto federal per capita que los estados de menores ingresos y un peso de enfermedad mayor.

CUADRO 2

RELACION PRESUPUESTAL FEDERAL PER CAPITA EN SALUD Y TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR ESTADO



RELACION PRESUPUESTAL FEDERAL PER CAPITA EN SALUD Y NIVEL DE MARGINACION POR ESTADO



Fuente: Poder Ejecutivo Federal, *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*, México, 1995, p. 52

La administración actual se propone corregir la ineficiencia de la asignación presupuestal, al orientar los recursos hacia donde puedan traducirse en más salud y bienestar para más mexicanos, pero también la falta de equidad, al asignar mayores

⁶⁸ *Programa de Reforma*, p. ii

⁶⁹ Generalmente, las políticas sanitarias parten de identificar los problemas de salud más importantes, con base en el análisis de la mortalidad, la cual se ha usado tradicionalmente como el indicador para medir, en forma directa, las pérdidas de salud ocasionadas por las distintas enfermedades. Sin embargo, ninguno de los procedimientos basados en la mortalidad permite conocer con certeza las pérdidas de salud que se producen antes de llegar a la muerte. En realidad se ha asumido que la persona viva se mantiene “sana”, dejando de lado las pérdidas ocasionadas por las secuelas de enfermedades, o por el dolor y la discapacidad durante el padecimiento. En consecuencia, se han diseñado indicadores de “peso de enfermedad” que combinan las pérdidas de vida por muerte prematura —entendida como la diferencia entre la edad promedio de muerte y la esperanza de vida a esa edad en una sociedad con baja mortalidad— y la pérdida de vida saludable que resulta de las enfermedades. (Véase, Julio Frenk, *El peso de la enfermedad en México: un doble reto*, México, FUNSAUD, 1994. (Economía y Salud, 3)).

recursos donde el peso de la enfermedad es mayor y hacia donde la capacidad propia de sufragar estos gastos es menor. En consecuencia —trata de aclarar el Programa— deberá buscarse un mecanismo para que los recursos federales se asignen a las entidades federativas en función directa del peso de la enfermedad y en función inversa de la capacidad de cada una de hacer frente a estos gastos con recursos propios.⁷⁰ ¿Qué criterios concretos se emplearán?, ¿qué peso tendrá cada uno?, ¿se diseñará una fórmula de asignación?..

El Programa identifica cuatro problemas que la descentralización combatirá: baja eficiencia en las decisiones respecto de hacia dónde deben orientarse los recursos, definición poco precisa de responsabilidades, burocratismo que entorpece las acciones y los procesos e, inercia en las decisiones de asignación del gasto entre los estados. En realidad, la política descentralizadora de los noventa no sólo pretende combatir estos problemas, sino sobre todo mejorar la coordinación sectorial, es decir fortalecer aún más la capacidad normativa de la Secretaría de Salud.⁷¹ La preeminencia de las políticas nacionales no se disimula, de hecho, la autonomía de los servicios estatales se limitará a los estrechos márgenes que dejen libres los programas prioritarios nacionales:

Esta descentralización no implicará en medida alguna la desaparición de objetivos y estrategias nacionales en materia de salud, pero sí una nueva forma de relación entre las autoridades federales y las entidades federativas para el establecimiento de las metas y la consecución de los objetivos. De esta forma, los estados contarán con un mayor margen de acción y autodeterminación que les permitirá cumplir con sus propios medios los objetivos nacionales fundamentales *y determinar el destino de los recursos excedentes una vez alcanzados estos objetivos.*⁷²

Además, el Subsecretario de Planeación de la Secretaría de Salud hasta principios de este año, Javier Bonilla, afirmaba que el propósito final era convertir, definitivamente, a la SSA en la idea rectora que coordinara y normara las actividades de los servicios estatales, las instituciones de seguridad social y la medicina privada:

Las reformas al IMSS y la descentralización de la Secretaría de Salud implican que a mediano plazo el Seguro Social será el principal operador público de servicios médicos en el nivel nacional, porque la SSA dejará de brindar atención y *su papel se*

⁷⁰ Programa de Reforma, p. 53.

⁷¹ Tanto la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (art. 39º, frac. VI) como la Ley General de Salud (art. 7º) disponen que la coordinación del Sistema Nacional estará a cargo de la Secretaría de Salud, sin embargo, hasta la fecha persisten los problemas de falta de coordinación entre la Secretaría y la Seguridad Social, sobre todo.

⁷² Programa de Reforma, p. 17. Las cursivas son mías.

*concentrará en la regulación de las actividades para vigilar y atender la salud de los mexicanos.*⁷³

En realidad, y como Myriam Cardozo ya lo afirmaba,⁷⁴ los estados no buscaron la descentralización de los servicios, ni en los ochenta, ni con el Gobierno de Zedillo. Los temores estatales se concentraban alrededor de la falta de recursos, en un artículo periodístico, un funcionario de la Secretaría de Salud declaraba:

No todos los estados tienen la capacidad monetaria para hacerse cargo del servicio, además, los gobernadores temen exponerse a las fallas de la descentralización del sistema educativo, particularmente, a sufragar gastos que ahora no tienen que pagar.⁷⁵

Consejo Nacional de Salud

El Consejo Nacional de Salud, principal vínculo entre la SSA y los servicios estatales de salud, se creó en 1986 con el propósito de reunir a los Jefes de los Servicios de Salud Estatales⁷⁶ para apoyar el cumplimiento del Programa Nacional de Salud.⁷⁷ En 1995, pensando en la descentralización de los servicios, se precisó tanto la integración como las funciones del Consejo y de su Secretariado Permanente.

El Consejo se integra con: el Secretario de Salud, quien lo preside, los 32 Jefes de los Servicios de Salud de los gobiernos estatales y del Distrito Federal, además en sus reuniones participan permanentemente los Subsecretarios, el Oficial Mayor y el Director General de Asuntos Jurídicos de la SSA, para que colaboren en la definición y apoyen las acciones determinadas por el Consejo.⁷⁸

Las actividades centrales del Consejo Nacional son: (1) consolidar el Sistema Nacional y apoyar los Sistema Estatales de Salud, (2) consolidar el proceso de descentralización de los servicios de salud para población abierta, (3) unificar criterios para el cumplimiento correcto de los programas de salud pública y evaluarlos, (4) fomentar la cooperación técnica y logística entre los servicios

⁷³ Roberto Garduño, "Al IMSS la mayoría del servicio público de salud", *La Jornada*, México D. F., 11 de diciembre 1995. Las cursivas son mías.

⁷⁴ M. Cardozo, art. cit., *passim*.

⁷⁵ Dulce Ruiz de Chávez, "Un proyecto resucitado", *Reforma*, México D. F., 6 de marzo 1996, p. 13A.

⁷⁶ Incluye a Jefes de los Servicios Coordinados, en los estados donde no se ha descentralizado; a los Secretarios de Salud Estatales y a los Directores Generales de los organismos públicos descentralizados que operan los servicios de salud para población abierta.

⁷⁷ "Acuerdo sobre la integración del Consejo Nacional de Salud", *Diario Oficial de la Federación*, 25 de marzo 1986.

⁷⁸ A estos últimos también se les denomina Comité Asesor del Consejo Nacional de Salud. (Mercedes Juan, art. cit., p. 24).

estatales de salud en toda el país, además de (5) estudiar y proponer esquemas de financiamiento complementario para la atención de la salud.⁷⁹ De esta manera, el Consejo Nacional de Salud se ha convertido plenamente en un instrumento de coordinación intergubernamental.

El papel protagónico del Consejo Nacional en la política de descentralización de los noventa se deriva de que se ha convertido, legalmente y en la práctica, “en la instancia permanente de coordinación de las autoridades de salud de la federación, las entidades federativas y el Distrito Federal para la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud en toda la República”.⁸⁰

Prepararse para descentralizar

Después de la mención presidencial durante el I Informe de Gobierno (1 de septiembre de 1995), la descentralización se ausentó de los discursos oficiales y casi totalmente de las notas periodísticas hasta el 6 de marzo de 1996, cuando se presentó el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Aunque los propósitos de la política aparecían más detallados en el Programa, como se comentó en líneas previas, todavía no se anunciaron fechas de inicio del proceso, el silencio se prolongó hasta el 20 de agosto de 1996 cuando se firmó el Acuerdo Nacional, en esta sección se describe con cierto detalle qué sucedió en este período de casi un año.

En las reuniones del Consejo Nacional de Salud, la Secretaría y los Servicios Estatales siguieron preparando con sumo cuidado el proceso. Las reuniones del Pleno iniciaron en enero de 1995, se trataba sobre todo de evitar los problemas que habían interrumpido la descentralización de la salud de la década de los ochenta y los que obstaculizan la federalización educativa.

Es necesario señalar que la importancia de la descentralización para los miembros del Consejo Nacional se deriva no sólo de la necesidad de convertir a la Secretaría en el órgano rector del SNS, sino también de que otros programas vitales del sector salud dependen, en gran medida, de la formación exitosa y la operación relativamente autónoma de sistemas estatales de salud. Entre estos programas se encuentran:

➤ Ampliación de la cobertura

Se pretende proporcionar servicios de salud a aproximadamente diez millones de mexicanos que no los reciben regularmente, por medio de un paquete básico de

⁷⁹ “Acuerdo que establece la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud”, *Diario Oficial de la Federación*, 27 de enero 1995.

⁸⁰ *Loc. cit.*

servicios de salud.⁸¹ Este programa se vincula directamente con la descentralización porque los servicios estatales serán los encargados de aplicar el paquete, en coordinación con las autoridades municipales y los comités de salud.

➤ Programa emergente de atención a los grupos más vulnerables

Se propone aliviar el rezago en materia de atención a la salud sobre todo en poblaciones campesinas e indígenas. En 1996 ya habían iniciado los siguientes programas: Sierra Tarahumara; grupos indígenas de Nayarit, Hidalgo y Puebla; Programa Integral de Salud para el Estado de Chiapas y Programa Emergente de Salud en la Sierra Gorda de Querétaro.

➤ Programa Municipio Saludable

Este programa, estrechamente vinculado con la descentralización y la ampliación de cobertura, asume que el municipio es el lugar ideal para desarrollar, con la participación activa de la población, políticas de fomento y promoción de la salud como: dotación de agua potable, construcción de letrinas y alcantarillado, recolección de basura, control de la fauna nociva y manejo adecuado de desechos residuales.

Como coordinador del proceso de descentralización, el Consejo Nacional de Salud organizó cinco comisiones de trabajo con el propósito de atender temas prioritarios y facilitar la realización de los trabajos preparativos del proceso. Las comisiones se integraron con los titulares de salud de seis o siete entidades — quienes asumen la presidencia de manera rotatoria, por períodos determinados— y un asesor del Secretariado Permanente del Consejo. También participaron en las comisiones los subsecretarios y los directores generales de la SSA, se recibió, además, el apoyo de grupos técnicos formados por funcionarios de los servicios de salud estatales.

En el cuadro 3, presento un resumen de los objetivos y trabajos de las comisiones, después se examinarán con más detenimiento los diagnósticos y propuestas que elaboró el CNS, con especial atención a aquéllos vinculados con la

⁸¹ El paquete se diseñó tomando en cuenta los riesgos y daños a la salud y pretende no sólo ampliar la cobertura, sino también lograr la operación horizontal de los programas. El paquete se integra con doce intervenciones: (1) Saneamiento básico a nivel familiar. (2) Manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar. (3) Tratamientos antiparasitarios a las familias. (4) Identificación de signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas y referencia a unidades de atención médica. (5) Prevención y control de tuberculosis pulmonar. (6) Prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitus. (7) Inmunizaciones. (8) Vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño. (9) Otorgamiento de métodos anticonceptivos. (10) Atención prenatal, parto y puerperio. (11) Otorgamiento de primeros auxilios. (12) Formación de comités de salud

planeación-programación y, con la administración de recursos humanos, materiales y financieros.

CUADRO 3
Consejo Nacional de Salud
Preparación de La Descentralización de los Servicios de Salud

ÁREAS PROGRAMÁTICAS DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A POBLACIÓN ABIERTA	ESTADOS PARTICIPANTES	OBJETIVO	AVANCES LOGRADOS HASTA AGOSTO DE 1995
Ampliación de cobertura de los servicios de salud a población abierta	Chiapas, Campeche, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán	Lograr la cobertura universal.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Diagnóstico de la situación de cobertura. ◆ Diagnóstico nacional sobre la utilización de la capacidad instalada. ◆ Paquete básico de servicios de salud.
Mejoría continua de la calidad de los servicios de salud a población abierta para su descentralización	Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo, México, Morelos, Puebla y Tlaxcala	Garantizar la calidad de los servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Programa de mejora continua de la calidad de los servicios de salud para población abierta. ◆ Subsistema de información sobre calidad de la atención.
Vinculación entre la jurisdicción sanitaria ⁸² y los municipios para la descentralización	Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán y Querétaro	Reorganizar y fortalecer las jurisdicciones sanitarias.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Análisis de las condiciones de desarrollo de los municipios y de la capacidad técnico-administrativa de las jurisdicciones sanitarias. ◆ Criterios para la reorganización jurisdiccional y medidas para el fortalecimiento de las jurisdicciones sanitarias
Fortalecimiento de los recursos humanos para la descentralización	Coahuila, Durango, Nuevo León, Zacatecas, San Luis Potosí y Tamaulipas	Preparar a los servicios estatales para administrar los recursos humanos; formarlos; capacitarlos y desarrollarlos.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Diagnóstico situacional de los recursos humanos en el primer nivel de atención y propuesta de reordenamiento.
Fortalecimiento de los recursos financieros, materiales y de obra física para la descentralización	Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Nayarit, Sinaloa y Sonora	Preparar a los servicios estatales para manejar los rubros relacionados con recursos materiales y financieros.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Programa de actividades de actualización, capacitación y formación del personal encargado de la infraestructura física. ◆ Programa de actualización de los planes estatales maestros de infraestructura física en salud para población abierta.

Fuente: Elaborado por la autora con datos de Mercedes Juan, "El Consejo Nacional de Salud", en Consejo Nacional de Salud, *Hacia la Federalización de la Salud en México*, México, Secretaría de Salud, 1995, pp. 23-31.

⁸² "Unidad técnico administrativa desconcentrada por territorio que depende del nivel estatal y funge como enlace con el nivel aplicativo; es el órgano responsable de planear, coordinar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de atención médica a población abierta y de salud pública, así como desarrollar actos de regulación, control y fomento sanitarios en el área geográfica de su responsabilidad". (Secretaría de Salud, *Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta 1995*, México, Secretaría de Salud, 1995, pp. 42 s.). (En adelante: *MASPA*)).

1. Diagnósticos

En las breves secciones dedicadas a los diagnósticos y propuestas, no se revisan todos los trabajos que elaboró el Consejo Nacional de Salud, sino sólo los más útiles e interesantes para acercarse a las experiencias de Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí.

> Cobertura

Del total nacional de población abierta tienen acceso geográfico⁸³ a los servicios de salud 52 millones de habitantes (87.7%), los restantes 7.2 millones (12.3%) no pueden utilizar los servicios básicos de salud. Sin embargo, de la población que reside en el área de influencia de las unidades (acceso geográfico), una tercera parte no está cubierta funcionalmente, es decir el personal médico de estas unidades no puede atenderla.

El problema de cobertura, como podía preverse, es más agudo en las zonas rurales. De la población sin acceso a servicios de salud, poco más de la mitad (52.8%) reside en localidades rurales dispersas de menos de 2500 hab., la quinta parte (18%) en áreas rurales concentradas (entre 2500 y 14999 hab.) y el resto (29.2%) en las áreas marginadas de las ciudades mayores de 15000 hab.⁸⁴ El círculo vicioso pobreza, falta de educación, falta de servicios médicos sigue siendo apabullante.

> Recursos materiales

El Diagnóstico nacional sobre la utilización de la capacidad instalada se elaboró con el propósito de explorar la subutilización de las unidades de la red de servicios de la Secretaría de Salud. Se aplicó una encuesta con tres cédulas a los 32 servicios estatales de salud entre el 13 de marzo y el 21 de abril de 1995. Se exploraron:

1) Unidades de primer nivel fuera de operación.

Los resultados revelaron que 256 unidades (3.5% del total nacional) no operaban, predominaron las unidades auxiliares de salud. En las cédulas, se registraron con mayor frecuencia las siguientes causas: falta de personal (95% de los casos), falta de equipo (40%) y deterioro de la planta física (20%). De acuerdo a la cobertura que el MASPAs asigna a estas unidades, al estar cerradas se deja de atender a 1.2 millones de personas.

2) Hospitales con 50% o menos de ocupación.

⁸³ Se considera que los pacientes tienen acceso geográfico si residen en localidades ubicadas a un tiempo de traslado no mayor a una hora en el medio rural y a treinta minutos en el medio urbano. (Comisión 1 del CNS, "Diagnóstico Nacional de Cobertura", en *Federalización*, p. 107).

⁸⁴ *Ibid.*, p. 111

En este apartado se incluyeron tanto los hospitales de segundo nivel, como los centros de salud con hospital, de los cuales 23% registran una ocupación hospitalaria menor a 50%. Las causas registradas en el diagnóstico son muy preocupantes: falta de personal, baja demanda, falta de equipo, abasto insuficiente y deterioro de la estructura física.

3) Equipo médico sin utilizar.

Se detectó que las principales causas para no utilizar el equipo fueron la descompostura y la falta de instalación, lo cual revela una pobre cultura de conservación y mantenimiento.⁸⁵

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud II (1994), como los resultados del diagnóstico sobre capacidad instalada, también revelaron que aún hay mucho por hacer en la administración de los servicios de salud. Casi 20% de los usuarios de los servicios consideraron que la calidad de la atención es mala, así 10.8% afirmaron no estar dispuestos a regresar a la institución que les prestó servicio en la última ocasión. En particular, los usuarios de los servicios de la SSA dijeron que las razones más importantes eran: falta de suministros de medicamentos y material (20.7%), falta de efectividad de los medicamentos recetados (19.5%) y maltrato a los usuarios (16.3%).⁸⁶

2. Las propuestas

Tanto los diagnósticos como las propuestas del Consejo Nacional de Salud se elaboraron como fase inicial de los apoyos federales para que los servicios estatales recibieran los recursos descentralizados; no obstante, también resultaron útiles para involucrar a los estados en otros programas básicos del SNS: ampliación de cobertura, atención a grupos vulnerables y municipio saludable.

> Actualización de los PEMISPA

Entre 1991 y 1992, cada estado elaboró su Programa Maestro de Infraestructura (PEMISPA) con el propósito de orientar el crecimiento de la infraestructura de los servicios de salud y de regular los programas de conservación y mantenimiento de las unidades y el equipo.

Los PEMISPA contienen información muy valiosa, pues no sólo evaluaron el estado físico de la infraestructura en salud existente, sino también identificaron las tendencias en la demanda de servicios de la población abierta. Con la consolidación

⁸⁵ Comisión 1 del CNS, "Situación actual de las unidades de primer nivel y hospitales con problemas para su operación. Propuesta para su plena utilización", en *Federalización*, pp. 93-103.

⁸⁶ Miguel Ángel Lezama, "Sistema de información sobre calidad de la atención de los servicios de salud", en *Federalización*, pp. 54 s.

de la descentralización se decidió actualizar los Programas en todas las entidades, para convertirlos en elementos básicos para elaborar los Programas Estatales de Salud.⁸⁷ En cada estado, el PEMISPA permitirá tomar decisiones en materia de inversión y aclarará el proceso de ampliación de cobertura de los servicios.

> Fortalecimiento de las jurisdicciones sanitarias

El Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta⁸⁸ subraya que la operación de los servicios de salud es responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria, la cual recibirá recursos para realizar acciones integrales de salud pública, atención médica y regulación sanitaria.

¿Qué son las jurisdicciones sanitarias? Las jurisdicciones son unidades técnico administrativas desconcentradas de los servicios de salud estatales, que cubren una extensión territorial determinada de acuerdo a Norma Oficial Mexicana, la cual considera factores demográficos, geográficos, socioeconómicos y epidemiológicos.⁸⁹ Las jurisdicciones se organizan para conducir y controlar la prestación de servicios de salud a población abierta; además, forman una red de servicios, que facilita el sistema de referencia,⁹⁰ pues establecen relaciones de coordinación con los centros de salud y de vinculación con las unidades hospitalarias de sus áreas de influencia. Cuando en su área no existen unidades médicas de segundo nivel, se coordinan con unidades de este tipo de otra jurisdicción.⁹¹

En 1994, gracias a una encuesta diseñada para conocer la capacidad técnico-administrativa de las jurisdicciones, se detectaron los siguientes problemas: (1) déficit de personal, (2) presupuesto jurisdiccional insuficientes, (3) deficiencia en niveles de estudio y salariales, (4) gestión estatal heterogénea, (5) capacidad

⁸⁷ Efrén Franco, "Programa de actualización de los Planes Estatales Maestros de Infraestructura Física en Salud", en *Federalización*, pp. 239-245.

⁸⁸ "El Modelo es el instrumento que norma y operacionaliza la prestación de los servicios en las unidades de la Secretaría de Salud en todo el país y es propositivo para las dependencias de los gobiernos estatales y municipales, así como para otras instituciones que presten servicios de salud a la población abierta". (MASPA, p. 2).

⁸⁹ Los criterios para definir las jurisdicciones sanitarias son: (1) coincidir con una subregión COPLADE, (2) contar con una población total en su área de entre 150 000 y 500 000 hab., (3) contar con una extensión territorial mínima de 7000 km², (4) tener entre 15 y 75 unidades de primer nivel por jurisdicción, (5) tener de 1 a 5 equipos zonales de supervisión, (6) cada equipo zonal debe tener bajo su responsabilidad 16 unidades de primer nivel. (Comisión 3, "Criterios para la reorganización jurisdiccional", en *Federalización*, p. 193).

⁹⁰ "Constituye un procedimiento de enlace y coordinación entre las unidades operativas de los tres niveles de atención que conforman la red de servicios de salud. Su objetivo principal es facilitar el envío de pacientes de una unidad operativa a otra de mayor complejidad o viceversa, conforme a la capacidad resolutoria de éstas, con el propósito de brindar a los usuarios atención médica integral y oportuna en las unidades que, conforme al padecimiento del paciente y la capacidad resolutoria de la unidad, resulten más convenientes". (MASPA, p. 29).

⁹¹ *Ibid.*, p. 18.

insuficiente, (6) supervisión insuficiente a unidades operativas y (6) coordinación sectorial e intersectorial heterogénea.

Como resultado de la implementación del nuevo MASPA, se ha fortalecido a las jurisdicciones al aumentar y precisar sus funciones. Las jurisdicciones organizarán, supervisarán y evaluarán la prestación de servicios a población abierta en su área (ahora, los hospitales de segundo nivel dependen directamente de las jurisdicciones); también instrumentarán y operarán el programa de regulación y fomento sanitario; además, servirán como primera instancia de atención al público, ya no sólo recibirán, sino también resolverán las quejas de los usuarios, desde luego, en su ámbito de competencia.⁹²

El fortalecimiento de las jurisdicciones se ha convertido en uno de los factores más valiosos del actual proceso de descentralización, pues participarán de los recursos y poder de decisión recién transferidos para detectar necesidades de salud local, formular respuestas y ponerlas en práctica. Ahora como órganos desconcentrados del OPD, encargado de los servicios estatales, se ocupan de muchas actividades vinculadas con el manejo de recursos humanos y materiales, de hecho, las oficinas centrales de la Secretaría de Salud de Guanajuato, por ejemplo, se han adelgazado para fortalecer las oficinas jurisdiccionales. Los funcionarios de las jurisdicciones están más cerca de los problemas de salud locales y, en consecuencia, son más sensibles para participar en la programación del gasto. En este último punto resulta muy llamativo el ejercicio de presupuestación elaborado en los Servicios de Salud de SLP y que se discutirá más adelante.

> Vinculación entre el municipio y las jurisdicciones

El Consejo Nacional considera que la participación municipal —en estrecho contacto con la jurisdicción sanitaria, para evitar costosas duplicidades— es indispensable en la prestación de servicios de salud, sobre todo relacionados con aspectos preventivos y de saneamiento básico. El Consejo, no obstante, reconoce la diversidad municipal y jurisdiccional, en consecuencia, considera inapropiado descentralizar simultáneamente un paquete idéntico de competencias hacia todos los municipios y jurisdicciones. De tal manera, se decidió elaborar un estudio para agrupar a los municipios en tres rangos de acuerdo a los siguientes indicadores:

1. Población total, porcentaje de la población rural y de aquélla sin acceso a servicios de salud
2. Índice de marginación de CONAPO
3. Médicos por 1000 habitantes
4. Mortalidad infantil
5. Presupuesto municipal per capita

⁹² Comisión 3 del CNS, art. cit., p. 193.

6. Servicios médicos municipales (administrados por el gobierno municipal)
7. Regidurías municipales de salud
8. COPLADEM: existencia y funcionamiento

La calificación máxima era de 100 puntos, equivalente a 100% de lo deseable, además la marginación y el COPLADEM son los indicadores con mayor peso (en conjunto suman 40 puntos).⁹³ El rango A se otorgó a municipios con calificación superior a 80, con la condición de que el COPLADEM existiera y funcionara. El rango B se subdividió en B₁ (entre 70 y 80 puntos con COPLADEM funcional) y B₂ (entre 50 y 69 puntos con COPLADEM funcional). El rango C se asignó al resto de los municipios.

Las jurisdicciones sanitarias se agruparon atendiendo a los siguientes criterios:

1. Número de municipios
2. Porcentaje de población abierta
3. Porcentaje de población sin acceso
4. Consultorios por 1000 habitantes
5. Médicos por 1000 habitantes
6. Enfermeras por 1000 habitantes
7. Capacidades técnicas
8. Estructura jurisdiccional

Los criterios también se ponderaron y se asignó a “capacidades técnicas” y “estructura jurisdiccional” las calificaciones más altas (juntos suman 40 puntos de los 100 totales). El rango A se asignó a las jurisdicciones con más de 70, el B a aquéllas con calificaciones entre 50 y 70 y, el C al resto.

El CNS propuso que los municipios y las jurisdicciones participaran conjuntamente en un menú básico de acciones que les permitiría vincular sus funciones directas e indirectas. La naturaleza y complejidad de las actividades de jurisdicciones y municipios (elaboración de diagnósticos, priorización de problemas, aplicación de reglamentos, responsabilidad sobre giros sanitarios, vacunación...) se definiría de acuerdo al rango que alcanzaron en el estudio, tanto el municipio como la jurisdicción.⁹⁴

Los diagnósticos y las propuestas del Consejo Nacional muestran que la política descentralizadora pretende consolidar servicios estatales de salud

⁹³ Para la descripción completa del estudio sobre la capacidad operativa y de respuesta de los municipios y jurisdicciones, véase Comisión 3 del CNS, “Estudio de desarrollo municipal y jurisdiccional a través de una metodología de estratificación”, en *Federalización*, pp. 165-172.

⁹⁴ Comisión 3 del CNS, “Menú básico de acciones para fortalecer la vinculación de la jurisdicción y el municipio”, en *Federalización*, pp. 173-178.

relativamente autónomos, mediante dos estrategias complementarias: (1) Flexibilizar la programación del gasto y, entregar a los servicios estatales la administración de los recursos humanos, materiales y financieros. (2) Capacitar administrativamente a los funcionarios de los servicios estatales para recibir las nuevas responsabilidades.

La primera se completa con la firma de los acuerdos específicos y con las asignaciones presupuestales de 1997 —hasta el momento de escribir estas líneas, 24 entidades habían firmado su Acuerdo. Más adelante se revisará con cuidado como se realizaron las transferencias de recursos a los servicios estatales.

La segunda estrategia se encuentra en sus primeras fases, ya se han elaborado diagnósticos y evaluaciones sobre las capacidades operativas y administrativas de los servicios estatales, pero los apoyos federales para acondicionar administrativamente (por ejemplo, completar los faltantes de personal que se detectaron en el Diagnóstico sobre recursos humanos⁹⁵) aún no aparecen. Sin embargo, San Luis Potosí —que ya firmó su Acuerdo específico— se ha preparado, por su cuenta, para recibir las nuevas cargas administrativas, por ejemplo, han automatizado las áreas de elaboración y pago de nómina, contratación de obra pública y servicios relacionados, además intentan que las jurisdicciones participen en la programación del gasto.⁹⁶

Inicia la descentralización

Finalmente, después de los preparativos del CNS, el 20 de agosto de 1996, se inició el proceso con la firma del *Acuerdo Nacional para la descentralización de los servicios de salud*. En el *Acuerdo*, el Gobierno federal, los gobiernos de cada entidad federativa y el Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud se comprometieron a consolidar la descentralización de los ochenta con la transferencia de responsabilidades, decisiones y, recursos humanos, financieros y materiales. Es necesario señalar que, después del silencio de los preparativos, la descentralización había sufrido un cambio muy importante: ya no se incluían las unidades del Programa IMSS-Solidaridad, el cual atiende a aproximadamente 10.5 millones de personas;⁹⁷ y se había convertido —como he descrito— en uno de los obstáculos más importantes para la descentralización de los ochenta.

⁹⁵ En Aguascalientes, según las normas federales, faltan 397 plazas para completar las plantillas de unidades operativas y regulación sanitaria, (Dirección Administrativa del ISEA). En Aguascalientes y Guanajuato se manifestó que completar las plantillas operativas es una de las necesidades más apremiantes para los servicios de salud estatales (Entrevistas con el Secretario de Salud de Guanajuato, Carlos Tena, Guanajuato, 17 de diciembre 1996 y con el Director General del ISEA, José F. Esparza, Aguascalientes, 4 de febrero 1997).

⁹⁶ Entrevistas con la Directora General de SSSLP, Sofía Dauajare, San Luis Potosí, 20 y 21 de febrero 1997.

⁹⁷ Comisión 1 del CNS, “Diagnóstico de cobertura”, en *Federalización*, p. 108.

En realidad, la consolidación de la descentralización pretende que los estados asuman cabalmente las competencias que les otorgó, desde 1983, el artículo 13° de la Ley General de Salud y que se mencionaron brevemente en la primera sección del documento. A continuación se detallan las competencias federales, estatales y aquellas áreas donde se contempla la coordinación entre los gobiernos nacional y subnacionales.

> Competencias del Gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud.

Estas competencias se incluyen en una lista compacta en el *Acuerdo Nacional para la descentralización*, en la Ley General de Salud aparecen divididas como competencias del gobierno federal (art. 3°: núm. 5) y de la Secretaría de Salud como coordinadora del Sistema Nacional de Salud (art. 7°: núm. 1, 2 y 4)

1. Asegurar que la política sanitaria nacional responda con eficacia a las prioridades locales y nacionales, lo cual fortalecerá tanto al Sistema Nacional de Salud como a los Sistemas Estatales.
2. Revisar la normatividad sanitaria y proponer las modificaciones legislativas y reglamentarias necesarias.
3. Evaluar la prestación de los servicios con el propósito de *corregir desviaciones, revisar metas, reorientar acciones y mejorar el uso de los recursos*.
4. Establecer mecanismos más eficientes de coordinación con otras dependencias en la atención de problemas de salud.
5. Fortalecer el control sanitario, sobre todo en los procesos de importación y exportación de medicamentos, estupefacientes, sustancias psicotrópicas, plaguicidas, fertilizantes, fuentes de radiación, sustancias tóxicas o peligrosas, además de mantener actualizada a la Farmacopea⁹⁸ del país.

De esta lista, la tercera competencia federal, tomada del Acuerdo Nacional e inexistente en la Ley General, llama poderosamente la atención. ¿La SSA se reserva el derecho de evaluar la prestación de los servicios para corregir desviaciones, reorientar acciones y mejorar el uso de los recursos? No se aclara, si la Secretaría recomendará, sugerirá o impondrá, y con cuáles criterios, la manera en que se mejorará el uso de estos recursos, incluidos, desde luego, los financieros.

El Acuerdo Nacional también establece que la autoridad sanitaria federal, es decir la Secretaría, destinará mayores recursos a aquellas regiones con núcleos de población más vulnerables y carencias más acusadas. En cuanto a la política compensatoria vinculada con la descentralización, la Secretaría ha anunciado el empleo de una fórmula que considera el gasto en salud per capita recomendado por el Banco Mundial, la tasa de mortalidad infantil y el índice de marginación de

⁹⁸ "Catálogo que trata de las sustancias medicinales más comunes y del modo de prepararlas y combinarlas". (*Diccionario Enciclopédico Salvat*, Barcelona, Salvat, 1985, s.v.).

CONAPO para realizar las asignaciones presupuestales, sin embargo, los compromisos salariales y los gastos de operación han impedido que los recursos se distribuyan atendiendo a los resultados de la fórmula,⁹⁹ en consecuencia el presupuesto asignado sigue respondiendo, principalmente, a las inercias derivadas de la falta de coordinación, que favoreció el crecimiento desordenado del sistema. La Secretaría planea asociar también las asignaciones presupuestales con criterios de eficiencia; sin embargo, reconoce que problemas técnicos y de información lo impiden en el mediano y corto plazo. ¿Cuáles han sido las reacciones de los funcionarios estatales?, ¿consideran que la fórmula propuesta será un mecanismo de asignación equitativo?, ¿han propuesto otras alternativas?

➤ Competencias de los gobiernos estatales

1. Organizar y operar, entre otros, los servicios de atención médica, materno-infantil, planificación familiar y salud mental.
2. La orientación y vigilancia en materia de nutrición.
3. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre.
4. La salud ocupacional y el saneamiento básico.
5. La prevención y el control de enfermedades transmisibles (por ejemplo: difteria, poliomielitis, SIDA, tosferina, tuberculosis).
6. La prevención y el control de enfermedades no transmisibles (por ejemplo: enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes, padecimientos oncológicos como la leucemia o los tumores y malformaciones congénitas como el Síndrome de Down) y accidentes.
7. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los discapacitados.
8. El programa contra el alcoholismo, el tabaquismo y las adicciones.
9. Los programas de asistencia social.

➤ Áreas de coordinación entre los gobiernos federal y estatales.

La Ley General de Salud, en su artículo 18º, recomienda a la SSA que celebre acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas principalmente en las siguientes áreas:

1. El control sanitario de productos y servicios, su importación y exportación.
2. El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios.
3. El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.
4. La prevención del consumo de drogas ilegales.

⁹⁹ Secretaría de Salud, *Descentralización de los Servicios de Salud. Manual de lineamientos generales 1996. Anexos*, México, Secretaría de Salud, 1996, anexo 5.

5. La sanidad internacional.

A continuación se presenta una guía general sobre los pasos que se han seguido para consolidar la descentralización de los servicios de salud en los noventa. La descentralización se ha implementado de la siguiente manera:¹⁰⁰

1. El gobierno federal, por medio de la Secretaría de Salud, mantiene las funciones de normatividad, coordinación, planeación y evaluación.
2. El gobierno estatal firma un acuerdo de descentralización específico con la federación y crea un organismo público descentralizado para formar su sistema estatal de salud.
3. La transferencia de recursos financieros federales se efectúa mediante un ramo especial, etiquetada al organismo público descentralizado, a través de la Secretaría de Finanzas del estado.
4. El organismo público descentralizado se hace cargo del manejo de los recursos materiales y de la operación directa de las unidades médicas.
5. El gobierno estatal se compromete a mantener su participación actual en el financiamiento de los servicios de salud y a incrementarla en la medida de sus posibilidades.
6. En materia laboral, el organismo público descentralizado estatal se convierte en el titular de la relación de trabajo con los empleados federales transferidos y con los de los servicios estatales. Se respetan los derechos, las prestaciones, prerrogativas y beneficios contenidos en las condiciones generales de trabajo federales y en los actuales acuerdos económicos en los términos de la legislación vigente. El gobierno federal cubrirá el diferencial existente entre los salarios de los trabajadores federales y estatales.
7. No obstante, la Secretaría de Salud tratará exclusivamente con la Representación Nacional del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud los asuntos laborales de naturaleza colectiva vinculados con los trabajadores federales transferidos.¹⁰¹

¹⁰⁰ El proceso se describe con base en el trabajo de campo del equipo del CIDE en los estados de Aguascalientes, Guanajuato, Jalisco, Nayarit y San Luis Potosí (diciembre de 1996 – mayo de 1997) y, en Ernesto Zedillo, “Palabras del Presidente de la República, durante la firma de Acuerdos y Convenios para la descentralización de los servicios de salud”, *El Nacional*, México D. F., 21 de agosto 1996.

¹⁰¹ Secretaría de Salud y Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, “Condiciones Generales de Trabajo”, en *Compilación de la Normatividad Laboral de la Secretaría de Salud 1994-1997*, México, SSA-SNTSSA, 1994, art. 239°.

CUADRO 4
DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS
DE SALUD EN MÉXICO, 1996-1997
Creación de organismos públicos descentralizados

Firma del Acuerdo Nacional	20 agosto 1996
Nayarit	31 agosto 1996
Campeche	9 septiembre 1996
San Luis Potosí	11 septiembre 1996
Michoacán	23 septiembre 1996
Oaxaca	23 septiembre 1996
Durango	26 septiembre 1996
Baja California Sur	10 octubre 1996
Estado de México	15 de octubre 1996
Quintana Roo	18 octubre 1996
Sinaloa	23 octubre 1996
Colima	26 octubre 1996
Puebla	4 noviembre 1996
Tlaxcala	5 noviembre 1996
Hidalgo	18 noviembre 1996
Guanajuato	22 noviembre 1996
Morelos	27 noviembre 1996
Querétaro	28 noviembre 1996
Coahuila	29 noviembre 1996
Chiapas	4 diciembre 1996
Zacatecas	4 diciembre 1996
Yucatán	13 diciembre 1996
Nuevo León	18 diciembre 1996
Guerrero	21 enero 1997
Jalisco	2 abril 1997

Fuente: Presidencia de la República, "Anexo de la Reunión de trabajo: Nuevo Federalismo", México, mayo 1997 en <http://www.presidencia.gob.mx/pub/publics/nvofed/anxssa.html>.

El componente presupuestal es esencial para el proceso de descentralización de los servicios de salud, pues como puede detectarse en el cuadro 5, el proceso de los ochenta tuvo efectos muy poco significativos en cuanto al control de los estados sobre los recursos financieros. Aún en los estrechos márgenes de libertad que se detectan en el cuadro, como la compra consolidada de medicamentos, muchos de los estados descentralizados en el decenio de los ochenta decidían participar con la SSA, porque, casi siempre, la compra conjunta abatía costos para los servicios estatales.

CUADRO 5
PRESUPUESTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD POR CAPÍTULO, 1995
(Millones de pesos corrientes)

CAPÍTULO O CONCEPTO	ESTADOS	ESTADOS NO
	DESCENTRALIZADOS	DESCENTRALIZADOS
1000 Servicios personales	1200.3	1127.1
2000 Medicamentos, materiales y suministros	248.5	157.1
2500 Medicamentos. Compra consolidada obligada	0.0	149.0
3000 Servicios generales	128.0	188.3
3500 Conservación y mantenimiento*	39.4	
4100 Transferencias	35.9	19.8
5000 Bienes muebles e inmuebles*	50.6	
6000 Obra pública*	215.4	
SUBTOTAL	1612.7	1641.3
Promedio de rubros compartidos**	150.0	150.0
Gran total	1765.4	1791.3
Los estados controlaban	23.4 %	20.4 %

Los rubros sombreados representan los recursos líquidos que se transfirieron a los estados.

* Renglones compartidos; no se sabe con exactitud cuánto gasta en cada grupo de estados (descentralizados y no descentralizados), porque una parte del presupuesto se gasta en administración central.

** Se considera que los rubros compartidos se distribuyen entre 2 (300 MP/2 = 150)

Fuente: Javier Bonilla, "Descentralización de la Secretaría de Salud", en *Federalización.*, pp. 64 s.

Después de la firma del *Acuerdo Nacional para la Descentralización*, existen dos tipos de asignación presupuestal: Primera, en los estados que hasta la fecha no se han incorporado al proceso, la Secretaría de Salud asigna el gasto por capítulos, conceptos y partidas. Segunda, en los estados que ya crearon su organismo público descentralizado y firmaron su acuerdo específico, en una primera fase, mientras se consolidan los mecanismos de evaluación y seguimiento, la Secretaría asigna el gasto por programas y subprogramas.

Más adelante, no se precisa en cuánto tiempo, las autoridades financieras de la SSA sólo dividirán entre 32 casillas los recursos que se gastan en las entidades. Como resultado, los estados y el Distrito Federal decidirán en qué capítulos, conceptos y partidas gastan los recursos para responder a las necesidades locales, siempre y cuando cumplan con las *acciones mínimas de salud*, es decir, los programas que se consideran ejes de la política sanitaria nacional.¹⁰²

Hasta el momento todavía hay muchas dudas en cuanto a la asignación presupuestal a los estados y los mecanismos futuros han despertado más preguntas.

¹⁰² Javier Bonilla, art. cit., p. 67.

Aun cuando, ya se han elaborado y empiezan a utilizarse indicadores de resultados¹⁰³ para evaluar las intervenciones de los Servicios Estatales de Salud, todavía no se aclara cuál será el peso de cada criterio para decidir el monto del presupuesto de cada estado. También hay otras fuentes de financiamiento importantes como las cuotas de recuperación que merecen una mención especial.

El MASP de 1995 sugería que el nivel estatal determinará la cantidad y forma en que se emplearían las cuotas de recuperación. También se proponía convertirlas en un incentivo para los trabajadores de la salud, de tal manera, las que se obtuvieran en las unidades menos complejas se utilizarían en la propia unidad para la conservación y el mantenimiento de equipo e infraestructura y en algunos casos, para pagar estímulos al personal.¹⁰⁴

Cuando se preparaba el proceso de descentralización, el Patrimonio de la Beneficencia Pública¹⁰⁵ presentó otra propuesta complementaria muy interesante: que los estados descentralizados apliquen directamente a sus programas 85% del total de cuotas, destinen 10% a la constitución de beneficencias públicas estatales y el restante 5% lo envíen al Patrimonio Federal de la Beneficencia Pública.¹⁰⁶ ¿Cómo reaccionaron los estados ante estas propuestas?, ¿cómo están gastando sus cuotas?, ¿son todavía una fuente de ingreso significativa?

Apoyos federales a la descentralización

El gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud, se comprometió a seguir cuidadosamente el proceso de descentralización en cada estado y a brindar, en concreto, los siguientes apoyos —parecen, todavía, una lista de buenos deseos:

➤ Programas de carácter sustantivo

La Secretaría se comprometió a apoyar a los organismos públicos descentralizados para consolidar y modernizar la infraestructura sanitaria existente, diseñar e

¹⁰³ El propósito de la Secretaría de Salud es atender menos a los indicadores de proceso y más a los de resultados, es decir concentrarse en los indicadores de salud, sin duda más difíciles de diseñar, calcular y actualizar. Así, en el futuro próximo, para evaluar la eficacia de las políticas se privilegiarán las acciones que se traduzcan en salud y no en contabilizar acciones o intervenciones independientes. (*Programa de Reforma*, p. 54).

¹⁰⁴ MASP, p. 34.

¹⁰⁵ El Patrimonio de la Beneficencia Pública se creó el siglo pasado con el propósito de ayudar directamente y en forma inmediata a los individuos más necesitados. Las fuentes de ingreso del Patrimonio son: presupuesto federal, 15 % de las cuotas de recuperación de los servicios estatales de salud y del D.F., además de los recursos obtenidos por vía de juicios sucesorios y legados. (Fernando Tovar y de Teresa, “La descentralización y la beneficencia pública”, en *Federalización*, pp. 263-265).

¹⁰⁶ Fernando Tovar y de Teresa, “Las cuotas de recuperación en el proceso de descentralización”, en *Federalización*, p. 267.

implementar nuevas estrategias de abasto y suministro de insumos de equipo médico, impulsar y desarrollar la enseñanza y la investigación, desregular y simplificar trámites federales en materia de control y regulación sanitaria, asesorar en la actualización de las cuotas de recuperación, cooperar en la elaboración de estudios o evaluaciones sobre la prestación de servicios en el medio rural, urbano y en las comunidades marginadas, generar indicadores de productividad y eficiencia, fortalecer acciones de medicina preventiva, educación y fomento a la salud.

> Programas para reforzar la operación estatal

La Secretaría cooperará con los organismos públicos descentralizados para regularizar inmuebles, activos y bienes muebles, dotará a las unidades médicas y administrativas con equipos y redes de cómputo, fortalecerá —aunque no dice cómo— las estructuras organizativas y ocupacionales, ayudará a los organismos para establecer convenios con instituciones educativas y de investigación, desarrollará acciones conjuntas en materia de actualización y asistencia técnica para el personal.

> Unidades de Descentralización Estatales (UDE)

Con apoyo técnico y financiero de la Secretaría de Salud y del Banco Mundial, en enero de 1996 se instalaron en todos los estados las UDE, con el propósito de actuar como enlace entre la SSA, los gobiernos y los servicios de salud estatales.¹⁰⁷

Las UDE se integraron, de acuerdo a las disposiciones de la Secretaría, con un director de área, un subdirector y un analista. La selección del personal se realizó mediante un concurso nacional, al revelarse los resultados, el Jefe de los Servicios Estatales propuso varios candidatos a la Secretaría, quien decidió en última instancia y procedió a la contratación.¹⁰⁸

La Secretaría de Salud estableció los lineamientos y directrices para las Unidades, sus actividades específicas más importantes han sido la elaboración de los diagnósticos de recursos humanos, materiales y financieros, que se convirtieron en la información básica que alimentó los Diagnósticos Nacionales y el diseño de la política de descentralización.

Aunque la descentralización está en proceso —y muchos de los apoyos se planearon no sólo para el corto, sino también para el largo plazo—, ¿se recibieron los apoyos?, ¿en qué medida? El propósito de la siguiente sección de este documento es comenzar a responder a las preguntas que se formularon en este apartado con los estudios de seguimiento de Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí.

No obstante, antes de examinar las experiencias de los estados seleccionados, es necesario señalar que la política descentralizadora de los noventa, como su

¹⁰⁷ Instituto de Salud de Aguascalientes, *Programa de Trabajo 1996*, Aguascalientes, 1995, p. 61.

¹⁰⁸ Entrevista con José F. Esparza (ISEA).

antecesora, se diseñó y se está implementando para definitivamente convertir a la Secretaría de Salud en la coordinadora de todo el sector, así, la descentralización — la cual libera a la Secretaría de sus funciones operativas— tenía que completarse para fortalecer las capacidades normativas y de control de la SSA. De cualquier modo, el proceso descentralizador de los noventa ha retomado el espíritu original de la iniciativa de los ochenta y ha transferido el control sobre bienes muebles e inmuebles, personal y presupuesto, aunque con candados muy aparentes y engorrosos, sobre todo para la administración de recursos humanos y el ejercicio del presupuesto. Aún con estos candados y limitaciones, los recursos y poder de decisión transferidos ponen a disposición de los servicios estatales de salud breves espacios de autonomía para detectar las necesidades sanitarias más apremiantes, formular respuestas y ponerlas en práctica. Como se anunció desde las primeras páginas de este documento, esta investigación se enfrenta a una política en proceso, en consecuencia, las reflexiones y conclusiones que se presentan tienen un carácter tentativo.

IV. Las experiencias de Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí

La Secretaría federal y los servicios estatales de salud prepararon cuidadosamente el proceso, sin embargo, muchos aspectos tuvieron que adaptarse a las necesidades y a las exigencias de los estados. La revisión de experiencias específicas permitirá comenzar a aclarar si hay nuevos márgenes de autonomía para los servicios estatales que les permitan responder con eficacia a las necesidades y prioridades locales.

Al examinar los casos de Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí en fases tan tempranas de la implementación de la política descentralizadora se pretende empezar a detectar los cambios de ritmo y particularidades del proceso en cada contexto, la pregunta final —que sólo responderán completamente estudios más detallados y en fases posteriores— sigue siendo: ¿la descentralización se traduce en más autonomía para los servicios estatales de salud?

¿Por qué se eligieron estos casos? El criterio central fue la modalidad de estructura administrativa que adoptaron en la descentralización de los ochenta, de tal manera se seleccionó a Aguascalientes (su sistema estatal de salud se organizó alrededor de un organismo público descentralizado del gobierno estatal, el ISEA), a Guanajuato (optó por la modalidad de Secretaría de Salud) y, finalmente, se incluyó a San Luis Potosí que no participó en el proceso de la década pasada (es decir, conservó los Servicios Coordinados). Sin embargo, también es pertinente reconocer que en la selección influyó, en buena medida, la disposición y las facilidades que ofrecieron los gobiernos estatales de los tres estados —en particular el Instituto de Salud de Aguascalientes, la Secretaría de Salud de Guanajuato y los Servicios de Salud de San Luis Potosí.

En este apartado me concentraré en describir los relativos márgenes de autonomía que se vislumbran para los Servicios de Salud Estatales en cada caso, aunque pueden encontrarse muchos indicios de estos espacios de autonomía, los más importantes para cumplir los propósitos de esta investigación —como ya se mencionó— se encuentran en: administración de recursos financieros, con énfasis en las fuentes alternativas de financiamiento; administración de recursos materiales, que inaugura la posibilidad de diseñar programas estatales de construcción, conservación y mantenimiento; además de libertad para implementar programas que respondan a las necesidades locales más apremiantes y no estén considerados en las estrategias nacionales de salud.¹⁰⁹

Los servicios de salud para población abierta en Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí

Aguascalientes y Guanajuato participaron en el proceso de descentralización de los ochenta —tanto en la fase de coordinación programática, como en la más avanzada de fusión orgánica— en consecuencia, en Aguascalientes, el Instituto de Salud es la única dependencia que presta servicios a la población abierta desde 1987 y en Guanajuato, hasta antes de la creación del OPD, la Secretaría Estatal de Salud se encargaba de la operación de todos los servicios para los no derechohabientes.

La historia de la descentralización de los servicios de salud en San Luis Potosí inició con este proceso, ya que no participó en la 2ª fase (integración orgánica) de la política del Presidente De la Madrid. La razón principal fue el tamaño de IMSS-COPLAMAR, pues a finales de los ochenta tenía el doble de unidades que Servicios Coordinados. Hasta la fecha, el gobierno de San Luis Potosí no cuenta con la capacidad económica, ni con el personal suficiente para operar los servicios de salud de IMSS-Solidaridad. La nueva política descentralizadora, en consecuencia, no contempla, por el momento, la fusión de los servicios de SCSLP con los del IMSS-Solidaridad, pues además de los problemas financieros, las condiciones laborales del personal de este Programa han cambiado y dificultan el proceso: mientras que a finales de los ochenta, la mayoría eran eventuales, actualmente, casi todos los trabajadores tienen base y pertenecen al Sindicato del Seguro Social.¹¹⁰

¹⁰⁹ Estos programas sin embargo —y como mencioné en la sección que revisa la política federal— sólo contarán con los recursos que resten después de cubrir los programas nacionales de la SSA.

¹¹⁰ Entrevistas con Sofia Dauajare (SSSLP).

CUADRO 6
POBLACIÓN USUARIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD, 1994

ESTADO	TOTAL	ABIERTA		DERECHOHABIENTE	
NACIONAL	61080879	28729218	47.0%	32351661	53.0%
AGUASCALIENTES	488847	154094	31.5%	334753	68.5%
GUANAJUATO	2118314	831975	39.3%	1286339	60.7%
SAN LUIS POTOSÍ	1699796	268710	15.8%	675180	39.7%

Nota: En San Luis Potosí no se incluyeron a 755 906 usuarios de IMSS-Solidaridad, 44.5% de los usuarios totales de los servicios de salud en el estado

Fuente: Elaborado por la autora con datos de Sistema Nacional de Salud, *Boletín de Información Estadística. Recursos y servicios 1994*, México, SSA, 1995.

CUADRO 7
PORCENTAJE DE HOGARES POR CONDICIÓN DE DERECHOHABIENCIA

estado	% de hogares sin derechohabientes	% de hogares con derechohabientes
nacional	48.44	51.53
aguascalientes	35.20	64.80
guanajuato	57.23	42.77
san luis potosí	54.52	45.48

Nota: Los hogares con derechohabientes son aquéllos donde por lo menos uno de sus miembros es derechohabiente al servicio médico

Fuente: Elaborado por la autora con datos de INEGI, *Conteo 95. Tabulados básicos*, México, INEGI, 1996.

CUADRO 8
SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACIÓN ABIERTA, 1994
POBLACIÓN, RECURSOS Y SERVICIOS ESTATALES COMO PORCENTAJE DEL TOTAL NACIONAL

Estado	% Población usuaria	% Trabajadores de la salud	% Unidades médicas	% Consultas externas
Aguascalientes	0.5	1.1	0.7	0.8
Guanajuato	3.0	2.4	3.6	3.3
San Luis Potosí*	0.9	0.8	1.1	1.4

* No se incluye la población, recursos, ni servicios del IMSS-Solidaridad

Fuente: Elaborado por la autora con datos de Sistema Nacional de Salud, *Boletín de información Estadística. Recursos y servicios 1994*, México, SSA, 1995.

CUADRO 9
SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACIÓN ABIERTA, 1994.

A. RECURSO HUMANOS PRESENTES EN CADA ESTADO COMO PORCENTAJE DEL TOTAL NACIONAL						
Estado	% Trabajadores de la salud	% Personal médico*	% Médicos generales	% Médicos especialistas	% Enfermeras	% Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
Aguascalientes	1.1	1.1	1.0	1.5	1.1	0.9
Guanajuato	2.4	2.9	4.7	2.0	2.8	1.9
San Luis Potosí	2.0	1.9	1.2	1.7	2.2	1.1

*En contacto directo con el paciente: incluye médicos generales, médicos especialistas, odontólogos, residentes y pasantes.

B. RECURSOS MATERIALES PRESENTES EN CADA ESTADO COMO PORCENTAJE DEL TOTAL NACIONAL						
Estado	% Unidades médicas	% Camas censables	% Consultorios	% Quirófanos	% Laboratorios para análisis clínicos	% Gabinetes de radiología
Aguascalientes	0.7	1.2	1.0	1.3	0.7	1.1
Guanajuato	3.6	2.7	2.1	2.6	2.5	3.1
San Luis Potosí	3.0	2.1	3.5	2.0	1.9	1.1

C. SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS EN CADA ESTADO COMO PORCENTAJE DEL TOTAL NACIONAL						
Estado	% Consultas externas	% Egresos hospitalarios	% Interv. quirúrgicas	% Aplicación de biológicos	% Estudios de laboratorio	% Estudios radiológicos
Aguascalientes	0.8	1.0	0.6	0.7	1.0	1.7
Guanajuato	3.3	3.3	2.9	6.4	1.4	1.9
San Luis Potosí	2.5	2.7	2.8	2.8	1.6	2.3

Fuente: Elaborado por la autora con datos de Sistema Nacional de Salud, Boletín de información estadística. Recursos y servicios 1994, México, SSA, 1995.

Creación de los organismos públicos descentralizados

Como mencioné en el apartado dedicado a la política federal, los OPD —con personalidad jurídica y patrimonio propio— se crearon para recibir de los gobiernos federal y estatal los recursos humanos, financieros y materiales que participan en la descentralización de los servicios de salud.

En Aguascalientes, este proceso se facilitará porque ya existe un organismo público descentralizado (Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes) encargado de los servicios de salud para población abierta, hasta el momento, no se ha firmado

el Acuerdo específico entre la SSA y el Gobierno de Aguascalientes. Las preocupaciones de la Secretaría de Salud federal se han concentrado, entonces, en el peligro de que el ISEA se sectorice bajo la Secretaría Estatal de Desarrollo Social, con el riesgo implícito de que el director general del Instituto pierda contacto directo con el gobernador del estado y no tenga la personalidad política suficiente para coordinar el Sistema Estatal de Salud. En consecuencia, ante la negativa estatal de crear una Secretaría de Salud para desempeñar estas funciones protocolarias,¹¹¹ se decidió modificar la Ley Orgánica de la Administración Pública Estatal para garantizar que el ISEA no se sectorizará y apoyar su posición como coordinador del Sistema Estatal.

Guanajuato también participó en el proceso de descentralización del gobierno de Miguel de la Madrid. En aquel momento decidió organizar su sistema alrededor de la Secretaría Estatal de Salud, sin embargo, los lineamientos federales para descentralizar en los noventa, lo motivaron a crear el Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG). El Instituto existe únicamente como figura jurídica para recibir los recursos, en realidad, tanto la SSG como su titular, adoptan —según el contexto y las necesidades— el carácter de OPD (se encarga de recibir los recursos y operar los servicios) o de Secretaría Estatal (coordina el Sistema Estatal de Salud).

Guanajuato se ha convertido en el pionero de la coordinación intra e intersectorial estatal en salud con la creación del Consejo de Salud del Estado (COSEG). El Consejo, presidido por el Secretario de Salud estatal, reúne a los delegados estatales de la seguridad social, a la medicina privada (por medio de los Colegios de Profesionales de la Salud), además de a representantes de otras instancias gubernamentales (federales y estatales) y privadas con el propósito de planear en conjunto las acciones de salud en cuatro áreas fundamentales: (1) vigilancia epidemiológica, (2) salud reproductiva, (3) salud pública, cultura en salud y medio ambiente, (4) investigación, formación de recursos humanos en salud y de buena práctica de la medicina.¹¹² Los esfuerzos estatales de coordinación intrasectorial, en especial con la seguridad social, sólo tendrán éxito parcial, principalmente, por dos motivos: el carácter regional de la seguridad social, frente al estatal de los servicios para población abierta y la administración centralizada de la seguridad social.

El Gobierno de Guanajuato no planea mantener esta estructura dual por mucho tiempo, en realidad, se planea fusionarlas y conservar únicamente la

¹¹¹ La negativa del Gobierno estatal se explica sobre todo porque Aguascalientes ha tenido mucho éxito en la administración de los servicios educativos transferidos en 1992, a través del Instituto de Educación de Aguascalientes. Los funcionarios del IEA reconocen que las ventajas de la personalidad jurídica y patrimonio propio se concentran fundamentalmente en la administración directa de los recursos financieros, la cual les ha permitido implementar numerosos proyectos adicionales, para más detalles véase, Claudia Santizo, *Las perspectivas del Nuevo Federalismo: El sector educativo*, México, CIDE, 1997. (Documento de Trabajo, DAP, en prensa).

¹¹² Coordinación de proyectos de la SSG, *Consejo de Salud del Estado de Guanajuato*, Guanajuato, SSG, 1996. (Mimeo.).

Secretaría¹¹³ —aunque en el Acuerdo específico el Gobierno federal no consintió en acordar una fecha o plazo específicos para su extinción. El proyecto de desaparecer el Instituto se complica al considerar que, como se explicará más adelante, los trabajadores de la salud preservarán prestaciones sociales diferentes de acuerdo al origen de su plaza, federal o estatal.

San Luis Potosí no participó en el proceso de los ochenta, así que conservaba dos modalidades de servicios para población abierta: los Servicios Coordinados de Salud y el Programa IMSS-Solidaridad. En 1996, mediante el proceso de descentralización, los Servicios Coordinados se convirtieron en el OPD, Servicios de Salud de San Luis Potosí, mientras el Programa IMSS-Solidaridad, que atiende a más de 700,000 potosinos, sigue operando en forma independiente de SSSLP. Las preocupaciones de la SSA sobre la posible sectorización del Organismo aparecieron como en Aguascalientes, sin embargo, por el momento político¹¹⁴ se decidió posponer la creación de la Secretaría Estatal de Salud.

Tanto en Guanajuato como en San Luis Potosí, los funcionarios de los servicios estatales manifestaron su descontento ante la conformación de la Junta de Gobierno de sus OPD, en particular, porque mientras el Representante del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud tiene derecho a voto, el Director General del Organismo sólo tiene voz en las reuniones de la Junta. Guanajuato, en particular, expresó su descontento antes de la firma del Acuerdo específico, sin embargo, la SSA —a diferencia de su actitud en la mayoría de las negociaciones del proceso— se mostró totalmente inflexible al respecto, lo cual no extraña, pues la participación positiva del Sindicato era condición indispensable para avanzar exitosamente en la descentralización de los servicios en todo el país.

Recursos financieros

El carácter de organismos públicos descentralizados ha hecho posible que los servicios estatales de salud reciban directamente los presupuestos federal y estatal para administrarlos con relativa libertad. ¿Cuál es el monto de estos presupuestos?, ¿qué tan importante es la contribución federal?, ¿y la estatal?...

El Acuerdo Nacional establece que los gobiernos estatales incrementarán, en la medida de sus posibilidades, su participación en el financiamiento de los servicios de salud, sin embargo, ¿los estados tienen la vocación y los recursos para aumentar su gasto en salud? El cuadro 10 y la gráfica 1 muestran tendencias mixtas en los estados: disminuciones importantes en Aguascalientes y San Luis Potosí en 1993, pero recuperaciones en 1996 y 1997 respectivamente. Es necesario resaltar que los

¹¹³ Entrevista con Carlos Tena (SSG).

¹¹⁴ La gubernatura de Horacio Sánchez Unzueta termina en este año y no parecía dispuesto a gastar su capital político, ni recursos financieros, en negociar con el Congreso local la creación de la Secretaría de Salud.

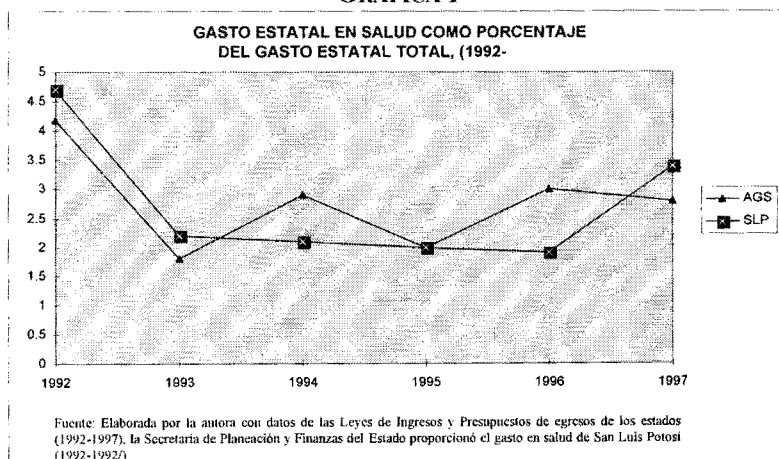
dos estados que ya firmaron su acuerdo específico (Guanajuato y San Luis Potosí) aumentaron considerablemente el porcentaje que gastan en salud, en cambio, Aguascalientes (que no ha firmado) disminuyó su proporción de gasto.

CUADRO 10
GASTO ESTATAL EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL GASTO ESTATAL TOTAL

AÑO	AGUASCALIENTES	GUANAJUATO	SAN LUIS POTOSÍ
1992	4.2	n.d	4.7
1993	1.8	n.d	2.2
1994	2.9	n.d	2.1
1995	2.0	n.d	2.0
1996	3.0	2.1	1.9
1997	2.8	7.0	3.4

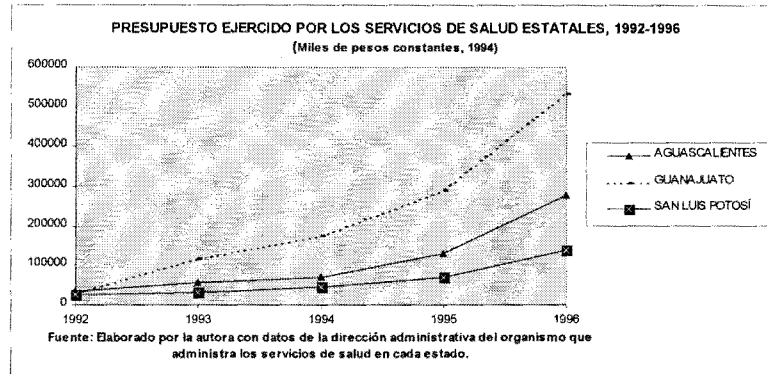
Fuente: Elaborado por la autora con datos de los Presupuestos de Egresos de los estados. La Secretaría de Planeación y Finanzas proporcionó la información de San Luis Potosí.

GRÁFICA 1



En cuanto al presupuesto ejercido por los Servicios Estatales de Salud, la gráfica 2 muestra que los tres estados que se estudian tenían un presupuesto similar en 1992, cuando de acuerdo al cuadro 8, la población usuaria de los servicios de salud de Aguascalientes es la sexta parte de la de Guanajuato y un poco más de la mitad de la de San Luis Potosí. La tendencia se ha corregido poco a poco, aunque no totalmente, en el caso de Guanajuato, pues su presupuesto de 1996 es más del doble que el de Aguascalientes.

GRÁFICA 2



En San Luis Potosí, en cambio, la desproporción no se ha corregido. Todos los indicadores de tamaño que aparecen en el cuadro 8, menos trabajadores de la salud, muestran que los Servicios Estatales de Salud de San Luis Potosí (sin considerar IMSS-Solidaridad) son más grandes que los de Aguascalientes, pero sobre todo atienden a casi el doble de usuarios (0.9% del total nacional) y su presupuesto en 1996 es la mitad que el de Aguascalientes.¹¹⁵

La desproporción entre población usuaria y presupuesto ejercido es todavía más alarmante si se considera el gasto por usuario de los servicios de salud para población abierta (cuadro 11 y gráfica 3).

CUADRO 11
GASTO POR USUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACIÓN ABIERTA, 1992-1996
(Pesos constantes, 1994)

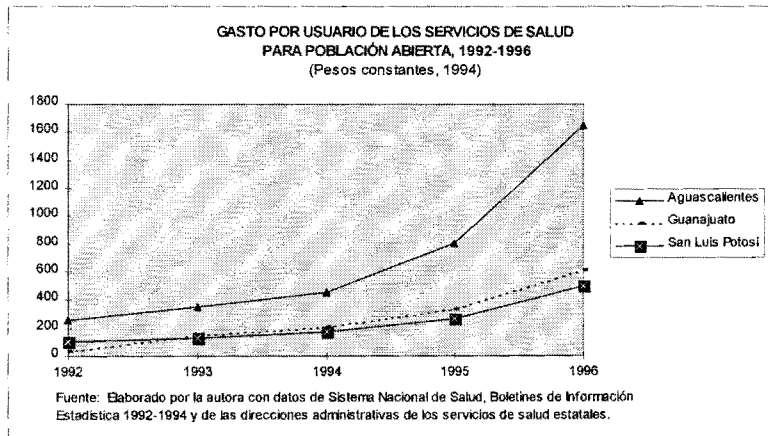
AÑO	AGUASCALIENTES	GUANAJUATO	SAN LUIS POTOSÍ
1992	258.7	37.1	104.9
1993	349.8	142.1	125.5
1994	452.5	209.1	173.4
1995 ^e	803.4	338.3	263.0
1996 ^e	1649.1	612.8	497.8

Fuente: Elaborado por la autora con datos del Sistema Nacional de Salud, *Boletín de Información Estadística 1992-1994* y de las direcciones administrativas de los servicios de salud estatales.

^e Estimado

¹¹⁵ En pesos corrientes, en 1996, los Servicios Estatales de Aguascalientes ejercieron 153 659 miles de pesos, mientras que San Luis Potosí ejerció 76 134 miles de pesos. (Direcciones administrativas de los servicios de salud estatales).

GRÁFICA 3



En 1992, Aguascalientes gastaba por usuario casi siete veces más que Guanajuato y más del doble que San Luis Potosí. Aun cuando el gasto por usuario en Guanajuato ha crecido más rápidamente que el gasto en Aguascalientes, las diferencias iniciales son tan grandes que para 1996, Aguascalientes gastaba por usuario todavía más del doble que Guanajuato. El incremento del gasto más discreto, en los tres casos, es el de San Luis Potosí, con 283% de aumento entre 1992 y 1996. Así, en 1996, el ISEA gasta por usuario más de tres veces que los servicios estatales potosinos.

¿Cómo se traducen las diferencias presupuestales en los servicios de salud? Los indicadores del cuadro 12 pueden ayudar para iniciar el análisis. En 1994, Aguascalientes tenía más recursos físicos y humanos por 100, 000 hab. que Guanajuato y San Luis Potosí, además también eran superiores al promedio nacional. No obstante en los servicios por 1000 hab. su superioridad se diluye y sus índices de productividad diaria son menores que los indicadores nacionales, los de Guanajuato y los de San Luis Potosí.

CUADRO 12
INDICADORES SELECCIONADOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD
POBLACIÓN ABIERTA, 1994

INDICADOR	NACIONAL	AGS	GTO	SLP
Recursos físicos x 100,000 hab.				
Camas	79.0	119.0	75.5	56.9
Consultorios	50.5	63.3	54.9	42.5
Quirófanos	2.5	3.3	2.3	1.8
Recursos humanos x 100,000 hab.				
Médicos	99.1	134.0	101.6	65.6
Enfermeras	149.6	205.4	145.7	110.7
Trabajadores de la salud*	420.5	588.0	360.0	281.3
Servicios por 1000 hab.				
Consultas generales	913.1	903.9	1211.7	820.9
Egresos hospitalarios	37.4	48.8	43.4	34.4
Intervenciones quirúrgicas	18.1	14.5	18.2	17.4
Productividad diaria de los recursos**				
Consultas diarias x médico	5.8	4.5	6.5	7.4
Consultas generales x consultorio	11.8	11.0	12.5	12.0
Intervenciones quirúrgicas por quirófano	1.9	0.9	2.2	2.7
Hospitalización				
Porcentaje de ocupación hospitalaria	58.7	41.6	59.3	69.9
Promedio días estancia	3.9	3.2	3.5	4.7

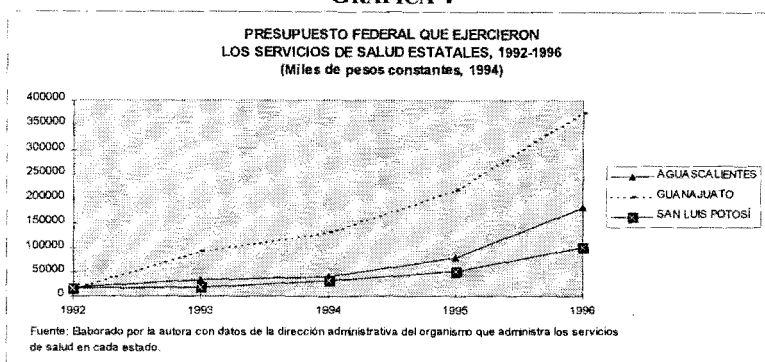
* Incluye el total de personal en nivel aplicativo

** Se consideraron 220 días hábiles, excepto en las int. quirúrgicas por quirófano donde se consideraron 365.

Fuente: Elaborado por la autora con datos de Sistema Nacional de Salud, *Boletín de Información Estadística. Recursos y servicios 1994*, México, SSA, 1995.

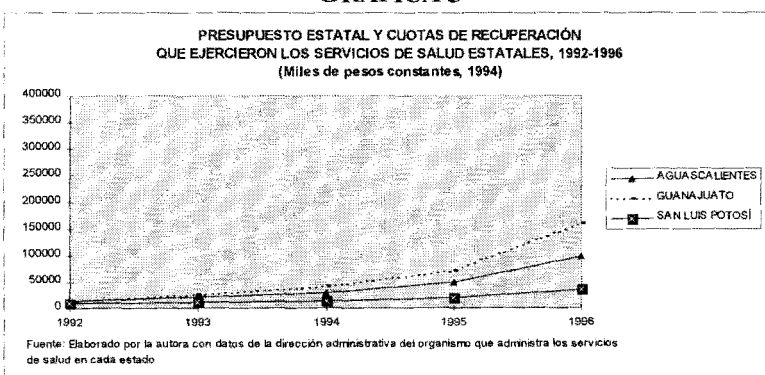
En los gráficos 4 y 5, se revisan los presupuestos ejercidos de acuerdo a su origen (federal y estatal, incluye cuotas de recuperación) para tratar de aclarar si las diferencias presupuestales se explican más por la contribución federal al presupuesto que por la estatal o viceversa. Como puede observarse en la gráfica 4, la contribución federal creció en los tres estados, pero mucho más en Guanajuato, particularmente entre 1992 y 1993 donde aumentó 553%. Las diferencias entre Aguascalientes y Guanajuato son muy semejantes a las que se presentan en el presupuesto ejercido total.

GRÁFICA 4



En cuanto a la contribución estatal (se incluye el presupuesto estatal y las cuotas de recuperación, gráfica 5), las diferencias son muy interesantes. Guanajuato, nuevamente, supera a Aguascalientes y San Luis Potosí a partir de 1993 y más claramente en 1994, con un incremento sorprendente de 121% entre 1995 y 1996. Este ejercicio resulta útil para explicar las diferencias presupuestales entre Aguascalientes y San Luis Potosí, pues la serie histórica muestra que mientras en 1992, el presupuesto estatal de Aguascalientes era sólo 50% superior al de San Luis Potosí, en 1996, la contribución estatal del primero representaba el triple de la contribución del gobierno potosino para los servicios de salud.

GRÁFICA 5



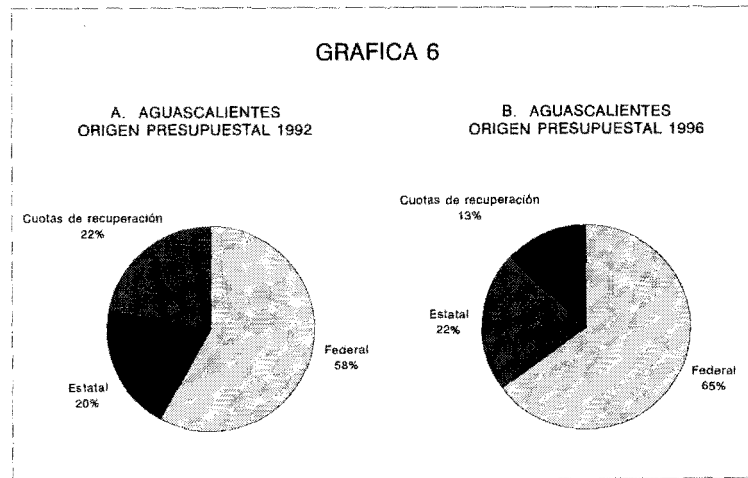
Antes de comentar, cómo ha evolucionado la composición del presupuesto de los servicios de salud —es decir con qué porcentaje contribuyen los gobiernos federal y estatal para financiar los servicios— es necesario precisar cómo se administran las cuotas de recuperación en cada estado.

En Aguascalientes, gracias a un Acuerdo firmado en 1987 entre la SSA y el Gobierno estatal, todos los ingresos derivados de cuotas de recuperación se aplican

directamente a los programas y necesidades del ISEA.¹¹⁶ En Guanajuato, el Gobierno y la Secretaría de Salud estatales convinieron que las cuotas de recuperación se convirtieran en ingresos estatales, a cambio el Gobierno Estatal entrega a la Secretaría, sumado al presupuesto estatal, un monto estimado de las cuotas que se recuperarán en el año en curso. En Guanajuato se está diseñando un mecanismo que incentive a las unidades médicas, pues se planea que las cuotas de recuperación se devuelvan a las unidades que las generaron.¹¹⁷

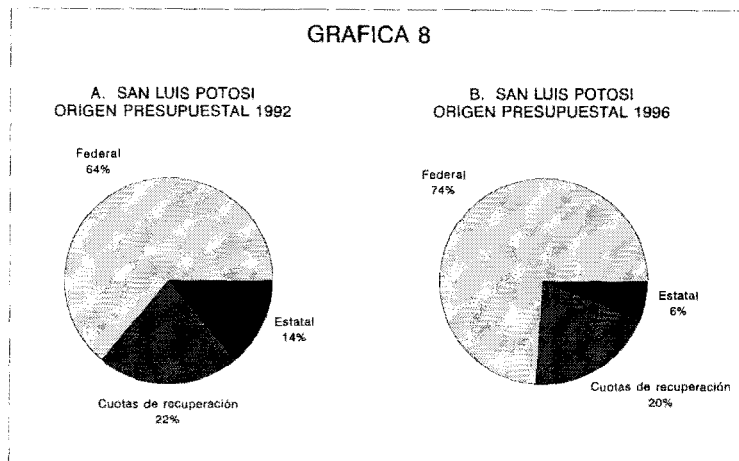
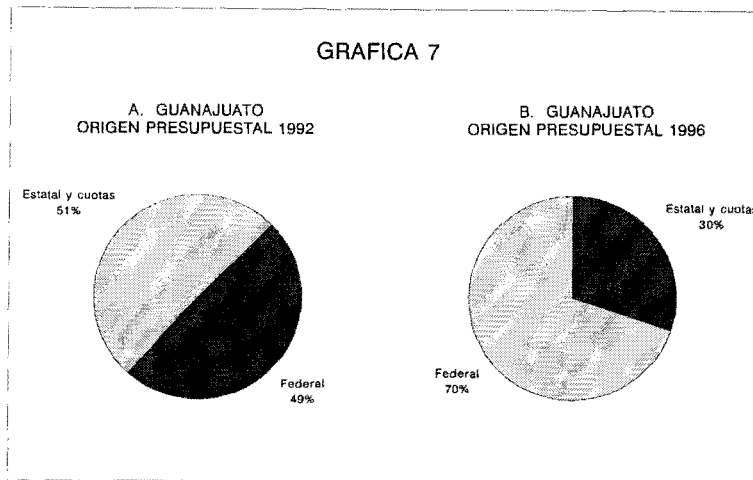
Tanto Guanajuato como San Luis Potosí entregaban al Patrimonio Federal de la Beneficencia Pública 15% de las cuotas de recuperación. Con la descentralización, se comprometieron a crear los patrimonios estatales de la beneficencia pública y a entregarles 10% de las cuotas, además de enviar 5% al Patrimonio Federal.

Las gráficas 6, 7 y 8 comparan los orígenes del presupuesto ejercido por los servicios estatales en 1992 con la composición de 1996. En los tres estados se incrementó la participación federal, pero el incremento más llamativo se presentó en Guanajuato (21%), después San Luis Potosí con 10% y, finalmente, Aguascalientes con sólo 7% de aumento. ¿Qué ingresos suplió el incremento de la participación federal? En Aguascalientes, el presupuesto estatal se mantuvo casi constante, pero las cuotas de recuperación disminuyeron 9%, tal vez como resultado de la crisis económica. Los Servicios de San Luis Potosí registraron una disminución moderada de sus cuotas, pero la contribución estatal se redujo a menos de la mitad. En Guanajuato, no es posible responder, pues el presupuesto estatal incluye —como mencioné— las cuotas de recuperación.



¹¹⁶ “Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal (SSA) y el Estado de Aguascalientes para establecer las bases para el sistema de cuotas de recuperación”, *Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes*, firmado el 19 de octubre de 1987.

¹¹⁷ Entrevista con Diana Álvarez, Directora de la UDE de Guanajuato, Guanajuato, diciembre 18 de 1996.



Fuente: Elaboradas por la autora con datos de las direcciones administrativas de los servicios estatales de salud.

Las observaciones en los tres estados hacen pensar, ante la creciente —e insoslayable— carga presupuestal que representan los servicios estatales de salud para el gobierno federal, era apremiante remediar el problema. La descentralización se planeó como un mecanismo para hacer más eficiente el gasto, pero tal vez también como incentivo para que los gobiernos estatales entreguen más recursos a los servicios (en los casos de Guanajuato y San Luis Potosí parece exitoso, pues en ambos se incrementó considerablemente la proporción del presupuesto estatal de 1997 destinado a los servicios de salud, véase cuadro 10). También no cabe duda se ha insistido en que los servicios estatales busquen fuentes de financiamiento alternativas.

Los funcionarios de Guanajuato y San Luis Potosí coinciden en que las posibilidades de conseguir financiamiento alterno al gubernamental aumentan con la descentralización, ahora: son sujetos de crédito, pueden subrogar servicios (alasd de hospitales, incineradores, laboratorios), aprovechar las economías que generan los servicios personales (por ejemplo, para estímulos a la productividad o premios) y también conservar el dinero que se genere por la expedición de licencias o por la aplicación de multas vinculadas con los giros de regulación sanitaria descentralizados ...

En cuanto al financiamiento alternativo, Aguascalientes es el único de los tres con experiencia. En el Hospital Miguel Hidalgo se está experimentando con un ala para servicios médicos privados, por el momento tiene 18 camas para hospitalización, aunque al principio sólo se utilizaba 12%, ahora registra 100% de ocupación. Este experimento constituye una fuente potencial de financiamiento alternativo muy interesante y que el ISEA planea incrementar. Hasta el momento, los recursos generados en el ala privada del Hospital Hidalgo se han utilizado para comprar equipo médico de vanguardia, particularmente de imagenología.¹¹⁸

Recursos materiales

En este apartado es necesario reconocer que el patrimonio de los Servicios Estatales de Salud, en los tres casos, creció hasta la descentralización de los noventa, pues los inmuebles y recursos materiales se donaron a los OPD, ya no se cedieron en comodato únicamente. La descentralización significó —en el caso de Guanajuato y San Luis Potosí— y significará —en el caso de Aguascalientes— la transferencia de bienes muebles e inmuebles, así como de su adquisición, manejo, baja y destino final.

En los tres estados, cuando se planeaba la descentralización, se detectó que muchos de los terrenos donde se asientan las unidades médicas no están regularizados, hasta el momento, se ha pensado en resolver el problema mediante la expropiación de todos los terrenos, para cederlos posteriormente a los gobiernos de los estados.¹¹⁹ El caso de Aguascalientes, en particular, es muy preocupante: el ISEA cuenta con 76 centros de salud y 7 hospitales, 83 unidades en total, de las cuales 56 no se asientan en terrenos regularizados.¹²⁰

La consolidación de la descentralización permitirá, adicionalmente, diseñar programas de conservación y mantenimiento conforme a prioridades. Hasta antes de la descentralización, estos programas se formulaban en el centro de acuerdo a

¹¹⁸ Entrevistas con Rosa María Castellvi, Directora de Planeación del ISEA, Aguascalientes, 3 y 4 de febrero 1997.

¹¹⁹ Entrevista con J. Esparza (ISEA)

¹²⁰ Entrevista con R. Castellvi (ISEA)

diagnósticos muy antiguos (2 o 3 años), lo cual significaba que en muchas ocasiones, los problemas de mantenimiento ya se habían resuelto, cuando la SSA autorizaba las erogaciones.

En los tres estados, los directores de los servicios estatales coincidieron en señalar que la posibilidad de comprar el cuadro básico de manera directa, sumarse a la compra consolidada o alguna combinación de ambas mejoró de manera muy importante el abasto de medicamentos en las unidades, pues ahora se logra distribuir productos en perfecto estado a tiempo.

El ISEA, el ISAPEG y los SSSLP se ha ocupado de diseñar un Plan Estatal Maestro de Infraestructura, el cual atiende a las necesidades de crecimiento y mantenimiento de las unidades. Durante los últimos años, la obra pública para la salud se había limitado a aquellos proyectos que podían incluirse en los Convenios de Desarrollo Social. Después de la firma de los acuerdos específicos, se transferirá paulatinamente la potestad sobre las obras, en el siguiente orden: unidades de 1º nivel, unidades de 2º, unidades de 3º y oficinas centrales.¹²¹

Recursos humanos

La creación de los organismos públicos descentralizados se explica sobre todo por problemas laborales. Tanto en Aguascalientes como en Guanajuato laboraban trabajadores con plazas federales y otros con plazas estatales, así, con el propósito de fusionar los servicios y transferir su control a cada estado, eran necesarias la nivelación salarial y la homologación de prestaciones entre los trabajadores de orígenes distintos. La diferencia salarial entre las plazas de origen federal y las estatales es notoria y muy variable, mientras que en las prestaciones hay diferencias casi siempre favorables a las plazas federales.

La creación de los OPD, como patronos de los trabajadores para la salud de origen federal y estatal, evitó el problema que significaba para las administraciones públicas estatales absorber a los trabajadores federales y, en consecuencia, verse obligadas a elevar el salario y casi todas las prestaciones de los trabajadores de los gobiernos estatales. A pesar de los esfuerzos de nivelación (el gobierno federal cubre las diferencias salariales) y homologación todavía persistirán diferencias entre los trabajadores, de acuerdo a su origen, sobre todo en cuanto a las secciones sindicales a las que pertenecen y al tipo de seguridad social a la que se encuentran afiliados. Cuando un trabajador de la sección sindical ex-federal se retire, el trabajador suplente pertenecerá a la misma sección sindical, lo mismo sucederá con la sección estatal.¹²²

¹²¹ Entrevista con R. Castellvi (ISEA)

¹²² Entrevista con D. Álvarez (SSG)

CUADRO 12
PLAZAS FEDERALES INVOLUCRADAS EN LA DESCENTRALIZACIÓN Y PLAZAS EXISTENTES
(Plazas base)

1997	AGUASCALIENTES		GUANAJUATO		SAN LUIS POTOSÍ	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Plazas federales	1545	59.4	*4433	81.7	*2135	100
Plazas estatales	1055	41.6	994	18.3	0	0
total	2600	100	5427	100	2135	100

* Plazas ya descentralizadas

Fuente: Elaborado por la autora con datos de plazas federales, Presidencia de la República, "Anexo de la reunión de trabajo: Nuevo Federalismo", México, mayo 1997 en <http://www.presidencia.gob.mx/pub/publicos/nvofed/anxssa.html> y plazas estatales, direcciones administrativas de los servicios estatales de salud.

La Secretaría ha tenido que ajustar paulatinamente las ofertas iniciales de la descentralización, por ejemplo, originalmente, la SSA había ofrecido homologar salarialmente a todos los trabajadores estatales, después restringió la homologación para los empleados de base. En Aguascalientes se comentó que la homologación salarial se realizaría mediante compensación, lo cual implica que el incremento no se reflejará en los aguinaldos, ni en las jubilaciones. El Gobierno federal mantendrá las compensaciones hasta que el trabajador estatal se jubile.¹²³ Como resultado de la descentralización, en Aguascalientes convivirán tres tipos de trabajadores:

CUADRO 13
TIPO DE CONDICIÓN LABORAL EN AGUASCALIENTES

CARACTERÍSTICA	ORIGEN FEDERAL	ORIGEN ESTATAL (ISEA)	HOSPITALES DESCENTRALIZADOS
Servicios médicos	ISSSTE	Subrogados del issste	Subrogados del imss
Prestaciones sociales	ISSSTE	isstea	isstea

Fuente: Elaborado por la autora con datos de la Unidad de Descentralización de Aguascalientes

En Guanajuato, en cambio, sólo existen dos tipos de empleados:

CUADRO 14
TIPO DE CONDICIÓN LABORAL EN GUANAJUATO

CARACTERÍSTICA	ORIGEN FEDERAL	ORIGEN ESTATAL
Servicios médicos	ISSSTE	Subrogados del issste
Prestaciones sociales	ISSSTE	ISSTEG

Fuente: Elaborado por la autora con datos de la Unidad de Descentralización de Guanajuato

San Luis Potosí fue uno de los primeros estados que se incorporó a la descentralización del gobierno actual, pues todos los trabajadores de base eran federales (2135) y, en consecuencia, se evitaba el problema de la homologación.

¹²³ Entrevista con R. Castellvi (ISEA)

También había una fracción de trabajadores de la salud (250) pagados con fondos estatales, pero contratados por honorarios. Servicios Coordinados de Salud Pública de SLP (SCSLP) negoció con ellos, durante 1996, para garantizar que se recontractarían con las condiciones previas (tabulador distinto al estatal y sin prestaciones), sin exigir base u homologación.¹²⁴

*Las unidades de descentralización estatales*¹²⁵

De acuerdo a las observaciones que se realizaron en las visitas a los servicios estatales de salud, es posible afirmar que las unidades de descentralización desempeñan un papel muy diferente en cada uno de los estados analizados. Mientras en Guanajuato se convirtió en el motor fundamental del proceso, en Aguascalientes y en San Luis Potosí adquirió predominantemente el carácter de unidad de apoyo.

En los tres casos, los directores de las unidades no eran nativos de los estados donde laboraban, aunque conocían, desde antes de su nombramiento, al Jefe de los Servicios del Estado. En la selección, de acuerdo a los lineamientos federales, se prefirió a los profesionales de áreas económico-administrativas, con excepción de Diana Álvarez (Guanajuato) que es licenciada en medicina, aunque con maestría en administración de los servicios de salud y experiencia en el proceso de descentralización de los ochenta en las oficinas centrales de la SSA y en Campeche (que no participó en la fase de integración orgánica). Los directores de las UDE de Aguascalientes y Guanajuato tienen experiencia laboral previa en el sector salud, no así Claudia García-Robles, encargada de la Unidad en San Luis Potosí.¹²⁶

La selección de la Directora y el Subdirector¹²⁷ de la UDE de San Luis resultó muy útil, pues en colaboración con la Dirección de Planeación, se encuentran diseñando un mecanismo innovador, por lo menos en el sector salud, para vincular el presupuesto con cada intervención en las jurisdicciones sanitarias, lo cual se traducirá en programas de abasto y conducción más eficientes.

¹²⁴ Durante 1996 se consultó a los trabajadores eventuales para que decidieran si deseaban indemnización o mantener su empleo con contratos cada cinco meses.

¹²⁵ En este análisis incluyo a Diana Álvarez como Directora de la Unidad de Descentralización de Guanajuato, aunque desde febrero de 1997 es la Coordinadora de Proyectos Especiales de la SSG.

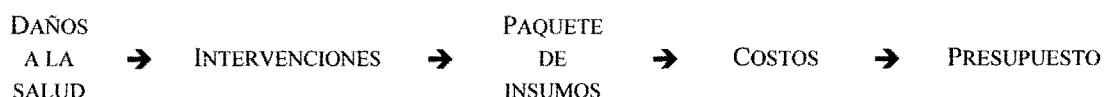
¹²⁶ Encuesta CIDE sobre perfiles de funcionarios estatales en el sector salud.

¹²⁷ La Directora, Claudia García-Robles, es economista, mientras que el Subdirector, Rommel Fernández, es ingeniero industrial con mucha experiencia en manejo de almacenes, distribución y control de insumos.

Programación y presupuestación

La flexibilidad que tendrán los servicios estatales para programar el gasto no se compara con el presupuesto etiquetado de los últimos ejercicios, aun cuando todavía se recibirá asignado por programa y subprograma. Los avances de San Luis Potosí son los más interesantes de los casos que se revisan.

De acuerdo al panorama epidemiológico, en San Luis Potosí, se está diseñando un mecanismo para vincular el diagnóstico de salud con el presupuesto autorizado. La descentralización ha permitido que se piense en asignar el presupuesto de las jurisdicciones considerando:



En SLP se diseñó un ejercicio de presupuestación para las áreas operativas y normativas del OPD, con el propósito de que aprendan a matizar, de acuerdo a las necesidades estatales y jurisdiccionales. El objetivo de este ejercicio es integrar paquetes de atención para intervenciones específicas, con costos uniformes y calculados de antemano.¹²⁸

Los aprendizajes

En general, parece posible anticipar que los estados descentralizados durante los años ochenta tendrán más éxito en el proceso actual, o por lo menos serán más cuidadosos en sus negociaciones con la federación. El caso del ISEA resulta muy esclarecedor:

El Instituto aprendió mucho en la descentralización previa, en particular gracias a la memoria histórica de la Directora de Planeación, Rosa María Castellvi, quien ocupa este puesto desde 1989. En 1988, poco después de la descentralización, que duplicó el tamaño de los servicios de salud estatales, hubo muchos recursos disponibles: la SSA proporcionó apoyos extraordinarios en montos muy importantes, además, el IMSS-COPLAMAR transfirió sus unidades médicas con dotaciones de medicamentos y otros insumos. No obstante, durante 1989, con el argumento de que el ISEA era el responsable de la operación de los servicios, la SSA mantuvo un presupuesto original similar al de 1988, cuando se operaba la mitad de las unidades,

¹²⁸ Entrevista con Samuel Grey (Director de Planeación), Claudia García Robles (Directora de la UDE) y Rommel Fernández (Subdirector de la UDE), San Luis Potosí, 20 de febrero de 1997 y Servicios de Salud de San Luis Potosí, *Taller de Programación-Presupuestación*, San Luis Potosí, 1997.

además no se transfirieron recursos extraordinarios. Estos eventos provocaron que el ISEA decidiera reorganizar el sistema de cuotas de recuperación, como primer paso se elevó el tabulador por encima del nacional, aunque se exentaba del pago a los indigentes. Las medidas de reorganización permitieron refinanciar el Instituto, entre 1988 y 89, pues los ingresos derivados de las cuotas aumentaron 300%, aproximadamente.¹²⁹

¿Quiénes administran los servicios estatales de salud?

En este apartado se revisarán algunas características de los trabajadores de los servicios de salud en Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí, con el propósito de empezar a definir si son capaces de aprovechar los estrechos márgenes de autonomía que la descentralización puede crear.

El cuadro 15 muestra la composición (personal médico, paramédico y administrativo) de los servicios estatales de salud. El dato más llamativo aparece en San Luis Potosí, donde 1 de cada 5 trabajadores de la salud se ocupa de tareas administrativas, lo que a primera vista parecería un defecto de los Servicios Estatales se ha convertido, por la información que presento a continuación, en una oportunidad para mejorar la administración de los servicios de salud para la población abierta potosina.

CUADRO 15
SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACIÓN ABIERTA, 1994
PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO Y ADMINISTRATIVO

TIPO DE PERSONAL	TOTAL NACIONAL		Aguascalientes		Guanajuato		San Luis Potosí	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
A. Personal médico*	42318	31.5	447	32.5	1227	34.5	824	28.2
B. Personal paramédico	67823	50.5	719	52.2	1830	51.5	1498	51.2
C. Personal administrativo	24208	18.0	211	15.3	499	14.0	601	20.6
A + B + C	138016	100	1377	100	3556	100	2923	100

* En contacto directo con el paciente

Fuente: Elaborado por la autora con datos de Sistema Nacional de Salud, *Boletín de información estadística. Recursos y servicios 1994*, México, SSA, 1995.

Entre los preparativos para la descentralización que coordinó el Consejo Nacional de Salud, se encuentra la "Evaluación de la capacidad operativa de los servicios de salud en las entidades federativas para conservación, mantenimiento y

¹²⁹ Entrevista R. Castellvi (ISEA)

equipamiento”. La Evaluación se propuso determinar la capacidad administrativa y operativa en los ámbitos estatal y jurisdiccional; además de identificar los apoyos necesarios para la descentralización.¹³⁰

El estudio consideró 10 categorías obligatorias¹³¹ para evaluar a los servicios estatales y a sus jurisdicciones sanitarias, de acuerdo a los contenidos de las normas y reglamentos que establecen la Ley de Adquisiciones y Obras Públicas; la Ley de Planeación; el Reglamento Interno de la Secretaría de Salud, y los procedimientos normales de administración y control.

San Luis Potosí destaca en la Evaluación, sobre todo por la fortaleza de sus jurisdicciones sanitarias en las tareas de conservación, mantenimiento y equipamiento. Las jurisdicciones sanitarias potosinas obtuvieron el primer lugar nacional en: congruencia de su estructura organizativa, planeación y supervisión. Además, San Luis es una de las cuatro entidades —la única en nuestro estudio— que cuenta con las capacidades mínimas para contratar obra pública y servicios relacionados. En cuanto a recursos humanos jurisdiccionales, sólo Distrito Federal, Puebla, Sonora y San Luis Potosí (que recibió la calificación más alta, 5 de 10 puntos posibles) cuentan con personal competente y suficiente para atender las necesidades administrativas y operativas en materia de obras, conservación y equipamiento.

La Evaluación también reconoce que la estructura administrativa de los servicios estatales potosinos dedicada a estas tareas es una de las áreas mejor estructuradas en todo el país. Además, San Luis es el único estado, de los que se revisan en este documento, con puestos, perfil profesional del personal, actividades y plazas congruentes con la estructura orgánica existente.

Aunque esta Evaluación sólo examina las áreas administrativas —estatales y jurisdiccionales— dedicadas a conservación, mantenimiento y equipamiento, los resultados insinúan una tendencia clara: los Servicios de Salud de San Luis Potosí dedican porcentualmente más personal que Aguascalientes y Guanajuato a las tareas administrativas, lo cual les ha permitido constituir la estructura mínima para atender las necesidades básicas de infraestructura y equipo de los trabajadores de la salud en contacto directo con los pacientes. En consecuencia, por lo menos en este rubro, los SSSLP parecen estar mejor preparados que los servicios de Aguascalientes y Guanajuato para aprovechar los espacios de autonomía que libere la descentralización.

¹³⁰ Sólo se revisarán los resultados de San Luis Potosí que destacó en varios rubros en la comparación nacional, para detalles sobre la metodología y contenidos precisos de la evaluación véase, Efrén Franco, “Evaluación de la capacidad operativa”, *Federalización*, pp. 221-238.

¹³¹ Las categorías son: (1) estructura de la organización, (2) normatividad, (3) procedimientos, (4) planeación, (5) programación y presupuestación, (6) contratación, licitaciones, (7) supervisión, (8) recursos humanos, (9) recursos materiales y (10) recursos financieros.

*¿Quiénes dirigen los servicios estatales de salud?*¹³²

En este apartado se examinan la formación académica, la experiencia laboral y la antigüedad en el puesto de los mandos superiores de los servicios estatales de salud, hasta abril de 1997, para establecer un referente que permita en investigaciones futuras estudiar la evolución de estos factores durante y después del proceso de descentralización.

No obstante, se incluyen algunas reflexiones sobre los hallazgos iniciales de la “*Encuesta CIDE sobre perfiles de funcionarios estatales en el sector salud, 1997*”,¹³³ pues se consideraron valiosos para determinar si los mandos superiores de los servicios tienen las características necesarias (profesionalización, experiencia en el sector y antigüedad) para aprovechar los todavía estrechos márgenes de autonomía que se han generado con la descentralización. Como se anunció desde las primeras páginas de este documento, por los tiempos del proceso —Aguascalientes todavía no firmaba su acuerdo específico, al momento de escribir estas líneas—, las hipótesis y conclusiones que se presentan no pueden ser sino tentativas.

Como muestra el cuadro 16, más de 60% de los funcionarios encuestados en los tres estados tiene entre 1 y 5 años de antigüedad en el puesto que ocupan actualmente. Sin embargo, existen diferencias interesantes particularmente entre Aguascalientes y Guanajuato, mientras que la tercera parte de los funcionarios del primero ha desempeñado su cargo actual entre 7 y 9 años, 35.3% de los de Guanajuato tienen menos de un año de antigüedad.

¹³² La información para elaborar este apartado se obtuvo de los cuestionarios sobre perfiles profesionales que se aplicaron a los funcionarios de los servicios estatales, durante las visitas del equipo CIDE a los estados de Aguascalientes (3 y 4 de febrero 1997), Guanajuato (6 y 7 de febrero 1997) y San Luis Potosí (19-21 de febrero de 1997). La elaboración de este apartado no hubiera sido posible sin el apoyo de: Rosa María Castellvi, Alberto Guerra y Arturo Delgado (Aguascalientes), Jesús Pantoja y Luz María Córdoba (Guanajuato), Sofía Dauajare y Alma Rosa Calvo (San Luis Potosí).

¹³³ La Encuesta incluye a 46 funcionarios de los servicios de salud en Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí, en cada estado se obtuvo el perfil profesional del secretario de salud o director general del OPD, de su secretario particular, del coordinador de la unidad de descentralización, de los directores (administrativo, planeación, regulación sanitaria y servicios de salud), de los subdirectores del área administrativa (recursos humanos, materiales y financieros), además de los jefes de las jurisdicciones sanitarias existentes: 3 en Aguascalientes, 7 en Guanajuato y 6 en San Luis Potosí.

CUADRO 16
FUNCIONARIOS ENCUESTADOS EN LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO

Rango (años)	Aguascalientes		Guanajuato		San Luis Potosí	
	Número	%	Número	%	Número	%
0 a 1	0	0.0	6	35.3	3	18.8
1 a 3	6	46.2	8	47.1	5	31.3
3 a 5	2	15.4	3	17.6	6	37.5
5 a 7	1	7.7	0	0.0	1	6.3
7 a 9	4	30.8	0	0.0	1	6.3
TOTAL	13	100.0	17	100.0	16	100.0

Fuente: Elaborado por la autora con datos de la Encuesta CIDE sobre perfiles de funcionarios estatales en el sector salud

En el cuadro 17, la comparación resulta más interesante si se agrupa a los funcionarios en tres categorías (mandos superiores, dirección administrativa y jefes de jurisdicción). En mandos superiores, la tendencia favorece notablemente a Aguascalientes, que cuenta con funcionarios con más experiencia, incluso algunos que han trabajado en el ISEA desde el proceso descentralizador de los ochenta y se han convertido en la memoria histórica del Instituto para negociar con más cuidado la descentralización actual, particularmente en cuanto a las transferencias federales necesarias para mantener operando los servicios, por lo menos en las condiciones presentes.

CUADRO 17
FUNCIONARIOS ENCUESTADOS EN LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
PORCENTAJE DE FUNCIONARIOS CON LOS RANGOS DE ANTIGÜEDAD INDICADOS

Rango (años)	MANDOS SUPERIORES			DIR. ADMINISTRATIVA			JEFES DE JURISDICCIÓN		
	AGS (7)	GTO (7)	SLP (7)	AGS (4)	GTO (4)	SLP (4)	AGS (3)	GTO (7)	SLP (6)
0 a 1	0.0	42.9	0.0	0.0	25.0	50.0	0.0	28.6	16.7
1 a 3	28.6	42.9	42.9	75.0	50.0	25.0	66.7	57.1	33.3
3 a 5	28.6	14.3	57.1	0.0	25.0	25.0	0.0	14.3	16.7
5 a 7	0.0	0.0	0.0	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	16.7
7 a 9	42.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.0	0.0	16.7
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaborado por la autora con datos de la Encuesta CIDE sobre perfiles de funcionarios estatales en el sector salud

* Incluye al secretario de salud o al director general del OPD, a su secretario particular, al coordinador de la unidad de descentralización y a los directores: administrativo, planeación, regulación sanitaria, servicios de salud.

** Incluye al director administrativo y a los subdirectores de: recursos humanos, recursos materiales y recursos financieros.

En paréntesis, junto al nombre del estado, aparece el total de funcionarios encuestados en cada categoría

Las direcciones administrativas de los servicios estatales en los tres casos tienen los funcionarios con menos experiencia, en relación a mandos superiores y

jefes de jurisdicción. Esta observación resulta preocupante, pues, como ha mostrado la federalización de la educación básica, los problemas derivados de la descentralización más explosivos y que demandan soluciones expeditas (nivelación salarial, homologación de prestaciones, manejo de nómina, almacenes, abasto...) ¹³⁴ requieren de administradores no sólo con preparación académica, sino sobre todo con experiencia en el manejo de problemas administrativos cotidianos y, en muchas ocasiones, específicos del sector. En las jurisdicciones, la mayoría se concentran en el rango 0 a 3 años, aunque —como se notará en la revisión de sus itinerarios laborales— han desarrollado la mayor parte de su vida profesional en los servicios de salud del estado donde trabajan actualmente.

La naturaleza altamente especializada del sector salud, a diferencia del educativo, ha permitido que los médicos monopolicen los mandos superiores de las dependencias estatales encargadas de proporcionar servicios de salud, con excepción de las direcciones administrativas donde prevalecen los licenciados en administración o contaduría. ¹³⁵ Como muestra el cuadro 18, los profesionales de la salud también se han preocupado por elevar la preparación académica de los encargados de dirigir los servicios estatales: casi la mitad de los funcionarios encuestados en Aguascalientes y Guanajuato tienen una maestría o especialidad, el caso más notable es San Luis Potosí donde 81.3% de los funcionarios tienen maestría o especialidad. La tendencia se mantiene también si, como en el cuadro 19 (véase anexo), observamos las categorías diseñadas, pues —con excepción de la dirección administrativa y los jefes de jurisdicción de Aguascalientes— en el resto de las categorías de los tres estados, por lo menos la mitad de los funcionarios tienen maestría, especialidad o doctorado.

¹³⁴ Cfr. Claudia Santizo, *op. cit.*, *passim*.

¹³⁵ En Aguascalientes, el director administrativo es licenciado en administración; en Guanajuato, abogado y en San Luis Potosí, contador público. Las nueve subdirecciones administrativas (recursos financieros, materiales y humanos) de los tres estados, las ocupan: 1 licenciado en administración de empresas, 5 contadores públicos, 1 licenciado en derecho, 1 licenciada en relaciones industriales y 1 ingeniero civil. En Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí, los secretarios de salud o directores de OPD, los directores de planeación, regulación sanitaria y servicios de salud y, los jefes de jurisdicciones sanitarias son, sin excepción, licenciados en medicina.

CUADRO 18
FUNCIONARIOS ENCUESTADOS EN LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
FORMACIÓN PROFESIONAL

GRADO	Aguascalientes		Guanajuato		San Luis Potosí	
	Número	%	Número	%	Número	%
Licenciatura	6	46.2	3	17.6	2	12.5
Maestría	3	23.1	6	35.3	11	68.8
Doctorado	0	0.0	1	5.9	0	0.0
Especialidad	3	23.1	2	11.8	2	12.5
Diplomados y cursos	1	7.7	5	29.4	1	6.3
TOTAL	13	100.0	17	100.0	16	100.0

Fuente: Elaborado por la autora con datos de la Encuesta CIDE sobre perfiles de funcionarios estatales en el sector salud.

En líneas anteriores se mostró preocupación por la poca experiencia de los funcionarios de las direcciones administrativas de los tres estados, sin embargo, algunos estados como Guanajuato han procurado emplear en sus áreas administrativas a funcionarios con sólida formación académica y con experiencia en tareas administrativas, aunque desvinculadas del sector salud.

A continuación, me concentraré en revisar los itinerarios laborales de los funcionarios encuestados en los servicios de salud estatales de Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí. En el cuadro 20 (véase anexo) aparecen los itinerarios laborales generales, en los casos estudiados, es notable que la transferencia de recursos humanos de la federación a los estados es muy limitada con excepción de San Luis Potosí, pues 25% de los funcionarios desempeñaron su puesto inmediato anterior en dependencias federales. También es sugerente que la mayoría de los funcionarios en las jerarquías superiores (77% en Aguascalientes, 75% en Guanajuato y 62.5% en San Luis Potosí) hayan desarrollado buena parte de su vida profesional en el sector público de los estados donde laboran actualmente.

Los cuadros 22 y 23 (véase anexo) muestran la experiencia de los funcionarios encuestados en el sector salud. La experiencia acumulada de los mandos superiores en los sectores públicos estatales es incluso más importante, pues más de 70% de los funcionarios encuestados en Aguascalientes y Guanajuato, además de 56.3% en San Luis Potosí ya habían trabajado en el sector salud estatal. De hecho, 92.3% de los funcionarios encuestados en Aguascalientes, 82.4% en Guanajuato y 81.2% en San Luis Potosí ya tenían experiencia en el sector, antes de su empleo actual.

En el cuadro 23 (véase anexo) aparecen los itinerarios en el sector salud de cada categoría. Los itinerarios de los mandos superiores son muy diferentes entre los estados seleccionados, mientras en Aguascalientes y Guanajuato, los cambios de empleo se producen dentro del sector salud estatal, en San Luis Potosí, el tránsito ha

ocurrido del sector salud federal al estatal, e incluso del sector salud en otros estados al potosino.

Los datos de los funcionarios de las direcciones administrativas muestran que es la categoría con menos experiencia en el sector salud. Sobresalen, en particular, Guanajuato donde 3 de los 4 funcionarios no habían trabajado en el sector y SLP con 50% de los empleados sin experiencia previa en la administración de servicios de salud.

En cuanto a las jefaturas jurisdiccionales, nuevamente resalta que los funcionarios han desarrollado la mayor parte de su vida profesional en el sector salud estatal, muchos incluso sólo han laborado en la dependencia que presta servicios de salud para población abierta en el estado.

V. Reflexiones y aprendizajes

El proceso de descentralización de los servicios de salud para población abierta no sólo responde a necesidades nacionales, sino también a demandas de organismos internacionales como la OMS y el Banco Mundial, los cuales han limitado la transferencia de recursos para el sector salud, mientras no se descentralice. En realidad, México se ha convertido en un caso atípico, pues, en este momento, son muy pocos los países que aún mantienen centralizada la prestación de servicios de salud para población abierta.¹³⁶

El propósito de este apartado es presentar un grupo de reflexiones finales sobre la descentralización de los servicios de salud, con atención a las experiencias de Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí. Primero me concentraré en revisar el diseño federal de la política para después reflexionar sobre las reacciones estatales frente a la consolidación del proceso de los ochenta.

El diseño

- La política descentralizadora de los noventa, como su antecesora, se diseñó y se está implementando para definitivamente convertir a la Secretaría de Salud en la coordinadora de todo el sector. De tal modo completar la descentralización significa liberar a la Secretaría de sus funciones operativas —incluso de la administración de los recursos humanos, materiales y financieros— y, en consecuencia, fortalecer las capacidades normativas y de control de la SSA. Además la transferencia de los bienes muebles e inmuebles, personal y presupuesto —aunque con candados muy aparentes y engorrosos, sobre todo para la administración de recursos humanos y el ejercicio del presupuesto— ha

¹³⁶ Sobre el tema véase, Anne Mills y otros, *Descentralización de los Sistemas de Salud. Conceptos, aspectos y experiencias nacionales*, Ginebra, OMS, 1995.

- puesto a disposición de los servicios estatales de salud estrechos espacios de autonomía para detectar las necesidades sanitarias más apremiantes, formular respuestas y ponerlas en práctica.
- En Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí, los servicios de salud estatales representan para el gobierno federal una carga presupuestal creciente —e insoslayable—, por lo cual era apremiante remediar el problema. La descentralización se planeó como un mecanismo para hacer más eficiente el gasto, pero tal vez también para incentivar la participación estatal en el financiamiento de los servicios y facilitar la búsqueda de fuentes alternativas de recursos.
 - La decisión de organizar los sistemas estatales de salud alrededor de organismos públicos descentralizados del gobierno estatal se deriva de consideraciones laborales (vinculadas sobre todo con la nivelación salarial y la homologación de prestaciones), pero también de las oportunidades que la personalidad jurídica y el patrimonio propio han generado para los servicios estatales educativos que adquirieron el carácter de organismo público descentralizado (por ejemplo, las fuentes alternativas de financiamiento se negocian con más facilidad). La Secretaría de Salud procuró, además, que los directores generales de los OPD tuvieran la personalidad política necesaria para encabezar los sistemas estatales de salud, en consecuencia, en algunos casos se conservó (Jalisco) o se creó (Nayarit) la Secretaría estatal.
 - Una de las virtudes más valiosas de la política actual es, sin lugar a dudas, el amplio espacio temporal en que se ha desarrollado, de mayores dimensiones incluso si se considera que retomó los avances del proceso de los ochenta. Los tiempos relativamente relajados de la descentralización permitieron negociaciones y explicaciones puntuales entre la Secretaría de Salud y cada servicio estatal. Si consideramos los preparativos, la firma del *Acuerdo Nacional* y los acuerdos específicos (hasta el momento se han firmado con 24 entidades), el proceso descentralizador de los noventa se concluirá en casi tres años.
 - A diferencia de la federalización educativa, el proceso de descentralización de los servicios de salud se distingue por los cuidadosos preparativos que lo antecedieron. Sin embargo, el éxito de la descentralización (es decir que se logre fortalecer a la SSA como coordinadora del Sistema Nacional de Salud y consolidar la relativa autonomía de los servicios estatales) depende, en gran medida, de los apoyos federales que se otorguen para acondicionar administrativamente a los estados para recibir las nuevas responsabilidades, hasta el momento de escribir esta líneas, la mayoría de estos apoyos (cubrir plazas faltantes, regularizar los inmuebles, entre otras), todavía no se proporcionaban a los servicios estatales de Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí.

- El gobierno federal, a pesar de las declaraciones iniciales, decidió no fusionar las unidades de IMSS-Solidaridad en los estados que todavía operaban bajo la modalidad de Servicios Coordinados. La desaparición del Programa es un proceso complejo —que incluso interrumpió la descentralización de los ochenta— sin embargo, la decisión federal sólo pospuso el problema, pues crear un Sistema Nacional de Salud bajo la indiscutible autoridad de la SSA será imposible mientras sobreviva un programa relativamente independiente con más de 10 millones de usuarios.

Las reacciones estatales

- Las experiencias de Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí muestran a la participación en el proceso de los ochenta y a los aprendizajes que generó en los servicios estatales, como condicionantes muy importantes para la negociación exitosa con la Secretaría de Salud federal, sobre todo en los temas vinculados con el presupuesto.
- Aun con la incertidumbre que rodeó a las Unidades de Descentralización Estatal, pues nunca tuvieron un Programa de Trabajo, significaron un exitoso experimento para fortalecer las áreas administrativas de las dependencias federales que reciben los recursos y responsabilidades descentralizados.
- El éxito de la descentralización para los estados (en este caso limitada a la consolidación de la autonomía de los servicios estatales para detectar necesidades de salud local apremiantes, formular respuestas y ponerlas en práctica) dependerá, en buena medida, del fortalecimiento de las áreas administrativas de los organismos dedicados a la prestación de los servicios de salud para población abierta. El fortalecimiento en este caso se refiere sobre todo a contar con personal que posea, no solamente una sólida formación académica, sino también experiencia administrativa en el sector. Con esto en mente, la escasa experiencia en el sector de los funcionarios de las direcciones administrativas resulta muy preocupante, pues, como ha mostrado la federalización de la educación básica, los problemas derivados de la descentralización más explosivos y que demandan soluciones expeditas (nivelación salarial, homologación de prestaciones, manejo de nómina, almacenes, abasto...) requieren de administradores no sólo con preparación académica, sino sobre todo con experiencia en el manejo de problemas administrativos cotidianos y, en muchas ocasiones, específicos del sector.
- Aunque muchos apoyos federales todavía están pendientes, los servicios estatales de salud se preparan por su cuenta para enfrentar con éxito la operación de los servicios y la complicada administración de recursos humanos, financieros y materiales. Estos preparativos, sin embargo, no siguen un plan integral, hasta el momento han aprovechado los espacios que la Secretaría comienza a liberar con

la descentralización. Es muy probable que en el mediano plazo, la combinación de preparativos federales y estatales, además de la autonomía relativa que los estados comienzan a ejercer, muestren servicios de salud mucho más innovadores y creativos, tanto para el abasto o el fortalecimiento de las jurisdicciones, como para incrementar las fuentes de financiamiento alternativo.

Fuentes

- “Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal (SSA) y el Estado de Aguascalientes para establecer las bases para el sistema de cuotas de recuperación”, *Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes*, firmado el 19 de octubre 1987.
- “Acuerdo nacional para la descentralización de los servicios de salud”, *Diario Oficial de la Federación*, 25 de septiembre 1996.
- “Acuerdo que establece la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud”, *Diario Oficial de la Federación*, 27 de enero 1995.
- “Acuerdo sobre la integración del Consejo Nacional de Salud”, *Diario Oficial de la Federación*, 25 de marzo 1986.
- “Bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la SSA”, *Diario Oficial de la Federación*, 30 de agosto 1983.
- Cabrero, Enrique y José Mejía Lira, *Marco teórico metodológico para el estudio de políticas descentralizadoras en México*, México, CIDE, 1992.
- Cardozo, Myriam, "La descentralización de los servicios de salud en México: hacia la amnesia total o hacia la recuperación de la política", *Gestión y política pública*, 2 (1993), pp. 365-391.
- Cheema, G. Shabbir y Dennis A. Rondinelli (eds.) *Decentralization in Developing Countries*, Beverly Hills, Sage, 1983.
- Coordinación de Proyectos de la SSG, *Consejo de Salud del Estado de Guanajuato*, Guanajuato, SSG, 1996. (Mimeo.).
- Consejo Nacional de Salud, *Hacia la Federalización de la Salud en México*, México, Secretaría de Salud, 1996.
- Cruz, Carlos y Cuauhtémoc Valdés, “Diversidad financiera para la prestación de los servicios de salud”, *Salud Pública de México*, 34 (1992), suplemento, pp. 134-147.
- De la Madrid, Miguel, *La descentralización de los servicios de salud: el caso de México*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1986.
- "Decreto para la descentralización de los servicios de salud para población abierta", *Diario Oficial de la Federación*, 8 de marzo 1984.
- Frenk, Julio, *El peso de la enfermedad en México: un doble reto*, México, FUNSALUD, 1994. (Economía y Salud, 3).
- _____, *Hacia la reforma del sistema de salud: una propuesta estratégica*, México, FUNSALUD, 1994. (Economía y Salud, 12).
- Furniss, Norman, “The practical significance of decentralization”, *The Journal of Politics*, 37 (1974), pp. 958-982.
- Garduño, Roberto, “Al IMSS la mayoría del servicio público de salud”, *La Jornada*, México D. F., 11 de diciembre 1995.
- Gomà, Ricard y Joaquim Brugué, “Public participation in a decentralized city: The case of Barcelona”, Barcelona, Institut de Ciències Polítiques i Socials, 1994. (Working Papers, 84).

- González Block, Miguel Ángel, "La descentralización del sector salud en México. Alcances y limitaciones de los sistemas locales de salud", *Salud Pública de México*, 34 (1992), suplemento, pp. 117-133.
- _____, René Leyva y otros, "Health services decentralization in Mexico: formulation, implementation and results of policy", *Health Policy and Planning*, 4 (1989), pp. 301-313.
- Instituto de Salud de Aguascalientes, "Programa de Trabajo 1996", Aguascalientes, ISEA, 1995. (Mimeo.).
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *Conteo 95. Tabulados básicos*, México, INEGI, 1996.
- México, *Ley General de Salud*, 1983.
- México, *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal*, 1996.
- Mills, Anne y otros, *Descentralización de los Sistemas de Salud. Conceptos, aspectos y experiencias nacionales*, Ginebra, OMS, 1995.
- "Plan Nacional de Desarrollo", *Diario Oficial de la Federación*, miércoles 31 de mayo 1995.
- Oszlak, Oscar y otros, "El Estado y los servicios de salud", Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud, 1987. (Mimeo.).
- Porter, David O. y Eugene A. Olsen, "Some critical issues in government centralization and decentralization", *Public Administration Review*, 36 (1976), pp. 72-84.
- Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*, México, Poder Ejecutivo Federal, 1995.
- Redorta, Esthela, *Financiamiento y prestación de servicios públicos de salud en México en un contexto de reestructuración e innovación*, México, CIDE, 1995. (Documento de Trabajo, DAP, 29).
- Ruiz de Chávez, Dulce, "Un proyecto resucitado", *Reforma*, México D. F., 6 de marzo 1996, p. 13A.
- Santizo, Claudia, *Las perspectivas del Nuevo Federalismo: El sector educativo*, México, CIDE, 1997. (Documento de Trabajo, DAP, en prensa)
- Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Sistema Nacional de Salud. Avances y perspectivas*, México, SSA, 1984. (Cuadernos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 7).
- Secretaría de Salud, *Descentralización de los servicios de salud a población abierta. Avances y perspectivas*, México, SSA, 1987.
- _____, *Descentralización de los servicios de salud. Manual de lineamientos generales 1996. Anexos*, México, SSA, 1996, anexo 5.
- _____, *Informe de labores (1989-1990, 1990-1991, 1991-1992, 1992-1993 y 1993-1994)*, México.
- _____, *Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta 1995*, México, SSA, 1995.
- _____ y Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, *Compilación de la Normatividad Laboral de la Secretaría de Salud 1994-1997*, México, SSA-SNTSSA, 1994.
- Servicios de Salud de San Luis Potosí, Taller de Programación-Presupuestación, San Luis Potosí, SSSLP, 1997. (Mimeo.).
- Simon, Herbert, *El comportamiento administrativo*, trad. por Amando L. Ros y Elida B. Messina, Buenos Aires, Aguilar, 3ª ed., 1988.
- Smith, Brian, *Decentralization. The territorial dimension of the state*, Londres, George Allen & Unwin, 1984.

- Soberón, Guillermo, *Planteamientos iniciales para la consolidación del Sistema Nacional de Salud*, México, SSA, 1984. (Cuadernos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 2).
- _____ y Leobardo Ruiz, *Hacia un Sistema Nacional de Salud*, México, UNAM, 1983.
- _____ y otros (comps.), *La Salud en México: Testimonios 1988. Fundamentos del cambio estructural*, México, Secretaría de Salud – Fondo de Cultura Económica, 1988.
- Urrutia, Alfonso, “Caos, ineficiencia y duplicidades en los servicios de salud: ARDF”, *La Jornada*, México D. F., 11 de octubre 1995.
- Zedillo, Ernesto, “Palabras del presidente de la República durante la firma de Acuerdos y Convenios para la Descentralización de los Servicios de Salud”, *El Nacional*, 21 de agosto 1996.
- _____, “Texto del mensaje al H. Congreso de la Unión”, *La Jornada*, México D. F., 2 de septiembre 1995.

Entrevistas

En Aguascalientes:

- José F. Esparza, Director General del ISEA, 4 de febrero 1997.
- Rosa María Castellvi, Directora de Planeación del ISEA, 3 y 4 de febrero 1997.
- Alberto Guerra, Director Administrativo del ISEA, 3 de febrero 1997.
- Sergio Romero, Director de la UDE, 3 de febrero 1997.
- Gerardo Meza, Asesor de política social en la Coordinación de Asesores del Gobernador de Aguascalientes, 4 de febrero 1997.

En Guanajuato:

- Carlos Tena, Secretario de Salud, 17 de diciembre 1996.
- Diana Álvarez, Directora de la UDE, 18 de diciembre 1996.
- Jesús Pantoja, Director Administrativo de la SSG, 18 de diciembre 1996.
- Moisés Maldonado, Coordinador de Proyectos Especiales de la SSG, 17 de diciembre 1996.

En San Luis Potosí:

- Sofía Dauajare, Directora General de los SSSLP, 20 y 21 de febrero 1997.
- Samuel Grey, Director de Planeación de los SSSLP, 20 y 21 de febrero 1997.
- Bernardo Magaña, Director Administrativo de los SSSLP, 20 de febrero 1997.
- Claudia García Robles, Directora de la UDE, 20 de febrero 1997.
- Rommel Fernández, Subdirector de la UDE, 20 de febrero 1997.

ANEXO

CUADRO 19

FUNCIONARIOS ENCUESTADOS EN LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

Porcentaje de funcionarios con el grado académico indicado

GRADO	MANDOS SUPERIORES		
	AGS (7)	GTO (7)	SLP (7)
Licenciatura	28.6	0.0	0.0
Maestría	42.9	28.6	71.4
Doctorado	0.0	14.3	0.0
Especialidad	14.3	14.3	14.3
Diplomados y cursos	14.3	42.9	14.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0

GRADO	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA		
	AGS (4)	GTO (4)	SLP (4)
Licenciatura	75.0	50.0	50.0
Maestría	0.0	25.0	25.0
Doctorado	0.0	25.0	0.0
Especialidad	25.0	0.0	25.0
Diplomados y cursos	0.0	0.0	0.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0

GRADO	JEFES DE JURISDICCIÓN		
	AGS (3)	GTO (7)	SLP (6)
Licenciatura	66.7	14.3	0.0
Maestría	0.0	42.9	83.3
Doctorado	0.0	0.0	0.0
Especialidad	33.3	14.3	16.7
Diplomados y cursos	0.0	28.6	0.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaborado por la autora con datos de la Encuesta CIDE sobre perfiles de funcionarios estatales en el sector salud

Nota 1: Mandos superiores incluye al secretario de salud o al director general del OPD, a su secretario particular, al coordinador de la unidad de descentralización y a los directores: administrativo, planeación, regulación sanitaria, servicios de salud.

Nota 2: Dirección administrativa incluye al director administrativo y a los subdirectores de: recursos humanos, recursos materiales y recursos financieros.

Nota 3: En paréntesis, junto al nombre del estado, aparece el total de funcionarios encuestados en cada categoría.

CUADRO 20
FUNCIONARIOS ENCUESTADOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD ESTATALES
ITINERARIOS LABORALES

Itinerario laboral	Aguascalientes		Guanajuato		San Luis Potosí	
	Número	%	Número	%	Número	%
PRV -- PUB	1	7.7	1	6.3	1	6.3
FED -- EST	1	7.7	2	12.5	4	25.0
OEST -- EST	1	7.7	1	6.3	1	6.3
EST1	4	30.8	2	12.5	6	37.5
EST2	6	46.2	10	62.5	4	25.0
TOTAL	13	100.0	16	100.0	16	100.0

Fuente: Elaborado por la autora con datos de la Encuesta CIDE sobre perfiles de funcionarios estatales en el sector salud

Notas: PRV -- PUB Sector privado a sector público

FED -- EST Sector público federal a sector público estatal

OEST -- EST Sector público de otros estados a sector público del estado estudiado

EST1 Con dos empleos consecutivos en el sector público estatal, incluyendo el actual

EST2 Con tres o más empleos consecutivos en el sector público estatal, incluyendo el actual

CUADRO 21
FUNCIONARIOS ENCUESTADOS EN LOS SERVICIOS ESTATALES
PORCENTAJE DE FUNCIONARIOS CON EL ITINERARIO LABORAL INDICADO

Itinerario laboral	MANDOS SUPERIORES*		
	AGS (7)	GTO (7)	SLP (7)
PRV-- PUB	14.3	0.0	0.0
FED -- EST	14.3	14.3	57.1
OEST -- EST	14.3	0.0	14.3
EST1	14.3	28.6	28.6
EST2	42.9	57.1	0.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0

Itinerario laboral	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**		
	AGS (4)	GTO (4)	SLP (4)
PRV-- PUB	25.0	25.0	25.0
FED -- EST	0.0	25.0	0.0
OEST -- EST	0.0	25.0	0.0
EST1	50.0	0.0	75.0
EST2	25.0	25.0	0.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0

Itinerario laboral	JEFES DE JURISDICCIÓN		
	AGS (3)	GTO (7)	SLP (6)
PRV-- PUB	0.0	0.0	0.0
FED -- EST	0.0	14.3	0.0
OEST -- EST	0.0	0.0	0.0
EST1	33.3	71.4	33.3
EST2	66.7	0.0	66.7
OTRO	0.0	14.3	0.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaborado por la autora con datos de la Encuesta CIDE sobre perfiles de funcionarios estatales en el sector salud

* Incluye al secretario de salud o al director general del OPD, a su secretario particular, al coordinador de la unidad de descentralización y a los directores: administrativo, planeación, regulación sanitaria, servicios de salud.

** Incluye al director administrativo y a los subdirectores de: recursos humanos, recursos materiales y recursos financieros.

Notas:PRV -- PUB Sector privado a sector público

FED -- EST Sector público federal a sector público estatal

OEST -- EST Sector público de otros estados a sector público del estado estudiado

EST1 Con dos empleos consecutivos en el sector público estatal, incluyendo el actual

EST2 Con tres o más empleos consecutivos en el sector público estatal, incluyendo el actual

CUADRO 22
FUNCIONARIOS ENCUESTADOS EN EL SECTOR SALUD
PORCENTAJE DE FUNCIONARIOS CON DIVERSOS ITINERARIOS
LABORALES EN EL SECTOR SALUD

Itinerario laboral	Aguascalientes		Guanajuato		San Luis Potosí	
	Número	%	Número	%	Número	%
SFED -- SEST	1	7.7	1	5.9	3	18.8
SOE -- SEST	1	7.7	0	0.0	1	6.3
SEST1	4	30.8	2	11.8	5	31.3
SEST2	6	46.2	10	58.8	4	25.0
NEXP	1	7.7	3	17.6	3	18.8
OTRO	0	0.0	1	5.9	0	0.0
TOTAL	13	100.0	17	100.0	16	100.0

Fuente: Elaborado por la autora con datos de la Encuesta CIDE sobre perfiles de funcionarios estatales en el sector salud

Notas:

SFED -- SEST Sector salud federal a sector salud estatal
SOE -- SEST Sector salud en otros estados a sector salud del estado estudiado
SEST1 Con dos empleos consecutivos en el sector salud estatal, incluyendo el actual
SEST2 Con tres o más empleos consecutivos en el sector salud estatal, incluyendo el actual
NEXP Sin experiencia en el sector salud

CUADRO 23
FUNCIONARIOS ENCUESTADOS EN EL SECTOR SALUD
PORCENTAJE DE FUNCIONARIOS CON DIVERSOS ITINERARIOS
LABORALES EN EL SECTOR SALUD

Itinerario laboral	MANDOS SUPERIORES*		
	AGS (7)	GTO (7)	SLP (7)
SFED -- SEST	14.3	0.0	42.9
SOE -- SEST	14.3	0.0	14.3
SEST1	14.3	28.6	14.3
SEST2	42.9	57.1	0
NEXP	14.3	14.3	28.6
TOTAL	100.0	100.0	100.0

Itinerario laboral	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**		
	AGS (4)	GTO (4)	SLP (4)
SFED -- SEST	0.0	0.0	0.0
SOE -- SEST	0.0	0.0	0.0
SEST1	50.0	0.0	50.0
SEST2	25.0	25.0	0.0
NEXP	25.0	75.0	50.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0

Itinerario laboral	JEFES DE JURISDICCIÓN		
	AGS (3)	GTO (7)	SLP (6)
SFED -- SEST	0.0	14.3	0.0
SOE -- SEST	0.0	0.0	0.0
SEST1	33.3	0.0	33.3
SEST2	66.7	71.4	66.7
NEXP	0.0	0.0	0.0
OTRO	0.0	14.3	0.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaborado por la autora con datos de la Encuesta CIDE sobre perfiles de funcionarios estatales en el sector salud

* Incluye al secretario de salud o al director general del OPD, a su secretario particular, al coordinador de la unidad de descentralización y a los directores: administrativo, planeación, regulación sanitaria, servicios de salud.

** Incluye al director administrativo y a los subdirectores de: recursos humanos, recursos materiales y recursos financieros.

En paréntesis, junto al nombre del estado, aparece el total de funcionarios encuestados en cada categoría

Notas:

SFED -- SEST Sector salud federal a sector salud estatal

SOE -- SEST Sector salud en otros estados a sector salud del estado estudiado

SEST1 Con dos empleos consecutivos en el sector salud estatal, incluyendo el actual

SEST2 Con tres o más empleos consecutivos en el sector salud estatal, incluyendo el actual

NEXP Sin experiencia en el sector salud