

**Economía Política de las
Relaciones Centro-Locales en las
Instituciones de Salud de México.**

Tesis que Presenta

Miguel Angel González Block

como Parte de los Requisitos para Obtener el
Grado de Doctor en Ciencias Sociales
con Especialidad en Sociología.

**Centro de Estudios Sociológicos,
El Colegio de México.**

México D.F., a 3 de abril de 1989.

Agradecimientos

Esta obra forma parte del proceso que intenta describir, comprender y explicar. La distancia que logré tomar de él fue siempre dentro de espacios de reflexión que le fueron propios y que estuvieron abiertos para la investigación y el cambio. Por ello quiero agradecer muy especialmente a las autoridades y trabajadores del sector salud, quienes me brindaron su confianza para ahondar en un proceso histórico. De manera muy especial le agradezco al Dr. Guillermo Soberón, quien apoyó la investigación sociológica, alentando la crítica y la reflexión como herramientas de progreso.

Muchas personas contribuyeron para hacer posible esta investigación, más de las que puedo nombrar. De manera muy especial agradezco la Dra. Viviane B. de Márquez, directora de la tesis, quien con mucha paciencia y dedicación aportó valiosas ideas y sugerencias. El Dr. Julio Frenk, Director General del Instituto Nacional de Salud Pública, me estimuló para abordar la temática tratada, percatándose de que la descentralización del sector salud presentaba oportunidades históricas para la investigación. El Dr. Frenk brindó también el contexto institucional sin el cual la investigación no hubiera sido posible.

Muchos profesores del Centro de Estudios Sociológicos del Colegio de México y colegas investigadores del Centro de Investigaciones en Salud Pública me ofrecieron ideas, sugerencias y camaradería. Agradezco la orientación y comentarios siempre veraces y agudos del Dr. Ricardo Loewe; la colaboración de Oscar Zapata y René Leyva en el procesamiento de la información; de Nadine Gasman en la realización de las entrevistas y de Rosalía Monterrubio en el apoyo secretarial.

La investigación fue financiada parcialmente por el Instituto Nacional de Salud Pública y el Programa PROASA de la Escuela de Salud Pública de México. También agradezco a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California, Berkeley, donde realicé investigación bibliográfica y redacté parte del material.

Para Paty, m. a.

Indice General

| | |
|--------------------------|----------|
| Introducción..... | 1 |
|--------------------------|----------|

PARTE I.

Teoría y Método

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| I. Conceptualización de las Relaciones Centro-Locales | 15 |
| Centralización e Integración | 16 |
| Principios de Vinculación..... | 22 |
| Génesis y Estructuración | 25 |
| Economía Política | 30 |
| II. Políticas Estatales y Relaciones Centro- Locales: Marco Teórico para la Investigación..... | 41 |
| Problema de Investigación..... | 41 |
| Teorías del Estado y Políticas Estatales..... | 42 |
| Síntesis Teórica..... | 57 |
| III. Metodología..... | 61 |
| Objetivos de la Investigación. | 61 |
| Hipótesis | 62 |
| Unidades de Análisis..... | 66 |
| Unidades y Técnicas de Observación..... | 69 |

PARTE II.
Historia de las Relaciones
Centro-Locales en el Sector Salud

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| IV. Génesis de los Principios de Vinculación Centro-Local | 82 |
| El Consejo de Salubridad vs. El Ejecutivo: 1917 a 1929..... | 83 |
| El Principio Territorial: 1930 a 1934..... | 94 |
| Política de Salud para la Organización Económica: 1934-1940..... | 104 |
| Conclusiones Preliminares..... | 112 |
| V. Industrialización, Centralización y Fragmentación | 115 |
| Verticalismo y Crecimiento Económico: 1941 a 1958..... | 115 |
| Desarrollo Estabilizador, Regionalización y Fragmentación: 1959 a 1970..... | 134 |
| Conclusiones Preliminares..... | 141 |
| VI. Las Relaciones Centro-Locales Ante la Crisis Política y Económica | 144 |
| Solidaridad Social y Legitimación..... | 144 |
| La Herencia de López Portillo..... | 153 |
| Conclusiones Preliminares..... | 169 |

PARTE III
La Descentralización y la Reforma
Estructural del Sector Salud

| | |
|------------------------------------------------------------------|------------|
| VII. Formulación de la Sectorización y la Devolución..... | 171 |
| Crisis Económica e Impacto en el Gasto Público..... | 171 |
| Crisis y Crítica del Centralismo..... | 174 |
| "Descentralización de la Vida Nacional"..... | 178 |
| Racionalidad de la Devolución del Sector Salud..... | 180 |
| Formulación de la Sectorización y la Devolución..... | 184 |
| Legislación y Recepción de las Nuevas Políticas..... | 192 |
| Conclusiones Preliminares..... | 199 |
| | |
| VIII. Implantación de la Devolución..... | 202 |
| Pugna por la Definición de la Política..... | 202 |
| Implantación de la Política "Definitiva"..... | 207 |
| Adopción Selectiva..... | 214 |
| Interrupción | 221 |
| Conclusiones Preliminares..... | 225 |
| | |
| IX. Consecuencias de la Devolución..... | 227 |
| Estructura de los Servicios Estatales de Salud..... | 229 |
| Devolución y Efectividad..... | 242 |
| Participación en la Planeación..... | 248 |
| Devolución y Equidad..... | 269 |
| Conclusiones Preliminares..... | 274 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| X. Conclusiones Generales | 278 |
| Predominancia de la Combinación Técnico-Corporativista..... | 279 |
| Reivindicación del Principio Territorial..... | 282 |
| Consecuencias para la Población de la Reivindicación del Principio Territorial..... | 288 |
| Las Relaciones Centro-Locales Ante la Coyuntura Actual..... | 291 |
| | |
| Fuentes Citadas | 294 |
| Publicaciones..... | 294 |
| Documentos No Publicados o de Circulación Restringida..... | 305 |
| Entrevistas..... | 308 |

Sin Numeración, anexo al final:

Figuras

- 1- Modalidades de las relaciones centro-locales según cambios relativos en el monto del financiamiento por los distintos niveles de gobierno.
- 2- Contenido de las estrategias de cambio de las relaciones centro-locales.
- 3- Dimensiones relevantes para el análisis de los cambios de las relaciones centro-locales.
- 4- Regionalización socioeconómico-demográfica de la República Mexicana, según estados con y sin devolución de la servicios de salud en 1988.

Cuadros

- 1- Relación entre factores, unidad de análisis, unidad de observación y técnicas de observación.
- 2- Indicadores socioeconómicos en Oaxaca, Guerrero y a nivel nacional.
- 3- Enfoque del gasto federal según periodo, 1917 a 1982.
- 4- Gasto porcentual y per cápita de la federación en salud y bienestar social y en educación para distintos periodos, 1917,1982.
- 5- PIB per cápita y cambio porcentual del mismo en distintos periodos, 1917-1982.
- 6- Ingresos fiscales del Estado como porcentaje, según nivel de gobierno en años seleccionados. 1900-1960.
- 7- Gasto federal per cápita en salud. Total y según población, 1982-1987.
- 8- Número de unidades médicas rurales en estados con y sin devolución que pertenecían al programa IMSS-COPLAMAR en 1985.
- 9- Participación de los gobiernos estatales en el financiamiento de los servicios de salud, expresado como porcentaje del total, según estados con y sin devolución. 1984-1987.
- 10- Tasas de prevalencia de paludismo según nivel y región de alta, media y baja prevalencia en México, en estados con y sin devolución. 1982-1987.
- 11- Estados con y sin devolución, según región de alta, media y baja prevalencia de paludismo.
- 12- Población abierta según estrato socioeconómico e indicadores de servicios de salud per cápita, antes y después de la devolución.
- 13- Cambio en los indicadores de servicios de salud per cápita en Guerrero y Oaxaca, antes y después de la devolución en Guerrero.

Gráficas

- 1- Porcentaje del presupuesto federal asignado a salud y seguridad social y a educación, según población y periodo. 1916-1982.
- 2- Gasto per cápita en salud y seguridad social y en educación, según población y periodo, 1916-1982.
- 3- Porcentaje de ingresos fiscales según nivel de gobierno, en años seleccionados. 1916-1960.
- 4- Tasa de mortalidad por paludismo en México. 1925 a 1958.
- 5- Gasto en el sector salud, según población.1982-1988.
- 6- Aporte relativo para el financiamiento de servicios de salud a población abierta entre el gobierno federal y los gobiernos estatales, según situación administrativa y año. Expresado como aporte porcentual del gobierno estatal.1984-1987.
- 7- Tasas de prevalencia de paludismo, según situación administrativa de los estados y año.1982-1987.
- 8- Cambio porcentual en la tasa de prevalencia de paludismo reportada en estados de alta prevalencia ($>100 \times 100,000$), según situación administrativa. 1982-1987.
- 9- Cambio porcentual en la tasa de prevalencia de paludismo esperada en estados de alta prevalencia ($>100 \times 100,000$), según situación administrativa. 1982-1987.
- 10- Cambio porcentual en la tasa de prevalencia reportada de paludismo en estados de Prevalencia Media ($<100, >10 \times 100,000$), según situación administrativa. 1982-1987.
- 11- Cambio porcentual en la tasa de prevalencia esperada de paludismo en estados de Prevalencia Media ($<100, >10 \times 100,000$), según situación administrativa. 1982-1987.
- 12- Situación esperada de los indicadores de servicios de salud per cápita según estrato socioeconómico, antes y después de la devolución.

- 13- Situación de los indicadores de servicios de salud per cápita en Guerrero según estrato socioeconómico, antes de la devolución (1985).
- 14- Situación de los indicadores de servicios de salud per cápita en Oaxaca según estrato socioeconómico, en 1985.
- 15- Situación de los indicadores de servicios de salud per cápita en Oaxaca según estrato socioeconómico, durante el bienio 1986-1987.
- 16- Situación de los indicadores de servicios de salud per cápita en Guerrero según estrato socioeconómico, durante el bienio posterior a la devolución (1986-1987).
- 17- Cambio porcentual entre 1985 y el bienio 1986-1987 en los indicadores de servicios de salud per cápita en Oaxaca, según estrato socioeconómico.
- 18- Cambio porcentual entre 1985 y el bienio 1986-1987 en los indicadores de servicios de salud per cápita en Guerrero, según estrato socioeconómico.

Anexo

Guías de las entrevistas semi-estructuradas.

Introducción

México está experimentando la crisis económica más profunda de su historia, señal indudable del agotamiento del modelo de sustitución de importaciones y exportación de materias primas seguido en los últimos 50 años. La administración del presidente Miguel de la Madrid que gobernó al país entre 1982 y 1988 respondió a esta crisis con una política económica tendiente a incrementar la competitividad de la planta productiva en el mercado internacional, mejor conocida como la "reconversión industrial". Es en este contexto que cobra relevancia la política social que acompañó a las medidas económicas, particularmente la descentralización de las responsabilidades del Estado y el papel protagónico que se pretendió asumieran en esta materia los gobiernos estatales y municipales.

La interrogante que plantea la descentralización de la política social en los 80's gira en torno al nuevo papel que el Estado está asumiendo frente al desarrollo económico y la promoción del bienestar. Es claro que la descentralización está relacionada en el terreno económico a la transformación del Estado como rector de la economía, quedando éste cada vez menos ligado a la producción directa y más a la promoción de la reconversión industrial. No obstante, cabe plantear la hipótesis de que el principal significado de la descentralización es dar nuevas responsabilidades a estados y municipios que permitan limitar aquellas ejercidas durante décadas por la federación, sin que por ello el Estado renuncie al control político que le ha conferido el desarrollo de instituciones dirigidas al bienestar.

El gobierno federal acudió a las autoridades estatales y municipales al enfrentarse a un dilema: Por un lado se vió en el

- 2 - Introducción

"nuevo federalismo" la oportunidad de conseguir los recursos financieros y el instrumental administrativo que la crisis obligó a recortar al nivel central. Por otra parte, la propia crisis obligó a una política social fuerte y renovada, capaz de negar sus más inmediatas consecuencias sobre los niveles de bienestar y la propia legitimidad del Estado. Ante este dilema la respuesta no fue la simple opción entre las alternativas que daban las instituciones vigentes, sino que se se buscó una salida congruente con la economía política perseguida por la nueva élite dominante, esto es, con la transformación del corporativismo.

La administración de Miguel de la Madrid se propuso desde sus inicios impulsar la descentralización de la vida nacional como base de una política tendiente a transformar el modelo de desarrollo económico. Al respecto, de la Madrid dijo que en su campaña electoral que

La descentralización de la vida nacional la buscaremos mediante el fortalecimiento del federalismo y del municipio, ampliando sus facultades en las tareas del desarrollo; el fomento de la producción y del empleo fuera de las grandes concentraciones urbanas; apoyo al campo; fortalecimiento de las ciudades medias y limitación del crecimiento de las grandes zonas de concentraciones urbanas; la desconcentración política, administrativa, económica y cultural [1].

No obstante el amplio espectro de la política global, de la Madrid dió especial atención a la descentralización de los sectores de salud y educación. Los demás sectores serían objeto principalmente de acciones desconcentradoras, tendientes a impulsar el desarrollo regional².

La importancia conferida a la descentralización del sector salud en México nos lleva a cuestionar en esta tesis cuál fue su

¹ Citado en U. Beltrán, y S. Portilla (1986), "El proyecto de descentralización del gobierno mexicano 1983-1984", en B. Torres, (ed.) *Descentralización y democracia en México*, México, El Colegio de México, p.91.

² *Ibid.*

relevancia actual en la transformación de las relaciones entre el Estado y la sociedad, y cuáles fueron sus antecedentes históricos. La descentralización en México durante la década de los 80 no fue un caso aislado, especialmente en el sector salud. En América Latina Brasil, Chile, Argentina, Perú, Panamá y Honduras tienen actualmente ambiciosos programas de descentralización del sector salud³. Mientras que en Perú —país unitario y centralista por tradición— esta política es piedra angular del proceso democratizador que lleva a cabo Alán García, en Chile parece ser, más bien, una estrategia impuesta por el FMI con el propósito de recortar los recursos públicos destinados a la salud. Es claro que la política descentralizadora instrumenta múltiples fines políticos en los diferentes países de América Latina. No obstante, parece estar relacionada en todos los casos con la búsqueda de nuevas formas para brindar servicios de salud bajo esquemas que apoyen las diferentes salidas políticas a la crisis mundial.

La descentralización de la salud en México se emprendió en el contexto de otras políticas innovadoras tendientes a resolver un problema general que según el Secretario del ramo, se evidenció en

...una insuficiente y desarticulada capacidad para lograr la plena cobertura de servicios; en su calidad desigual; en su creciente centralización; en su reducida participación comunitaria; y en la ausencia de una entidad rectora que coordinara y condujera las actividades en la materia [4].

La propuesta fue de llevar adelante un ambicioso cambio estructural, sustentado en la política de brindar servicios de salud como un derecho constitucional y garantía social de todos los habitantes del país. Resalta el hecho de que a la vez que el Estado aumentó sus obligaciones, la federación deslindó

³ CLAD-OPS (1987); *Seminario de Formulación, Implementación y Evaluación de Políticas de Salud. Reporte Final*, San José de Costa Rica, Mimeo.

⁴ G. Soberón, *El Derecho a la Salud*, México, Partido Revolucionario Institucional. (Jornadas de Análisis), p.13.

y disminuyó las propias, mientras se aumentaron las correspondientes a los estados y municipios. En 1983 se expidió la Ley General de Salud con el objetivo de deslindar las materias de la salubridad general que corresponde al Gobierno Federal atender, tanto en exclusiva, como en concurrencia con los gobiernos locales. Por otra parte, se expedieron leyes estatales de salud que distribuyen competencias, acciones y corresponsabilidades entre los diversos niveles de gobierno.

Con su implantación legislativa, el Derecho a la Salud modificó las bases de legitimidad sobre las cuales se fundamenta el desarrollo de las instituciones sanitarias. Mientras que antes la salud era brindada centralizadamente según la legitimidad del mercado, de los privilegios logrados por grupos particulares o de la asistencia social a los desprotegidos, ahora el Estado dentro de un nuevo federalismo tiene la obligación de velar por la salud de todos los mexicanos más allá de la capacidad de pago, la influencia política o la necesidad⁵. El derecho a la salud vino a legitimar entonces la modificación de los viejos arreglos técnico-corporativos sobre nuevas bases territoriales.

La reforma estructural del sector salud se apoyó en cinco estrategias básicas: sectorización, modernización, relacionamiento intersectorial, participación comunitaria y descentralización. La sectorización tuvo por objetivo conformar al Sector Salud bajo la coordinación de la Secretaría del ramo e integrada con un ámbito administrativo, en el cual participarían las agencias federales, y otro programático, en el que se encontrarían la seguridad social paraestatal y los servicios de salud del Departamento del Distrito Federal. Un propósito cardinal de la sectorización fue la unificación orgánica de las múltiples instancias del subsector administrativo que prestaban servicios a la población abierta.

⁵ G. Soberón, "El cambio estructural en la salud", *Salud Pública de México*, 29 (1987), 127-140.

La modernización administrativa tuvo como propósito transformar a la Secretaría de Salud, de agencia prestadora de servicios, en agencia planificadora, normativa y de investigación. Este cambio se hizo más necesario por la multiplicidad de principios organizativos e instancias redundantes que daban cuerpo a la antigua Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)⁶. La reducción de instancias administrativas, la simplificación de principios organizativos y la delimitación de funciones tuvo como fin "hacer más con menos" y enfrentar una situación de recursos decrecientes pero necesidades crecientes. La coordinación intersectorial fue implantada por medio del Consejo de Salubridad General y el Gabinete de Salud, presidido por el Ejecutivo Federal. El objetivo fue vincular las acciones de salud con otras en el ámbito económico, social, político y cultural que muestran claras interrelaciones. La participación comunitaria, por último, buscó que los servicios de salud se conviertan en valores culturales de la comunidad, favoreciendo su mayor cuidado, acrecentamiento y valor social⁷.

La descentralización dentro del sector salud pretendió aplicar en este ámbito la política más amplia de la descentralización de la vida nacional. No obstante, sólo abarcó propiamente la modalidad administrativa del sector, compuesta por la Secretaría de Salud como por el programa IMSS-COPLAMAR, los servicios médicos del Instituto Nacional Indigenista, los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal y aquellos pocos a cargo de los gobiernos estatales. Los otros componentes del sector se descentralizarían sólo a través de una mayor delegación de funciones a sus agencias estatales⁸ y, sobre todo, la

⁶ El cambio de nombre a "Secretaría de Salud" fue parte de la modernización de la Secretaría en esta administración.

⁷ G. Soberón, "El cambio estructural en la salud", p. 17.

⁸ Los otros componentes son el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Servicios Sociales al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y los servicios

- 6 - Introducción

vinculación con los servicios propiamente descentralizados, dentro de un sistema estatal de salud bajo la coordinación de la Secretaría de Salud Estatal u órganos similares.

La descentralización se proponía apoderar a los gobiernos estatales y municipales con el fin de satisfacer las necesidades de bienestar social de sus poblaciones. La política pretendía dar poder al nivel local, como lo manifestó el Secretario de Salud:

Descentralizar es distribuir poder y no simular formas que sólo logran llevar el centralismo a la provincia o disgregar nuestro pacto de unión. Los Estados de la Federación tienen reconocida madurez y creciente eficacia para asumir, con éxito, los nuevos retos que vive México en esta hora [9].

La descentralización no representó sólo la búsqueda de mayores recursos o de legitimación; permitió también avanzar en la transformación de la estructura corporativa, al restarle responsabilidades a la seguridad social en la ejecución de la política de bienestar dirigida a las masas postergadas. El cambio en los canales de ejecución significó una transferencia de legitimidad hacia nuevas estructuras territoriales de representación social, más consonantes con el liberalismo del Estado y su papel en la promoción del desarrollo. El análisis de la formulación e implantación de la descentralización resulta entonces una excelente arena desde la cual observar la transformación de la estructura política de la sociedad entera.

La importancia que tiene ahora la descentralización contrasta con la poca atención que se ha brindado al análisis de la interacción entre las distintas dimensiones por medio de las cuales se estructura el poder en México. Bajo el supuesto de que el gobierno federal y corporativista monopoliza el poder político en México se le ha restado importancia a los gobiernos estatales y municipales, viéndoseles como entelequias formales y carentes por tanto de dinamismo. Se olvidó que si

médicos de Pemex.

⁹ G. Soberón, "El cambio estructural en la salud", p.16.

las instituciones de gobierno subfederales eran relegadas, aunque no eliminadas, por ello mismo cumplían un papel de importancia en el sostenimiento del marco político en el que se sustentó el modelo de desarrollo posrevolucionario¹⁰. Por otra parte, el papel político que juegan en este contexto los organismos paraestatales no ha sido suficientemente analizado, limitándose los investigadores al estudio de sus repercusiones económicas.

La historia contemporánea de México revela múltiples instancias en las cuales el gobierno federal acudió a los estados y municipios con el fin de aliviar las presiones de distintas crisis económicas y políticas¹¹. Por otra parte, el recurso a las empresas y agencias descentralizadas ha sido un claro ejemplo del cómo la élite gobernante busca trascender las limitaciones que implican sus propias bases de legitimación¹². Es por ello ineludible analizar sociológicamente la interrelación de estas esferas, ahora que se transforma para enfrentar las presiones sociales y económicas del momento. Más aun, todo deja ver que no se trata de un recurso pasajero, sino que afectará sustancialmente la distribución del poder político y las alternativas abiertas al desarrollo socioeconómico en el mediano y largo plazo.

El paradigma dominante

La fuerza ideológica y política de la descentralización contrasta con la visión de integración mundial y formación de

¹⁰ C. Anderson, "Bankers as revolutionaries", en W. Glade and C. Anderson, *The Political Economy of Mexico*, Madison, University of Wisconsin Press, 1963, p. 136.

¹¹ M. C. Needler, *Politics and society in Mexico*, Albuquerque, University of Albuquerque Press, 1971, p. 42.

¹² R.L. Harris, "Centralization and decentralization in Latin America", en S.G. Cheema & D.A. Rondinelli, (eds.) *Decentralization and development. Policy implementation in developing countries*, Beverly Hills, Sage Publications, 1983, p. 190.

los Estados nacionales centralizados que sirvió de paradigma a la investigación sociológica desde fines del siglo pasado. Lejos de tratarse de una revolución en las concepciones sobre el Estado moderno, cabe plantear que la descentralización está íntimamente ligada a la reestructuración del poder central, no siempre ni necesariamente restándole fuerza.

Con el fin de comprender las consecuencias políticas, económicas y sociales de la descentralización es útil examinar los móviles detrás del paradigma anterior, donde la centralización era supuesta como un proceso lineal, irreversible y vinculado con la modernización¹³. Parte de la respuesta es que la sociología política había siempre comprendido al espacio geográfico y las relaciones centro-locales como fenómenos secundarios respecto de sus problemas de estudio. Como dice Sharpe

El análisis ha tendido a comenzar suponiéndose que el Estado es una totalidad uniforme y homogénea, con una correspondiente distribución unificada y centralizada del poder. La indicación de variación espacial del poder ha sido tratada como una aberración que no hubiera ocurrido si no fuera por 'un accidente geográfico', como si toda la política pudiera existir sobre la cabeza de un alfiler [14].

El problema según los teóricos del centralismo era explicar el porqué de su génesis, sin considerar con suficiente detalle las fuerzas que se le oponían. Con este enfoque se argumentó que el Estado nacional centralizado y alineado internacionalmente era una herramienta fundamental en la integración mundial, a lo que se añadía el carácter cada vez más oligopólico del mercado. La creciente movilidad geográfica de la población, gracias primero al tren y luego al automóvil, parecía romper definitivamente con localismos, creando una conciencia nacional unificada y un movimiento de la comunidad

¹³ L.J. Sharpe, "Decentralist trends in western democracies. A first appraisal", en Sharpe,(ed.), *Decentralist trends in western democracies*, London, Sage Publications, 1979, p. 18.

¹⁴ *Ibid.*

local a la comunidad de intereses. Los medios masivos se veían también jugar su papel centralizador, al abarcar a una mayor audiencia y crear una "aldea mundial"¹⁵. Traduciendo estos procesos en términos Durkheimianos, el crecimiento económico y el incremento de la "densidad dinámica" a raíz de la división del trabajo parecían llevar ineluctablemente al predominio de una conciencia colectiva universal y centralista.

El fenómeno de la racionalización y burocratización de la sociedad apoyó la convicción de que el Estado tendía a un creciente control central¹⁶. La dinámica propia de las burocracias implicaba su crecimiento autosostenido, ampliando sus funciones y fomentando intereses propios que evitaran su desplazamiento. Con la industrialización, la urbanización y el aumento en los ingresos, el sector público se veía crecer ante la demanda de funciones administrativas y de seguridad que antes eran provistas de manera privada o local.

Tocqueville argumentó a finales del siglo pasado que el logro del sufragio universal desencadenó una presión sobre el gobierno central tendiente a la aplicación del principio de equidad a las esferas económica y social, imponiéndose a los privilegios regionales y las resistencias locales¹⁷. El Estado moderno justificó en aras de la efectividad técnica la concentración de mayores funciones, proceso al que se le sumó el desarrollo de nuevas tecnologías que exigían una economía de escala regional o nacional para su cabal aprovechamiento.

Quizás de mayor relevancia en el incremento de la participación del gobierno central en la economía fue, como lo apuntó Galbraith, su papel como gerente en la regulación de la demanda agregada, al proveer un sistema de precios estable a las corporaciones oligopólicas que han estado dominando cada vez más al sector privado¹⁸. El Estado debe también de

¹⁵ M. McLuhan, *Understanding Media. The extensions of man*, London, Routledge and Kegan Paul, 1964, p. 7.

¹⁶ M. Weber, *Economía y sociedad*, México, Fondo de Cultura Económica, 1964, p. 1056.

¹⁷ L.J. Sharpe (Ed.), *Decentralist trends in western democracies*, *Op. cit.*, p.14.

proveer otros sistemas de apoyo a las grandes empresas, como lo son un programa de armamentos, alta tecnología y educación superior, esto es, los prerequisites para satisfacer lo que críticos del enfoque pluralista han visto como el "*warfare-welfare state*"¹⁹.

Bajo estos enfoques, la centralización quedó definida como la creciente monopolización de funciones públicas y sociales por parte de los aparatos centrales de los Estados nacionales. En este proceso, las unidades subalternas de gobierno se veían crecientemente subordinadas y disminuídas en el ejercicio de la autoridad pública, hasta un punto de atrofia donde mantenían una existencia meramente formal.

El centralismo ha sido analizado y abordado por varios autores lationamericanistas desde un enfoque cultural, planteando que es una herencia *tout court* de la ferrea monarquía española. Bajo ese enfoque Veliz intenta explicar toda la historia de América Latina aduciendo a que nuestras instituciones... "fueron diseñadas *totalmente* en Madrid por la monarquía más fuerte de la cristiandad y bajo el modelo renacentista de una política centralmente controlada" [nuestro énfasis]²⁰. Bajo esta perspectiva la dialéctica del poder en sus relaciones con la periferia es trivializada, viendose la rebelión más como un rito de obediencia que como un verdadero reto al dominio central.

El centralismo ha sido siempre criticado y resistido por diversas razones, *pace* el enfoque sociológico predominante. Se ha argumentado que promueve el autoritarismo, la enajenación y la ineficiencia, entre otros males. Bajo esta óptica se han promovido —casi nunca con éxito— estrategias o reformas descentralizadoras tendientes a superar los excesos del Estado moderno. No obstante, los críticos han apuntado

¹⁸ *Ibid.*, p. 15.

¹⁹ J. O'Connor, *Fiscal Crisis of the State*, New York, St. Martin's Press, 1973.

²⁰ C. Véliz, "The Centralist Tradition in Latin America", en Wiarda, H., *Politics and Social Change in Latin America*, Boston, Mass., University of Massachusetts, 1974, p. 213.

también que algunas de estas reformas, al extender el brazo administrativo central, tienden a reforzar el *status quo* más que a dar poder a la periferia.

Las interpretaciones que las ciencias sociales han ofrecido de la descentralización no han logrado esclarecer plenamente el significado de los cambios en las relaciones centro-locales del Estado actual, menos aún en los países en vías de desarrollo. Ello se debe en parte a que los enfoques utilizados privilegian la administración pública, donde hay más un afán por justificar que por describir, comprender y explicar los cambios alentados por las nuevas realidades económicas y políticas.

Propósito y contenido de la tesis

En esta tesis abordamos las relaciones centro-locales con un enfoque económico-político. Dicho enfoque comprende el análisis de los cambios en los principios de vinculación centro-local de los distintos órdenes y órganos del aparato estatal y sus consecuencias en la distribución de beneficios a los distintos grupos sociales. Los cambios de los principios de vinculación centro-local que analizamos serán la concentración del poder o centralización y la interrelación de las acciones estatales en los distintos niveles político-administrativos, o congruencia.

Denominamos a nuestro enfoque de economía política puesto que analizaremos las consecuencias de los procesos de cambio en las relaciones centro-locales sobre la estructura de poder al interior de los aparatos estatales, la efectividad de sus acciones, la relación con la participación social y sobre la equidad en la asignación de recursos y en la prestación de servicios.

Para dar cuenta del problema de investigación intentaremos una descripción de los procesos de cambio de las relaciones centro-locales y sus consecuencias en el ámbito de las políticas de salud del Estado mexicano desde 1917 a 1988. La

política descentralizadora del sector salud en México, implantada por el gobierno de Miguel de la Madrid entre 1982 y 1988, será objeto de particular atención. Al abordar este objeto de estudio en una perspectiva histórica pretendemos reunir las condiciones metodológicas necesarias para realizar un examen crítico de las políticas descentralizadoras y establecer el estatus teórico de estas políticas dentro del arsenal de estrategias disponibles al Estado moderno.

La parte teórico-metodológica de la tesis comienza con una exposición de las dimensiones relevantes en la comprensión y explicación de las relaciones centro-locales y de sus cambios y consecuencias para la distribución del poder, atendiendo tanto a los ordenes de gobierno como a los aparatos que componen al Estado. Analizamos el significado sociológico de sus distintas estrategias administrativas utilizadas en la institucionalización de las relaciones centro-locales, definiendo los conceptos de principio de vinculación, centralización y congruencia.

En el capítulo II exponemos el marco teórico para investigar la sociología de las políticas estatales que inciden directamente en la reproducción o modificación de las relaciones centro-locales en México. Con este fin establecemos los conceptos y variables relevantes a partir de un análisis de aquellos disponibles en distintas corrientes sociológicas.

En el capítulo III planteamos la metodología seguida en la investigación de las relaciones centro-locales del sector salud en México. Describimos primeramente los objetivos que persiguió la investigación, planteando después las hipótesis que la orientaron, las unidades de análisis y de observación y los instrumentos utilizados para la observación empírica.

La segunda parte de la tesis está dedicada al análisis de la génesis, fragmentación y centralización de los principios de vinculación centro-local en el sector salud. En el capítulo IV abordamos el período de consolidación del gobierno pos-revolucionario entre 1917 y 1940, definido por el énfasis

económico en la exportación de materias primas y el comienzo de la sustitución de importaciones. La periodización obedece también al hecho de que el desarrollo económico influyó sobre la génesis de los diversos principios de vinculación bajo los cuales comenzó la centralización de las relaciones centro-locales de las instituciones públicas de salud.

El capítulo V está dedicado a la descripción y análisis de la profundización de la centralización y la fragmentación de las instituciones de salud entre 1941 y 1970. Este periodo de rápido crecimiento económico y del llamado "desarrollo estabilizador" influyó para que predominaran las acciones selectivas de salud de comando centralizado a la vez que las instituciones organizadas con principios corporativos.

El capítulo VI enfoca en las administraciones de los presidentes Luís Echeverría Álvarez y José López Portillo, cuando la crisis en el modelo de sustitución de importaciones llevó a nuevas políticas de salud basadas en la solidaridad social. A la fragmentación y centralización se añadió entonces el traslape de funciones entre agencias de gobierno, lo que acrecentó la ingobernabilidad del sector salud.

En la tercera parte de la tesis nos abocamos al análisis de las políticas de sectorización y descentralizadora del sector salud entre 1982 y 1988 y de sus relaciones con la política global de Miguel de la Madrid. El capítulo VII describe el contexto dentro del cual se dió la formulación y adopción de las políticas de salud, analizando su interrelación y el papel que en ella tuvieron tanto la Secretaría de Salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social. Si bien el enfoque fue fundamentalmente sobre la descentralización, describimos aquellos aspectos de la sectorización que permiten comprender la racionalidad y viscosidades de la política descentralizadora. A la inversa, el análisis del cambio en las relaciones centro-locales permite explicar en algunas características de la sectorización.

En el capítulo VIII abordamos la implantación de la descentralización, analizando la interpretación que le dieron

los actores implicados, los conflictos que se sucedieron a raíz de sus divergencias y las consecuencias que tuvieron sobre el logro de la implantación a nivel nacional. Profundizamos en la sociología de la descentralización al analizar las características de los estados donde se implantó la política, los casos donde no procedió o se abortó y las razones detrás de su interrupción.

En el capítulo IX describimos las consecuencias de la política descentralizadora sobre la estructura político-administrativa y de servicios a nivel estatal, enfocando el análisis en un diseño comparativo de los casos de Guerrero y Oaxaca. Analizamos primero el patrón de relaciones centro-locales que se estableció entre los estados y la federación, describiéndose sus distintas formas y grados de centralización y congruencia. Después comparamos la efectividad de la acción sanitarista bajo distintas condiciones de centralización, viendo en qué medida la descentralización fue una respuesta viable a los problemas de salud. Seguidamente analizamos la participación de los gobiernos municipales, agencias gubernamentales y grupos sociales en la planificación descentralizada de los servicios y acciones que inciden sobre la salud. Finalmente se analiza el impacto de la descentralización sobre la equidad, y la forma en que interactuó con la crisis económica en Guerrero y Oaxaca.

El último capítulo presenta las conclusiones generales en torno a las hipótesis planteadas. Se discute la génesis, estructuración y predominancia de los principios de estructuración, señalando los intereses detrás de estos procesos y las consecuencias para la efectividad, la participación y la equidad de las políticas de salud. Finaliza apuntando las posibles consecuencias de la historia y de los cambios recientes en las relaciones centro-locales para las políticas de salud del Presidente Carlos Salinas de Gortari.

Conceptualización de las Relaciones Centro-Locales

La conceptualización del problema de la centralización y descentralización del Estado por parte de la sociología contemporánea ha mostrado sesgos teóricos y limitaciones empíricas que nos obligan a una amplia reformulación. Con este propósito nos abocamos en el presente capítulo a desarrollar el concepto de "relaciones centro-locales", como un constructo dentro del cual comprender la dinámica de la centralización y la descentralización.

Propondremos que las relaciones centro-locales se componen de tres dimensiones. Incluye la centralización-descentralización del poder político, que es nuestro principal objeto de atención. La centralización es función a su vez de los principios de vinculación centro-local por medio de los cuales se legitima y expresa el poder. La tercera dimensión está dada por el grado de integración-fragmentación de la acción estatal en las instituciones que la formulan y aplican, o al interior de éstas. Argumentaremos que el grado de centralización de la acción estatal y las estrategias disponibles para modificarlo guardarán estrecha correspondencia con la variabilidad en las otras dos dimensiones complementarias de las relaciones centro-locales.

Una vez aisladas las dimensiones relevantes de las relaciones centro-locales procedemos a analizar teóricamente su interacción, estableciendo primero su génesis y estructuración. Finalmente analizamos las determinantes

sociológicas y el contexto de economía política que pueden explicar la reproducción y el cambio de las relaciones centro-locales, contrastando nuestras categorías con la racionalidad administrativa del Estado.

CENTRALIZACION E INTEGRACION

Centralización-Descentralización

El significado teórico de las políticas descentralizadoras ha sido obscurecido por la falta de precisión sobre el significado del concepto "descentralizar". La mayoría de los estudiosos del tema parten de una definición administrativa donde "descentralizar" es entendido como la transferencia de responsabilidades, discutiéndose sólo después las implicaciones que dicha transferencia tiene respecto del balance del poder entre las distintas unidades de gobierno implicadas. Aquí optaremos por el camino inverso, definiendo como objeto de estudio ya no los procedimientos administrativos, sino el balance del poder entre las unidades de gobierno que existe o resulta después de la aplicación de políticas. La descentralización se entenderá entonces como un cambio en el valor de una relación, más que como la transferencia absoluta de responsabilidades. Sobre esta base se examinará cómo y porqué inciden en este balance las medidas político-administrativas tendientes a modificar las relaciones centro-locales.

B.C. Smith define la descentralización por el grado al que la autoridad es transferida o dispersada a través de la jerarquía geográfica del Estado:

La descentralización implica la subdivisión del territorio de un Estado en áreas más pequeñas, y la creación de instituciones políticas y administrativas en dichas áreas [1].

¹ B.C. Smith, *Decentralization: The territorial dimension of the state*, London, George Allen and Unwin, 1985, p.1.

D.A. Rondinelli y S.G. Cheema ubican la descentralización en el contexto del espacio administrativo, definiéndola como:

...la transferencia del gobierno central a sus organizaciones de campo, unidades administrativas locales, organizaciones semiautónomas y paraestatales, gobiernos locales, u organismos no gubernamentales, de la autoridad para la planeación, la toma de decisiones o la administración [2].

Si bien para estos últimos autores la descentralización sigue refiriéndose a la transferencia jurídico-administrativa, reconocen que ciertas formas de descentralización llevan más bien a reconcentrar el poder en espacios aislados y protegidos de la ineficiencia de la burocracia central y de sus intereses³. La descentralización es vista ya no como simple recurso de dispersión territorial, sino como un conjunto de formas legales tendientes a modificar las jerarquías del poder en una diversidad de espacios administrativos. No obstante, persiste el problema de establecer el sentido en que se mueve el poder al aplicarse estas medidas, y la relación entre este cambio y el contexto económico-político en que se aplica.

Para dar un significado sociológico preciso a los cambios en las relaciones centro-locales es importante analizar cómo los cambios en la estructura administrativa se relacionan al control de los recursos o decisiones. Como dice Tarrow,

La "autonomía local" no puede ser medida como una residual única de las funciones administrativas que quedan cuando el centro toma su parte, ni como el nivel de financiamiento que el centro confiere a la periferia (ya que esto puede ser un signo de la influencia periférica por parte del poder gubernamental central), sino por los recursos políticos y los mecanismos de representación territorial que permiten a las unidades subnacionales utilizar al centro para su propio beneficio [4].

² D.A. Rondinelli & S. G. Cheema, "Implementing decentralization policies: An introduction" en S.G. Cheema & D.A. Rondinelli (Eds.), *Decentralization and development. Policy implementation in developing countries*, Beverly Hills, Sage Publications, 1983, p. 18.

³ D.A. Rondinelli & S. G. Cheema, "Implementing decentralization policies...", p.21.

Las palabras clave para definir la descentralización del poder son entonces "utilizar al centro para su provecho", esto es, en favor de los fines políticos de los grupos poblacionales representados por la unidad de gobierno local. A la inversa, existirá una situación de centralismo cuando, irrespecto de la forma jurídica utilizada, el centro domine el manejo de recursos a nivel local para favorecer fines políticos no formulados en este nivel.

Si bien Tarrow definió el concepto del poder como dimensión sociológica de las relaciones centro-locales, no se ha establecido aún cómo habrá de medirse. La operacionalización debe atender tanto a la dimensión del aporte relativo de recursos como a la del control sobre la asignación de dichos recursos. Estas dos dimensiones están relacionadas: si el gobierno central financía la totalidad de una función que es aplicada en el ámbito de la jurisdicción del gobierno local, puede decirse con bastante certeza que la localidad tendrá poca influencia sobre las decisiones. No obstante, el financiamiento completamente local sobre una función pública no necesariamente implicará el control local total, puesto que siempre habrá al menos un residuo normativo dominado por la unidad superior, y a lo más un control directo.

Una aproximación más iluminadora a la comprensión del vínculo entre aporte de recursos y su control en las relaciones centro-locales es observando los cambios en los aportes y el sentido de los cambios. En esta forma nos aproximamos a los procesos decisorios y las relaciones de poder detrás de las relaciones centro-locales. Veamos las diferentes posibilidades:

El aumento en el financiamiento por parte de un nivel de gobierno, junto con el correspondiente decremento por la otra parte —lo que Ashford denominó como el modelo "puro"⁵ para

⁴ L.J. Sharpe, "Decentralist trends in western democracies. A first appraisal", en L.J. Sharpe (Ed.) *Decentralist trends in Western democracies*, London, Sage Publications, 1979, p. 33.

des- o recentralizar— tiene claras implicaciones para el control (figura 1). En efecto, cuando un orden de gobierno subordinado asume mayores responsabilidades financieras y las disminuye a su vez el orden superior o coordinador, puede afirmarse con bastante seguridad que el nivel subordinado adquirió autonomía. Los cambios en sentido inverso llevarán a un mayor dominio del centro y reflejarán la creciente dependencia de las unidades subordinadas.

La descentralización o recentralización puede también ser "relativa", cuando sólo una de las partes modifica su financiamiento. Bajo esta situación los cambios en el control no serán tan evidentes, pudiendo la unidad que aumenta sus aportes tanto ganar como perder control. La unidad subordinada podría ganar poder y autonomía al aumentar solo ella sus recursos, como también podría ser el reflejo de mayores exacciones indirectas por el gobierno central con el fin de cumplir con sus intereses. A la inversa, mayores aportes centrales podrían aumentar el control central, como también podrían ser el resultado de exigencias de parte del nivel local.

Ashford denominó como cambios "sistémicos" aquellos que se verifican cuando ambos niveles modifican su financiamiento en el mismo sentido, aunque no necesariamente con la misma magnitud. La des- o recentralización sistémica tiene también claras implicaciones para el control de las relaciones centro-locales, refiriéndose al grado de integración entre el gobierno local y el central respecto de la función pública en cuestión. Cuando ambos niveles aumentan sus aportes puede suponerse que la acción conjunta se explica por existir una comunidad de intereses. Decrementos en los aportes por ambos niveles de gobierno deben interpretarse como signo de anomía en las relaciones centro-locales, donde el orden superior pierde su capacidad coordinadora o normativa sobre las acciones del

⁵ Citado en D.E. Ashford, "Territorial politics and equality: decentralization and the modern state", *Political Studies*, 27 (1979), 1.

nivel subordinado.

El análisis del sentido de los cambios en los aportes es iluminador de los procesos de control y, así, de la des- o recentralización en un sentido sociológico. No obstante, el gobierno central financía a los múltiples gobiernos locales dentro de una lógica de conjunto y controlará más rigurosamente aquellas localidades que capturan el mayor volumen de sus recursos. Para calificar el poder entre un gobierno local y el centro no basta entonces con atender a los cambios relativos, siendo fundamental analizar el volumen e importancia del financiamiento para la función en cuestión.

En el desarrollo de su modelo Ashford hace referencia exclusivamente al problema del financiamiento de las funciones donde concurren los dos niveles de gobierno. Si bien este es un punto clave en las relaciones, a la vez que ameno a ser medido con cierta precisión, cabe señalar que el poder es también función de la distribución diferencial de otro tipo de recursos y de significados. Además de recursos financieros, los niveles de gobierno pueden compartir responsabilidades políticas, legislativas y normativas, sistemas administrativos, redes de comunicación y procesos de evaluación, entre otras funciones. El balance del poder entre los niveles dependerá también de cuáles funciones públicas están siendo desempeñadas por el Estado, y del grado al que son compartidas.

La descentralización o recentralización del poder puede ser entonces consecuencia de que se redistribuyan las responsabilidades políticas exclusivamente, sin que se modifique el arreglo administrativo por medio del cual se cumplen dichas responsabilidades. Tal sería el caso cuando los estados soberanos de una federación reciben o asumen la responsabilidad por legislar, captar demandas y negociar en torno a alguna función, mientras que la federación retiene la responsabilidad por financiar y administrar los programas

tendientes a satisfacer el problema en cuestión. Otras posibilidades son la transferencia de la administración, reteniendo el financiamiento y la evaluación, o, más específicamente, la transferencia del financiamiento de sólo ciertos programas.

Mientras que puede hablarse en un sentido general de que se descentralizan las funciones, i.e. descentralización política, administrativa o financiera, en nuestra conceptualización estamos distinguiendo entre los cambios formales —que pueden darse al decretarse leyes o crearse nuevos organismos— y la descentralización del poder que resulta de estas medidas en términos del control real sobre recursos y decisiones y su impacto sobre el beneficio para una de las partes.

Integración-Fragmentación

Para comprender la evolución y características sociológicas de las acciones de centralización-descentralización es preciso discutir como una segunda dimensión teórica asociada a estas acciones, y que es el grado al que el Estado integra o fragmenta su intervención sobre la realidad social. La integración-fragmentación (denominada por brevedad de ahora en adelante como la variable de "integración") puede entenderse como el grado al que el Estado formula e implanta acciones sobre la realidad social de manera integral y coordinada. En el caso que nos ocupa, —la política de salud— en el polo de la integración el Estado formula cuestiones de espectro amplio e implanta acciones a través de una sólo agencia y en torno a un principio de vinculación. En el polo de la fragmentación la formulación e implantación de tales políticas es la responsabilidad de múltiples agencias o áreas administrativas semi-autónomas. En una posición intermedia, la formulación e implantación de agencias semi-autónomas son subordinadas a una autoridad regulatoria, esquema que ha sido llamado en México como de "sectorización".

PRINCIPIOS DE VINCULACION

Hasta ahora hemos limitado la discusión a las relaciones entre unidades territoriales de gobierno, siguiendo los ejemplos de la literatura pluralista que se desarrolló en países donde hay una fuerte tradición de administración descentralizada sobre bases geopolíticas. Cabe adaptar esta discusión al contexto mexicano, donde predomina, por una parte, el Estado en la toma de decisiones y donde, por otra parte, diferentes elementos de éste intervienen utilizando distintos principios de vinculación centro-local. Nos interesa entonces incluir en el análisis, además de las relaciones centro-locales entre los aparatos estatales pertenecientes a distintas unidades territoriales de gobierno, aquellas de otros aparatos estatales u organizaciones por cuyo medio también se ejerce el poder estatal v.g. IMSS, Banco de Crédito Ejidal, etc.

Distinguiremos entre tres principios de vinculación centro-local: el territorial, el corporativo y el técnico. Las formas de ejercicio del poder estatal, los grupos que lo detentan y las poblaciones que se benefician de ellos difieren entre un principio y otro:

Principio territorial

El principio territorial, base de la legitimación de los Estados-nación modernos, es un sistema de representación de intereses y de acción estatal fundamentado en las constituciones políticas o los preceptos legales que dan lugar al derecho de ciudadanía. Por ello se nutre de los valores de la igualdad de derechos y de obligaciones dentro de un territorio dado. La jerarquía territorial legitima en teoría la soberanía o identidad cultural o geográfica de las unidades que lo constituyen, por lo que las relaciones centro-locales serán vistas más como de coordinación que de sometimiento. La significación simbólica del principio territorial será aquella del nacionalismo o del regionalismo.

Principio Técnico

El desarrollo del capitalismo dependiente en América Latina puso en evidencia algunas de las limitaciones del principio territorial y el surgimiento de formas de vinculación técnico-burocráticas basadas en la acción estatal central por medio de los organismos paraestatales. En su génesis dichos organismos sostienen propósitos eminentemente instrumentales, si bien tienden a constituirse como mediadores entre sus clientelas y el Estado, convirtiéndose así en agencias de representación de múltiples intereses. Este proceso significa una forma de centralizar el poder en torno a las élites estatales y su proyecto de desarrollo, retirando recursos e intereses de la contienda política territorial o corporativa: Según Rondinelli y Cheema los organismos paraestatales han sido

...una parte integral de las prescripciones para la reforma administrativa y la modernización ofrecidos por los teóricos occidentales de la administración pública ... vistos por algunos dirigentes políticos como una forma de abreviar la maquinaria gubernamental ordinaria y otorgarle empuje hacia el desarrollo, coherencia y autoridad para planificar y perseguir el desarrollo económico por aquellos medios que le sean más convenientes [6].

Los organismos paraestatales pueden implantar a nivel regional y local estrategias cuyo contenido y metas se definen ya no a partir del principio de división territorial de los poderes, sino en términos de un criterio técnico y específico basado en la racionalidad instrumental abstracta. Su principal valor será la libertad por parte de las élites estatales para formular las estrategias que alcancen máxima efectividad, o, desde la perspectiva de la población, para recibir los beneficios ofrecidos. El dominio técnico-burocrático será favorecido bajo formas de centralización pura —en el sentido señalado por Ashford⁷— y de bajo nivel de participación política por parte de los niveles locales y de la población.

⁶ D.A. Rondinelli & S. G. Cheema, "Implementing decentralization policies...", p.21.

⁷ D.E. Ashford, "Territorial politics and equality...".

Principio corporativo

El principio de vinculación corporativista guarda especial importancia para el contexto mexicano: P. Schmitter, define al corporativismo en general como

...un sistema de representación de intereses en el que las partes constituyentes están organizadas en categorías ordenadas jerárquicamente y diferenciadas funcionalmente, reconocidas o autorizadas (o bien creadas) por el Estado y a las que se les confiere un monopolio deliberado sobre la representatividad de sus categorías respectivas, a cambio de la observancia de ciertos controles sobre la selección de sus dirigentes y la articulación de apoyos y demandas [8].

Así como la base territorial define grupos residenciales y el principio técnico lleva a la definición de necesidades abstractas, el corporativismo define a grupos ocupacionales y/o funcionales según su importancia dentro del proceso de acumulación. En México el corporativismo transformó las ligaduras clientelistas, verticales, inespecíficas y territoriales que habían establecido las oligarquías con los grupos sociales, reteniendo los elementos autoritarios y cuasi-familiares en torno a un sustrato funcional u ocupacional.

Bajo el principio corporativista las políticas sociales del Estado tienden a fomentar y proteger las prerrogativas de los grupos organizados centralmente y por el propio Estado. El corporativismo privilegia ya no el principio de ciudadanía ni la necesidad técnica como racionalidad para asignar recursos y beneficios, sino la pertenencia a un grupo ocupacional. Con ello se subvierten la legitimidad de la igualdad ante la ley en virtud del vínculo territorial y la racionalidad instrumental en virtud

⁸² P. Schmitter, "Still the century of corporatism?", *Rev. Pol.*, 36 (1974), 85-131.

de la necesidad abstracta, para privilegiar el principio de fraternidad propia a las asociaciones profesionales.

GENESIS Y ESTRUCTURACION DE LOS PRINCIPIOS DE VINCULACION CENTRO-LOCALES

La coexistencia entre los principios de vinculación no es arbitraria. La acción política por parte de diferentes grupos de poder se expresa a través de los traslapes y alianzas desde donde intentan apoyar sus acciones y controlar sus recursos. Esta praxis política es la que da lugar a las combinaciones históricas y a la predominancia de un principio por sobre los demás.

Los principios técnico y corporativista de vinculación descritos surgieron de la inadecuación del principio territorial frente a las exigencias del desarrollo capitalista. Todos ellos han estado siempre interrelacionados, conforme la vinculación territorial fue modificada y relegada en función de las prioridades asignadas a los otros dos principios. Sólo excepcionalmente, entonces, ha existido un grado franco de autonomía entre los tres principios de vinculación. Sin embargo, su coexistencia no es arbitraria. La acción política por parte de diferentes grupos de poder se expresa a través de los traslapes y alianzas desde donde intentan apoyar sus acciones y controlar sus recursos. Esta praxis política es la que da lugar, entonces, a las combinaciones que se desarrollan históricamente y a la predominancia de un principio por sobre los demás.

Cabe plantear la hipótesis de que las diversas formas de articulación entre principios de vinculación y la relativa predominancia de uno u otro principio favorecen una mayor o menor integración en las acciones estatales a través de la historia, a la vez que promueven distintos grados de centralización del poder: La máxima integración y

descentralización será favorecida por el principio territorial, v.g. donde gobierno estatal o municipal reúne las diversas políticas sociales en torno a una sólo administración. La fragmentación y centralización será una característica del principio técnico, donde la percepción y solución particularizada de los problemas llevará a la constitución de unidades administrativas especializadas. La posición de "sectorización" se asocia al principio corporativo, cuando éste adquiere predominancia y produce inequidad e incongruencias respecto de los demás principios de vinculación. La sectorización representa un intento por reagrupar la política social de los tres principios de vinculación en torno a objetivos de equidad y efectividad.

Es posible revisar la historia de la relación entre desarrollo económico-político y los principios de vinculación bajo la hipótesis que formulamos. Durante la colonia privó el dominio unitario y centralista, por medio del cual España pudo dominar su vasto imperio⁹. El centralismo virreinal operó para favorecer la industria extractiva, reprimiendo la diversificación económica con base en la rígida estructura estamentaria que excluía a la gran mayoría del poder. En esta época privó un principio técnico incipiente en el desarrollo de las metrópolis a las cuales subordinaron las formas de organización étnicas y el caciquismo.

Con la independencia, los caciques regionales implantaron sistemas de dominio particularistas, con lo que se promovió el regionalismo. Para arrestar estas tendencias y buscar el retorno al centralismo, el movimiento de reforma implantó un modelo federalista opuesto a los objetivos que éste perseguía en su país de origen, los Estados Unidos. Como dice Vernon:

Confrontados con un cuerpo de tradiciones legales, historia política y una geografía física que no tenía la más remota relación con los Estados

⁹ C. Véliz, "The Centralist Tradition in Latin America", en H. Wiarda (Ed.), *Politics and Social Change in Latin America*, Boston, Mass., University of Massachusetts, 1974, p. 213.

Unidos o Europa, los liberales juaristas retomaron no obstante la constitución de los Estados Unidos como modelo para el gobierno mexicano...[B]ajo este espíritu adoptaron una forma federal y no central de gobierno para la nación; los estados fueron concebidos como instrumentos del gobierno federal para la ejecución de sus programas y como asiento de todos los derechos no reservados expresamente por la federación. Dos conceptos fundamentales de la constitución de 1857 estuvieron en conflicto desde su nacimiento a raíz de la sobreimposición de este gran diseño sobre el México fragmentado de su época: el concepto de un mercado interno abierto y libre, y el concepto de un gobierno débil y descentralizado [10].

La experiencia del periodo demostró que uno de los dos principios el técnico o el territorial— tendría que ser abandonado. Cuando Juárez retomó la presidencia en 1868, fortaleció el gobierno central e impulsó la unificación del país con base en la construcción del ferrocarril Mexico-Veracruz, optando así por el principio técnico. Para conseguir esto hizo caso omiso de los preceptos constitucionales y confirió privilegios a las compañías extranjeras además de hacer partícipe al Estado en estas empresas¹¹. Nació el comienzo de las empresas paraestatales como forma de ejercer el poder estatal centralizado, entonces todavía supeditado al principio territorial.

El dictador Díaz terminó con la labor iniciada por Juárez y privó a los caudillos regionales del poder que la Reforma les había dejado. El centralismo se reforzó con la expropiación de poderes de los brazos legislativo y judicial. El culto a la personalidad de Díaz y la red de relaciones personales en su torno se convirtió en garantía de la estabilidad interna y del proceso de modernización. Si bien este culto dió espacio de maniobra, impidió la institucionalización del sistema y la transferencia del poder de manera pacífica. El recurso al clientelismo no negó la utilización de técnicas racionales para el ejercicio del poder, como lo fue la programación del gasto

¹⁰ R. Vernon, *The dilemma of Mexico's development. The role of the private and the public sectors*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1965, p. 33.

¹¹ *Ibid.*, *passim*.

público y la simplificación del sistema monetario. La corrupción —lejos de obstaculizar la administración pública, fue la forma de obtener la lealtad del círculo de los electos¹².

El régimen posrevolucionario implico, más que la transformación del autoritarismo y personalismo porfiristas, su modernización e institucionalización. El PRI no fue un partido diseñado para confrontar intereses opuestos. sino para mantener la propaganda en favor de los dirigentes de la revolución, a la vez que asegurar la disciplina dentro de la familia revolucionaria¹³. El ejecutivo acrecentó su dominio sobre las otras ramas de gobierno mientras que los partidos de oposición existieron como forma y, aun allí, no de manera directa, sino como diputados de partido.

Hasta fines de los 20's el principal objetivo político del gobierno federal fue superar el regionalismo y crear una fuerza poderosa en el centro. Con Cárdenas este objetivo se consiguió al reestructurarse las bases territoriales del poder en torno a las corporaciones sindicales y campesinas¹⁴. Como dice Lorenzo Meyer:

El autoritarismo contemporáneo de México quedó establecido, en sus rasgos esenciales, al concluir el sexenio de Lázaro Cárdenas. Este autoritarismo reconoce y acepta los intereses locales pero sólo en la medida en que no se contraponga a la lógica y el proyecto político diseñado y puesto en práctica por el centro [15].

Meyer argumenta que a partir de 1940 el centralismo mexicano no sufrió modificaciones sustantivas. No obstante, el poder central siguió siendo vulnerable, ya que el gobierno

¹² L. Meyer, "Historical roots of the authoritarian state in Mexico", en Reyna & Weinert (Eds.), *Authoritarianism in Mexico*, Philadelphia, Institute for the Study of Human Issues, 1977, p. 9.

¹³ F. Brandenburg, *The making of modern Mexico*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall, 1964.

¹⁴ R. Vernon, *The dilemma of Mexico's development...*, p. 12.

¹⁵ L. Meyer, "Un tema añejo siempre actual: el centro y las regiones en la historia mexicana", en B. Torres (Ed.), *Descentralización y Democracia*, México, El Colegio de México, 1986, p. 31-2.

dependía de la lealtad de pocas organizaciones e individuos. Como señala Vernon, el instinto de los presidentes los llevo a difundir y multiplicar el número de fuentes de poder nacional de las que dependían, combinando el nuevo orden corporativo con el principio técnico de vinculación.

Los técnicos empezaron a tener mayor influencia al menos desde el régimen de Ruíz Cortinez (1952-1958), al empujar hacia la integración de la planta industrial con vistas a una sustitución de importaciones completa y profunda. Con este fin la maquinaria de planeación empezó a formarse, con una oficina adjunta al presidente. Su seguimiento de la actividad económica fue más profesional y sistemático. Ello no implicó que la política fuera hecha por los técnicos, ya que el acceso directo al Presidente siguió siendo el factor decisivo. No obstante, los organismos paraestatales se convirtieron en un segundo poder que hacia mediados de los años 60 manejaron un 40% de la inversión de capital dentro del sector público¹⁶.

La combinación del centralismo técnico y corporativo obedeció a imperativos económicos y políticos para el sustento de la paz social, el fortalecimiento del Estado y el crecimiento económico. La regularidad en las sucesiones presidenciales desde la creación del PNR, hace ya casi 60 años, atestiguan al éxito de este régimen y abren la interrogante respecto a las motivaciones que llevan a su transformación. Citando de nuevo a Meyer:

Si algo positivo puede decirse de este proceso es que, frente a las heterogeneidades locales, frente a las insuficiencias materiales y las presiones externas creó y mantuvo el Estado nacional. Pero también cegó la democracia, la iniciativa local y trajo ineficiencias y distorsiones monstruosas, que hoy son más obstáculo que apoyo para el desarrollo sano del Estado mexicano [17].

Hoy en día se reconoce que el sistema político Mexicano

¹⁶ R. Vernon, *The dilemma of Mexico's development...*

¹⁷ L. Meyer, "Un tema añejo siempre actual...".

mantiene un balance precario sustentado en la multiplicidad de principios de vinculación centro-local y de su grán interpenetración. De allí que no sea un sistema tan institucionalizado como podría parecer¹⁸, sino estando sujeto a cambios en la combinación y predominancia de dichos principios.

ECONOMIA POLITICA

En el apartado anterior fueron esbozadas las tres dimensiones de las relaciones centro-locales así como su génesis y estructuración histórica. Pasamos ahora a elaborar un marco analítico que permita comprender el sentido sociológico de sus cambios dentro de unfoque de economía política. El propósito de dicho marco es permitir la explicación con un enfoque crítico de la génesis, desarrollo y consecuencias de las políticas estatales que inciden sobre las relaciones centro-locales bajo el capitalismo dependiente. El marco analítico propondrá entonces un significado sociológico para las categorías de la administración pública bajo las cuales se han comprendido los cambios en las relaciones centro-locales. En esta sección realizamos un análisis crítico general, dejando para el siguiente capítulo.el abordaje del problema específico de investigación.

Si bién hay que enfatizar la historicidad y los procesos de cambio de las relaciones centro-locales, para fines del análisis cabe plantear 12 posibilidades teóricas resultantes de la combinación de las tres dimensiones analizadas (figura 3). En México se han evidenciado sobre todo siete combinaciones posibles, que en la figura entran bajo las modalidades administrativas mencionadas (si bién éstas no corresponden necesariamente con la terminología oficalmente utilizada). Las celdas en blanco no son imposibles sociológicamente, si bién no se han evidenciado en México con importancia dentro del

¹⁸ J. Purcell & S Kaufman Purcell. *The nature of the Mexican State*, Washington, The Wilson Center, 1980, p. 22.

terreno de las políticas de salud y bienestar.

Para fines de exponer la dinámica económico-política de las relaciones centro-locales tomamos como base el cruce de las dimensiones de centralización e integración. En cada una de las cuatro celdas analizaremos la actuación de los principios de vinculación. Estas dos dimensiones generan cuatro vectores de cambio, que llamaremos de centralización integrativa, centralización fragmentaria, descentralización integrativa y descentralización fragmentaria (figura 3).

Centralización Integrativa

La centralización integrativa es la reorganización de agencias dentro de esquemas de funcionamiento y financiamiento internamente integrados y centralmente organizados, administrados y controlados. Esta combinación se identifica históricamente con regímenes que han desarrollado una amplia y bien consolidada burocracia apegada al tipo ideal weberiano, ya sea en economías capitalistas o centralmente planificadas. Se incluye también dentro de la centralización integrativa la expropiación selectiva de funciones desempeñadas por la iniciativa privada, —por ejemplo el petróleo en México— en la medida en que dicha acción integra aquello que antes escapaba al control central.

La combinación de centralismo e integración refuerza el poder de la élite estatal, toda vez que tiende a reducir las oportunidades para que las burocracias subalternas o los clientes de la organización controlen las decisiones estratégicas. No obstante, este arreglo limita la extensión, efectividad y permanencia de la organización, al aislarla de su entorno.

La desconcentración es una estrategia disponible para incrementar la adaptación y la eficiencia de la administración central e integrativa, al aumentar la cobertura y las responsabilidades gerenciales de la administración local¹⁹.

En términos políticos, la desconcentración significa una mayor centralización del poder, ya que amplía el brazo ejecutivo del centro y somete a su control funciones estratégicas. No obstante, el mayor control estratégico puede ser acompañado de concesiones a los grupos de interés o a las burocracias locales. De allí que la desconcentración sea la medida de elección cuando se llega a diagnósticos de "ingobernabilidad"²⁰ y donde la respuesta es conciliar el mayor control local a la vez que un aumento en la eficiencia central^{21,22}.

La desconcentración ha sido históricamente la modalidad administrativa típica en los Estados unitarios, o al interior de los distintos niveles soberanos de una república federada²³. La búsqueda de la unidad nacional y del desarrollo económico en países étnicamente divididos ha promovido también la desconcentración del gobierno central. En tales casos, la burocracia central busca establecer puentes entre grupos aislados o marginados por terceras fuerzas²⁴.

La desconcentración logra una máxima integración de las acciones del gobierno central cuando se reproduce un "pequeño Estado" local, compuesto de representantes de los ministerios centrales coordinados por un representante presidencial. Al reproducir la estructura centralista el gobierno desconcentrado mantiene la normativa vigente y evita las

¹⁹ D.A. Rondinelli & S. G. Cheema, "Implementing decentralization policies...", p.18-30.

²⁰ G.W. Jones, ed., "Introducción", en G.W. Jones (Ed.), *New approaches to the study of central-local government relationships*, London, Gower/SSRC,1980, p. 3.

²¹ M. Kochen & K.W. Deutsch, *Decentralization. Sketches toward a rational theory*, Cambridge, Mass., Oelgeschlager, Gunn & Hain, 1980.

²² R.F. Vancil, *Decentralization: Managerial ambiguity by design*, Illinois, Dow Jones-Irwin 1978.

²³ I.D. Duchacek, *The territorial dimension of politics. Within, among and across nations*, Boulder, Co., Westview Press, 1986, pp 58-85.

²⁴ J.J. Heaphey, "Introduction" en J.J. Heaphey (Ed.), *Spatial dimensions of development administration*, Durham, NC, Duke University Press, 1971, p. 21.

presiones locales. La consecuencia de una mayor homogeneidad en las acciones centralmente controladas es la reducción en la capacidad para resolver problemas locales con efectividad. La forma "prefectural" de la desconcentración encuentra entonces nuevas limitaciones a la adaptabilidad y a la eficiencia. La desconcentración de sólo algunas agencias y políticas bajo un enfoque selectivo da oportunidad a que la agencia central se amolde a los problemas locales a la vez que coopten a las fuerzas políticas en este nivel en favor de su cometido y sin que por ello les conceda el control²⁵.

Centralización fragmentaria

La centralización fragmentaria consiste en la parcialización y delegación de responsabilidades técnicas o gerenciales a distintas entidades administrativas, intentándose mantener un control central aunque fragmentado. Como ya se discutió antes, en tales casos el poder central tiende a ser erosionado por las fuerzas centrífugas de la fragmentación técnica, si bien cabe suponer que permite una mayor capacidad de resolución del problema técnico.

La teoría de la administración pública ha comprendido la centralización fragmentaria bajo la forma institucional de la delegación. Según Rondinelli y Cheema, la delegación administrativa se define como:

...la transferencia de responsabilidades gerenciales sobre funciones específicas a organizaciones paraestatales, que son cuerpos fuera de la estructura gubernamental central y con control central indirecto. El poder delegado no puede ser devuelto [*devolved*] a las unidades territoriales, siendo así un mecanismo para la concentración del poder político en el centro. A lo más pueden desconcentrar la autoridad gerencial a unidades estatales o de campo [26].

²⁵ J.J. Heaphey, "Introduction";..

²⁶ D.A. Rondinelli & S. G. Cheema, "Implementing decentralization policies...", p. 212.

La delegación permite entonces reconcentrar el poder en manos de la élite gobernante central, disminuyéndoselo a los grupos locales que se apoyan en las instituciones parlamentarias o sindicales. La incongruencia entre el marco técnico de los organismos paraestatales delegados y los organismos territoriales y corporativos permite así incrementar el poder central selectivamente dentro de un amplio marco de negociación.

Las razones para el establecimiento de agencias delegadas son variadas e incluyen desde su capacidad para sujetar a grupos recalcitrantes al control central, hasta el fomento del desarrollo bajo principios de eficiencia técnica. Su *leitmotiv* es, según Wiarda,

...[servir como] agentes para la centralización en aquella misión histórica por 'civilizar' y llevar orden a lo que era...un vasto, frecuentemente ingobernable y casi vacío territorio con fuertes fuerzas centrífugas [27].

También influyen para su implantación las agencias financieras internacionales, las cuales prefieren aparatos eficientes que aseguren tanto la implantación de nuevos proyectos como el pago de los empréstitos²⁸.

En México los organismos paraestatales de mayor importancia se han ubicado principalmente en la banca de desarrollo (Nacional Financiera, Banrural, etc.), la explotación y comercialización de recursos energéticos (PEMEX, CFE), y las agencias de bienestar social (IMSS)²⁹. La mayoría de dichos organismos fueron fundados a partir de 1934 por decretos presidenciales como parte de las políticas de crecimiento

27 H.J. Wiarda & F. Kline, "The Latin American tradition and process of development", en Wiarda, H.J., & F. Kline (Eds.), *Latin American politics and development*, Boulder, Co. Westview Press, 1979, p. 86.

28 D.A. Rondinelli & S. G. Cheema, "Implementing decentralization policies...", p.212.

29 C. Anderson, "Bankers as revolutionaries", en W. Glade and C. Anderson, *The Political Economy of Mexico*, Madison, University of Wisconsin Press, 1963, P. 85.

industrial. Se les otorgó reativa autonomía, bajo presupuestos propios y un cuerpo de gobierno compuesto sólo en parte por miembros del ejecutivo central. La racionalidad inicial detrás de estos arreglos fue la protección a las actividades prioritarias de la influencia política directa³⁰.

Las agencias descentralizadas parecen en ocasiones reconciliar la intervención económica del estado con la iniciativa privada, cuando el Estado se combina con ésta para proveer un bien o servicio público. Tal es el caso del IMSS, donde participan para el financiamiento y la administración tanto representantes del ejecutivo central como de empleadores y trabajadores.

Las empresas paraestatales muestran claramente una oscilación entre centralización y descentralización del poder. Oficialmente, se considera que los organismos mixtos están más en manos públicas que privadas, siendo el control por la autoridad política asegurado estructuralmente por medio de sus consejos de gobierno dominados por funcionarios públicos. No obstante, con frecuencia se observa la pérdida del control estatal, al convertirse éstas en una red de intereses traslapados y frecuentemente en competencia³¹. Así, según Wiarda "Estas agencias han devenido tan grandes y penetrantes que podrían llamarse una rama separada de gobierno"³². Más allá del control de las paraestatales por parte de intereses propios a las burocracias está el control por los clientes los organismos o por grupos que representan intereses de clase.

La implantación de acciones que llevan hacia la centralización integrativa antes discutida pueden comprenderse como intentos por recuperar el control central perdido a consecuencia de las luchas por la influencia sobre las paraestatales, luchas que son posibilitadas por el propio principio técnico de vinculación. La sectorización puede

³⁰ *Ibid.*, p. 135.

³¹ *Ibid.*

³² H.J. Wiarda & F. Kline, *Latin American politics and development*, p. 84.

intentar la unificación de los hilos del poder en torno a los nuevos grupos que conformen a la élite estatal, o bien para realinear las instituciones en torno a nuevos objetivos³³.

Descentralización Integrativa

La descentralización integrativa se refiere al cambio hacia una situación donde los grupos locales asumen mayor control de la totalidad o la mayoría de los recursos o decisiones que los vinculan con los gobiernos nacionales, así como de las políticas que reproducen su existencia. El cambio hacia esta situación ha sido comprendido por la teoría de la administración pública bajo la noción de devolución, donde la unidad territorial central le "devuelve" poderes a otra de inferior jerarquía por medio de una reforma centralmente iniciada o como resultado de presiones autonomistas³⁴.

Pugnas devolucionarias han sido atestiguadas en muchos países, —tanto industrializados como en desarrollo— donde diferentes minorías étnicas o intereses regionales reclaman una mayor cuota de poder, utilizando para ello las más variadas estrategias político-ideológicas³⁵. Estos movimientos suelen adquirir la forma del nacionalismo étnico, bien tipificado en la España posfranquista³⁶. Como lo define, Ernest Haas, el nacionalismo étnico es

³³ Esta postura contrasta con aquella de Harris, quién confunde las dos dimensiones al decir que "en esencia, tanto la sectorización como la regionalización son reformas 'centralizadoras' en cuanto que intentan coordinar o consolidar diversas agencias gubernamentales que operan en distintos sectores funcionales o regiones geográficas...la dirección general de tales reformas tiende a ser hacia mayor centralización, porque centralizan la coordinación y el control sobre operaciones de agencias gubernamentales diversas y previamente incoordinadas en cada región. Ver R.L. Harris, "Centralization and decentralization in Latin America" en S.G. Cheema & D.A. Rondinelli (Eds.), *Decentralization and development...* p. 18.

³⁴ D.A. Rondinelli & S. G. Cheema, "Implementing decentralization policies...", p. 23.

³⁵ *Ibid.*, 51-54.

³⁶ E. López-Aranguren, *La conciencia regional en el proceso autonómico español*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1983.

...un proceso por medio del cual actores políticos en varios contextos nacionales diferenciados son convencidos de cambiar sus lealtades, expectativas y actividades políticas hacia un nuevo centro cuyas instituciones poseen o demandan jurisdicción sobre los estados nacionales preexistentes. El resultado final de un proceso de integración política es una nueva comunidad política, sobrepuesta a la preexistente [37].

Autores de la corriente pluralista han explicado los procesos devolucionarios nacionalistas como una reacción por parte de grupos étnicos ante el centralismo que los margina, en un contexto de mayor difusión de los derechos ciudadanos³⁸. Otros autores los explican como una reacción contra el colonialismo interno que oprime a las minorías, al momento en que las relaciones económico-políticas internacionales llevan a su obsolescencia³⁹. No obstante, buena parte de los movimientos autonomistas provienen de provincias que concentran la riqueza nacional, y donde las decisiones políticas se toman fuera de ellas, perjudicándolas fiscalmente⁴⁰.

Tarrow propone lo que a nuestro juicio es una explicación más comprehensiva de los movimientos devolucionarios, viéndose como una reacción en contra del excesivo centralismo tanto parlamentario como corporativo. Este autor plantea que

...conforme la migración de conflictos funcionales a la cima del sistema político erosiona la efectividad de los parlamentos nacionales, los ciudadanos viran más y más no hacia la representación "funcional", sino hacia las instituciones territoriales en su entorno, reforzando la dimensión territorial en la representación justo cuando está siendo desplazada en la política estatal y en la administración [41].

Esta postura contrasta con el planteamiento de P. Schmitter, quién planteó que el corporativismo societal es la

³⁷ Citado en L.J. Sharpe, "Decentralist trends in western democracies...", p. 40.

³⁸ L.J. Sharpe, "Decentralist trends in western democracies...", p. 51-54.

³⁹ M. Hechter, *Internal colonialism*, Berkeley, University of California Press, 1977.

⁴⁰ E. López-Arangueren, *La conciencia regional...*, pp. 97 -98.

⁴¹ Citado en L.J. Sharpe, "Decentralist trends in western democracies", p.20.

respuesta a las limitaciones del parlamentarismo ante las necesidades de la negociación del conflicto en el capitalismo desarrollado⁴². Las exigencias devolucionarias podrían ser entonces una reacción de las minorías ante las limitaciones que el sistema corporativista impone a la satisfacción de sus intereses. De ser el caso, se esperarían formas devolucionarias distintas en el corporativismo societal característico de los países desarrollados que en su modalidad estatal propia de aquellos de industrialización tardía⁴³. Mientras que los movimientos autonómicos serían la regla en el primer caso, en el segundo el propio Estado sería el promotor de la devolución, como una forma de reestructurar el poder ante la imposibilidad de contener centralmente los conflictos.

La pregunta es, entonces, ¿En qué medida pueden constituirse centros de influencia subalternos sobre el poder central bajo procesos devolucionarios en los Estados corporativistas dependientes? Esto equivale a preguntarse bajo qué circunstancias es posible la devolución en tales contextos⁴⁴.

Descentralización Fragmentaria

En la descentralización fragmentaria se busca desligar ciertos problemas locales de otros nacionales, intentándose resolver situaciones no son resolubles en el ámbito central, o bien que tienen una clara expresión regional. El gobierno central tiene dos estrategias disponibles para implantar

⁴² P. Schmitter, "Still the century of corporatism?", *Rev. Pol.*, 36 (1974), 85-131.

⁴³ Bajo el corporativismo societal se establecen formas de representación de intereses funcionales autónomas al Estado que actúan como bloques. Bajo la modalidad estatal los intereses funcionales son organizados por el Estado, estableciendo éste claras limitaciones al tipo de intereses que son articulados por su medio.

⁴⁴ Aquí estamos hablando de devolución real como equivalente a descentralización integrativa, y no lo que se presenta en el discurso político, que en realidad puede ser un proceso de desconcentración tendiente a reforzar el centralismo integrativo.

procesos de descentralización fragmentaria: la privatización y la devolución selectiva.

La privatización es una vía para la descentralización, en la medida en que el Estado disminuye o cesa de monopolizar una responsabilidad económica o social, transfiriendo sus derechos por la vía del mercado, o simplemente dando oportunidad a que las responsabilidades públicas sean satisfechas por la iniciativa privada. Hay diversas motivaciones para la privatización, desde cambios en la estrategia de intervención económica, hasta la destrucción de las bases de una economía mixta.

La privatización puede ser selectiva o global. La primera permite un cambio en la estrategia de intervención económica y social del Estado sin llevar a un replanteamiento radical en su papel o en aquel de los intereses políticos que lo apoyan. En tales casos, el Estado adopta estrategias eficientistas. Bajo la privatización global se busca corresponder a las presiones de la iniciativa privada, según las presiones políticas y financieras nacionales e internacionales. Puede ser así una estrategia de cambio hacia un Estado neo-liberal bajo políticas dirigidas a obtener un realineamiento de clases. Bajo estas circunstancias la privatización se verá acompañada frecuentemente de otras políticas de exclusión y represión, de las clases subordinadas. Un ejemplo es lo sucedido en Chile.

La ideología que pretende legitimizar al Estado privatizador se funda en la concepción de "subsidiariedad", donde el gobierno debe sólo intervenir en aquellas áreas de la economía que son de prioridad para el "bien común", pero que la iniciativa privada no tiene capacidad suficiente para llenar. El Estado sólo se reserva derechos de regulación allí donde considera que la iniciativa privada es capaz de desenvolverse libremente.

La privatización afecta las relaciones centro-locales de diversas formas, según se afecte la inclusión y exclusión de intereses dentro de las arenas de negociación. El Estado puede promover la fragmentación y localización de las acciones

sociales con base en la iniciativa privada, como en el caso del "voluntariado" chileno, desmantelando o desprotegiendo a la vez a las organizaciones públicas de nivel nacional. De apoyar a los grandes sindicatos y organismos corporativos que antes sustentaban al Estado, éstas pasan a dirigir sus reducidos esfuerzos al alivio de la extrema pobreza. Los organismos privados entran entonces a competir para ofrecer servicios al mercado, formado por aquellos sectores con cierto poder de compra^{45,46}.

La otra vía para implantar la descentralización fragmentaria es la de la devolución de funciones específicas por medio de agencias regionales especializadas dependientes de los gobiernos locales⁴⁷. La combinación de descentralización con la fragmentación permite transformar conflictos de escala nacional en problemas de índole local, con base en arreglos que reorientan demandas fiscales hacia los gobiernos periféricos. Con ello se esperara proteger al nivel central de la inevitabilidad de la redistribución o —en su defecto— de la represión y consecuente pérdida de legitimación⁴⁸.

⁴⁵ G. Solimano, *Municipalización de los servicios de salud en Chile*, trabajo presentado en la Latin American Studies Association's XIV International Congress, New Orleans La., Marzo de 1988.

⁴⁶ Como señala L.J. Sharpe, la devolución pone a los gobiernos locales como un grupo de presión más *vis-à-vis* el gobierno central, atenuando la frontera entre lo público y lo privado. Esta afinidad entre privatización y devolución lleva ver el doble filo de las políticas autonomistas, las cuales son frecuentemente asociadas a intereses tanto pro-capitalistas como populistas. El caso de Chile demostró que la devolución tiende a reconcentrar el poder político en la clase capitalista, en la medida en que fragmenta a las clases subalternas en torno al "voluntariado", regulado y subsidiado por las autoridades municipales cuasi-privadas. L.J. Sharpe, "Decentralist trends in western democracies...", p. 14.

⁴⁷ Si fueran partes del gobierno local la situación sería afín a la descentralización congruente.

⁴⁸ R. Friedland, F. Fox Piven & R. Alford, "Political conflict, urban structure and the fiscal crisis" en D. Ashford (Ed.), *Comparing public policies. New concepts and methods*, Sage Publications, Beverly Hills, 1978.

La transferencia selectiva de funciones públicas tiene sus propias limitaciones para el control político al dar visibilidad al gobierno local y hacerlo más accesible a los reclamos de los grupos demandantes. En algunos casos los problemas pueden adquirir dimensión regional o nacional al rebasar la capacidad resolutive del nivel local, promoviendo entonces una respuesta más centralizada. La búsqueda o demanda de mayor capacidad resolutive —o incluso de autonomía política a nivel local— puede llevar también a una sectorización que permita coordinar horizontalmente los esfuerzos de agencias que actuaban de manera fragmentada a nivel local.

II

Políticas Estatales y Relaciones Centro-Locales: Marco Teórico para la Investigación

PROBLEMA DE INVESTIGACION

La conceptualización de las relaciones centro-locales estableció las dimensiones relevantes y posibilidades de las relaciones centro-locales y su asociación con propósitos y consecuencias de índole económico-política. La discusión en el contexto mexicano estableció la importancia del Estado como actor fundamental en la estructuración de las relaciones centro-locales. Nuestro problema de investigación aborda tres aspectos de las relaciones centro-locales en el terreno de las políticas de salud: a) La génesis y características de los principios de vinculación centro-local como estructuras de representación de intereses en la formulación e implantación de las principales políticas de salud posrevolucionarias; b) La exploración de algunas hipótesis sobre las determinantes estructurales y procesuales en la estructuración de las relaciones centro-locales; y c) la exploración de algunas de las consecuencias que los cambios en las relaciones centro-locales de las políticas de salud tuvieron para la representación de los intereses de salud, la efectividad de las acciones estatales y la equidad en la distribución de servicios.

El abordaje de cada uno de los tres aspectos del problema implica un conjunto de conceptos, interrogantes, datos y técnicas de investigación propios. No obstante, los tres aspectos confluyen en la solución de un problema global, que es

el establecimiento de las propiedades sociológicas de la estructuración de las relaciones centro-locales. La heterogeneidad metodológica requiere entonces que intentemos una síntesis de conceptos, interrogantes y observables que han sido privilegiados por distintas corrientes sociológicas. Esta síntesis quedará reflejada en un conjunto de hipótesis que permita la comprensión y explicación del problema de investigación propuesto.

TEORIAS DEL ESTADO Y POLITICAS ES.

Corriente pluralista

La corriente pluralista define a los individuos como las unidades constitutivas de las organizaciones y de la sociedad en su conjunto. Los individuos como actores sociales hacen jugar sus preferencias y valores inculcados en la acción social, conformando y explicándose así todas las entidades de la sociedad moderna, incluyéndose al Estado. Las preguntas paradigmáticas del pluralismo son entonces: ¿Cómo influye la participación de los grupos sobre las decisiones gubernamentales? ¿Cuáles son las consecuencias de la participación para la estabilidad de los valores y normas de la sociedad? ¿Cómo se constituyen las instituciones políticas a partir de múltiples roles y normas? ¿Cuáles son las consecuencias de la disidencia, de la falta de apoyo, o de la falta de confianza o el bajo sentido de efectividad de las instituciones políticas? ¿Cómo se socializan los individuos a los valores democráticos?¹

El enfoque pluralista fue desarrollado en las democracias liberales, donde se da un intenso proceso de participación ciudadana en la selección de los gobernantes y de sus políticas por cauces electorales. Los congresos funcionan para debatir dichas políticas y establecen con gran detalle cuales habrán de

¹ R.R. Alford y R. Friedland, *Powers of theory, Capitalism, the state and democracy*, Cambridge, Cambridge University Press, 1985, p. 35.

ser sus beneficios, a quién estarán dirigidos, quién los implantará y administrará y cuánto se erogará en ellos. Se da entonces una separación entre la esfera de la política y aquella de la administración pública. La política es ubicada en el plano de la negociación del interés general, mientras que los servidores públicos llevan a cabo los mecanismos para su cumplimiento. De allí que el enfoque pluralista de mucha relevancia al deslinde entre la formulación de las políticas, por un lado, y la implantación de los programas, por el otro².

El análisis pluralista de los procesos en la implantación enfoca en las capacidades, poderes e intereses individuales de los decisores. El contexto de la interacción de los individuos recibe especial atención, atendiéndose a su complejidad y a la diferenciación de roles y de responsabilidades v.g. entre las burocracias que administran programas, las asociaciones profesionales de sus empleados, las asociaciones de consumidores o beneficiarios, los congresistas, etc.

La vertiente pluralista está representada en la investigación de Mesa-Lago sobre la formación de los sistemas de seguridad social en América Latina³. No obstante, al aplicar el enfoque a sociedades de corte autoritario, Mesa-Lago cae en contradicciones ilustrativas de las limitaciones del pluralismo. Mesa-Lago se propuso describir de manera comparativa el papel que desempeñan los grupos de presión sobre el desarrollo gradual de un sistema estratificado de seguridad social. Se analizan las desigualdades generadas sobre la cobertura de la población, forma de financiamiento, y beneficios disponibles. El autor propone un modelo teórico en el cual la principal determinante de la seguridad social radica en los valores y conductas de los distintos grupos sociales. La motivación detrás de los actores es, bajo esta perspectiva, la lucha por privilegios y la concesión de recompensas sobre los criterios de ocupación, destrezas, estatus y poderío militar.

² J.L. Pressman, & A. Wildavsky, *Implementation*, (Third edition), Berkeley, University of California Press, 1984, p.xxiii.

³ C. Mesa-Lago, *Social Security in Latin America. Pressure Groups, Stratification and Inequality*, Pittsburgh, Pittsburgh University Press, 1978. p. 5.

Según Mesa-Lago, quienes mejores prestaciones tienen en México son los burócratas, grupo compuesto de individuos de clase media quienes por su educación, productividad e ingresos son capaces de articular mayores demandas⁴. Le sigue a este grupo los militares y obreros industriales, mientras que los campesinos quedaron hasta abajo de las prestaciones y en su mayoría fuera de la seguridad social por su pobreza e ignorancia. No obstante, como discutiremos más adelante, los campesinos en México fueron de los primeros grupos ocupacionales cuyos intereses de salud y bienestar fueron organizados por el Estado durante el cardenismo, llevándolos a gozar de recursos muy por arriba del promedio nacional. Esto se dio en función de la dirigencia estatal, que cuando modificó sus prioridades en las décadas de los 50 y 60 relegó a los campesinos a la situación descrita por Mesa-Lago.

Mesa-Lago concluye que las "fuerzas sociales" impedirán que el Estado lleve adelante cualquier modificación radical al sistema de seguridad social, incluidos los cambios a sus relaciones centro-locales tales como la centralización o la descentralización integrativa. El Estado es visto como actor pasivo frente a los reclamos de la sociedad civil, sin considerar la posibilidad de que las políticas estatales reflejen a los reacomodos en las estrategias del poder originadas dentro del propio Estado.

Mesa-Lago se ve obligado a reconocer las limitaciones de su enfoque y la validéz de la alternativa propuesta por Cotler y Astiz para un estudio de caso en el Perú que afirma la importancia del papel del Estado⁵. En México, como en el Perú, el *status quo* se mantiene con base en la cooptación de grupos de presión relativamente pequeños, de origen urbano y predominantemente de clase media. En esta forma, Mesa-Lago llega a afirmar —sin por ello reconocer la existencia de anomalías en su paradigma— que el Estado es el principal

⁴ *Ibid.*, p. 257.

⁵ *Ibid.*

responsable de la desigualdad social, al permitir y fomentar el surgimiento de grupos privilegiados⁶.

Otra vertiente de la teoría política pluralista busca maximizar la eficiencia del proceso de implantación, señalando las rutas con un menor número de actores con intereses encontrados y de puntos de decisión y aprobación⁷. De nuevo, el énfasis predominante es sobre el curso de las acciones estatales, sin analizar sus determinantes y los contenidos políticos propios a dichas acciones. T.J. Lowi critica esta postura como tecnocrática, dado que para ella

...las políticas [*policy*] son simplemente un producto de un decisor, ya sea un individuo o colectividad, una pequeña colectividad o grande, un gobierno o no gobierno... si uno no analiza el carácter de las opciones que se están haciendo, uno no necesita preguntar acerca del impacto de estas opciones sobre los procesos mismos o sobre la sociedad en su conjunto [8].

En contraposición, Lowi avanzó una definición de las políticas públicas, buscando incluir algunas determinantes estructurales como estrategia para predecir su desempeño. Para Lowi las políticas estatales son entendidas como:

...coerción deliberada —pronunciamentos que intentan establecer el propósito, los medios, los sujetos, y los objetos de la coerción. Implica el acercamiento de nuevo entre las políticas [*policy*] y la administración, tanto como implica la recombinación del gobierno y la política [*politics*]⁹.

Siguiendo a Lowi, el contenido de las *policies* afectará los procesos políticos correspondientes a su implantación, permitiendo hablar de la "implantabilidad" de diversos programas¹⁰. De allí que programas que entregan bienes

⁶ *Ibid.*, p. 225.

⁷ J.L. Pressman, & A. Wildavsky, *Implementation*, p 119.

⁸ T.J. Lowi, "Decision making vs. policy making. Toward an antidote for technocracy", *Pub. Admin. Rev.*, 30 (1970), 314-325.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ M.S. Grindle, "Policy content and context in implementation", en M.S. Grindle (Ed.) *Politics and policy implementation in the 3rd world*, Princeton,

colectivos, i.e. alumbrado, provoquen mucho menos conflictos que aquellos que entregan bienes divisibles, v.g. vivienda. Programas que pretenden modificar relaciones sociales o económicas serán más controvertidos que aquellos que no lo hacen. La cantidad de cambios conductuales esperados de los beneficiarios es otra variable de contenido que afecta la implantación. El plazo en los objetivos es también importante, i.e. programas cuyos beneficios son a corto plazo serán más fácilmente implantados. El contenido también influye sobre el sitio de la implantación. La política monetaria es ejecutada por un grupo relativamente concentrado de individuos e instituciones. En cambio, la educativa requiere cientos de miles de empleados de bajo nivel repartidos en múltiples oficinas por todo el territorio. En la medida en que aumentan las unidades de decisión se dificulta la implantación.

La comprensión del contenido político de las acciones estatales representó un avance sustancial en el análisis y predicción de la conducta en torno a la implantación de las políticas. Este enfoque se vio limitado, sin embargo, al no comprender cambios a través del tiempo en el significado, contenido o efectos institucionales de las políticas¹¹. Para superar esta limitación D.E. Ashford abogó, también desde la corriente pluralista, por un enfoque estructural capaz de generalizar sobre las determinantes de las políticas estatales¹². Según este autor, para rebasar los supuestos conductuales del enfoque pluralista el análisis de políticas debe convertirse en un estudio de las regularidades organizacionales, distribucionales e históricas de los Estados en el proceso de lograr sus objetivos¹³. Siguiendo el análisis

N.J., Princeton University Press, 1980, p. 9.

¹¹ D.E. Ashford, "The structural analysis of policy or institutions really do matter", en D.E. Ashford, (Ed.) *Comparing public policies. New concepts and methods*, Beverly Hills, Sage Publications, 1978, p. 93.

¹² *Ibid.*, p. 84.

¹³ El análisis estructural es una aproximación particularmente adecuada para abordar aquellos aspectos de las políticas no susceptibles a ser vistos en términos de variables continuas, como es el caso de las relaciones centro-

comparativos sobre políticas sociales realizados por H. Hecló, Ashford se pregunta si los Estados tienen formas características para llevar adelante sus propósitos. ¿Acaso los Estados acomodan las restricciones sociales e institucionales que les son propias en formas tales que permitan entender la toma de decisiones y la autoridad?

El análisis estructural lleva a superar el enfoque sobre una sola unidad —la organización— donde la política es vista como un resultado estandarizado y sin mayores consecuencias para la institución que la origina. El análisis comparativo de una política a través de distintas unidades o a lo largo del tiempo permite ver sus efectos institucionales y, a su vez, cómo en distintos contextos políticos se le asignan diferentes valores y relevancias y cómo organizan su implantación y ejecución¹⁴.

La vertiente pluralista aporta herramientas para el abordaje de las similitudes y diferencias que tienen los principios de vinculación como estructuras de representación de intereses. El problema aquí es el de establecer cómo cada principio favorece la definición de distintos grupos de interés y cómo su interacción define la relación entre el estado y la sociedad civil.

El enfoque pluralista permite también abordar algunas preguntas en torno a las determinantes del cambio en las relaciones centro-locales. Estas pueden verse en las motivaciones y limitaciones para la acción así como la definición de la realidad que sostienen los actores, pudiéndose entender como determinantes próximas de la centralización e integración de las acciones. Finalmente, las consecuencias de los cambios en las relaciones centro-locales sobre la efectividad y equidad de las acciones de salud pueden ser investigadas atendiendo a los cambios en los intereses en locales.

¹⁴ Un buen ejemplo de este tipo de análisis histórico es Alice Sardell, *The U.S. experiment in social medicine. The Community Health Center Program, 1965-1986*. Pittsburgh Pa., Pittsburgh University Press, 1988.

torno a los procesos decisorios de los programas de salud y la forma en que afectan la asignación y distribución de bienes y servicios.

Corriente clasista

La corriente clasista, que incluye tanto a los teóricos de la dependencia como a los marxistas y neomarxistas, acude a las relaciones sociales de producción para una explicación de las características del Estado y de las políticas que lo vinculan con la sociedad civil. La relación entre Estado y sociedad civil se determina en función de los requerimientos de la acumulación y de los intereses antagónicos entre las clases sociales. Cúales políticas son formuladas e implantadas obedecerá al desarrollo de las fuerzas productivas y las características de la lucha de clases^{15,16}.

Cómo se conciba la respuesta estatal a la lucha de clases dependerá del grado de autonomía que los autores en esta corriente le quieran asignar al Estado. La posición instrumentalista plantea que el Estado actúa, directa o indirectamente, como agente de la clase dominante. Por lo tanto, es a través de la intervención de tales agentes en las acciones oficiales que se averigua el carácter clasista del Estado. La penetración del Estado por la clase dominante se lleva a cabo a través del reclutamiento a posiciones de poder estatal o por medio de relaciones formales o informales con élites estatales o cuerpos legislativos. Bajo esta perspectiva, los cambios a las relaciones centro-locales en los países capitalistas habrían de ser efectuados por miembros o representantes directos de la clase dominante, y con el fin de sustentar la dominación de la burguesía y, así, garantizar la reproducción de la acumulación.

¹⁵ N. Hamilton, *The limits of state autonomy*, Princeton, N.J. Princeton University Press, 1982, p.6.

¹⁶ R.R. Alford y R. Friedland, *Powers of theory...*

Marx, Engels y después Poulantzas avanzan plantean, desde la postura estructuralista, que la acción directa de la burguesía sobre el Estado es innecesaria. Según estos autores, el Estado está obligado a reproducir y preservar los privilegios de la clase dominante por su posición dentro de un sistema capitalista internacional y dentro de una formación social capitalista, de la misma forma en que un obrero está obligado a la producción de plusvalía. Así, para que el Estado logre los ingresos fiscales necesarios para su propio mantenimiento fomentará la acumulación capitalista¹⁷. Las consecuencias de esta situación para la formulación de políticas ha sido descrito por Zeitlin como sigue

...mientras las relaciones de producción y de propiedad prevalecientes sean presupuestas, la gama de "alternativas de políticas racionales" estará limitada por lo que sea considerado como racional para el funcionamiento más eficiente de la "economía", donde son inherentes formas específicas de dominación social. Existen límites objetivos a las políticas precisamente porque ciertas opciones no pueden ser consideradas, ya que su implantación alteraría profundamente la naturaleza del orden social mismo [18].

Según G. O'Donnell, las perspectivas instrumentalista y estructuralista son complementarias:

El Estado actúa para garantizar la reproducción de la sociedad capitalista bajo dos circunstancias: Una, en tanto administración burocrática que cumple tareas rutinizadas de organización general de la sociedad. Otra, como respuesta a situaciones percibidas como "crisis"...crisis y cuestiones aparecen políticamente como rupturas del "orden" y económicamente como obstáculos interpuestos a la acumulación de capital [19].

La génesis de los principios de vinculación centro-locales pueden ser explicados como una respuesta ante las exigencias de orden político de la acumulación capitalista dependiente. Cada principio permite articular distintas políticas destinadas al subsidio de la acumulación o bien a la absorción de los

¹⁷ N. Poulantzas, *Pouvoir politique et classes sociales*, Paris, Maspero, 1968.

¹⁸ Citado en Hamilton, *The limits of state autonomy*,..

¹⁹ G. O'Donnell, *Apuntes para una teoría del Estado*, Buenos Aires, CEDES, 1977, p. 23-24.

conflictos. Desde un enfoque estructural, las características de las relaciones centro-locales tendrán distintas consecuencias para la sobrevivencia del Estado y, así, sobre la acumulación en su conjunto. Cómo actúe el Estado en ello es una cuestión empírica que no puede decidirse *a priori*.

En el contexto del capitalismo dependiente, las determinantes del cambio en la centralización y su grado de integración o fragmentación de las relaciones centro-locales en materia de salud pueden ser explicados bajo dos acercamientos alternativos al enfoque clasista: El instrumental o el estructural. Bajo el primero, la burguesía nacional o internacional podrá presionar por cambios en el control centralizado como forma de garantizar la efectividad de acciones que, a su vez, apoyan a las inversiones de capital. Bajo las segundas, el Estado emprenderá las acciones centro-locales en materia sanitaria que son más consonantes con sus propias exigencias de control, garantizando con ello una racionalidad capitalista.

Las consecuencias de los cambios en las relaciones centro-locales encuentran también explicación bajo el enfoque clasista. La efectividad de las acciones estatales se explicaría como la mayor capacidad del Estado para lograr las condiciones adecuadas a la acumulación. Los cambios en relaciones centro-locales obtendrían efectividad donde las acciones contribuyen a subir la tasa de ganancia, o bien, donde absorben los conflictos entre las clases.

Los cambios en equidad habrían de entenderse como las diferencias de beneficios entre distintas clases sociales bajo distintas situaciones de centralización e integración. Los cambios en la participación podrían ser interpretados bajo la hipótesis de cambios en la hegemonía de la clase dominante, analizándose el grado al que la participación de la sociedad civil en las relaciones centro-locales intensifica la lucha de clase.

Corriente estatista

La corriente que llamamos estatista corresponde a la literatura que ha discutido los regímenes políticos en América Latina bajo el modelo burocrático-autoritario, rechazando la validéz de la conceptualización pluralista²⁰. Esta corriente trata al Estado como una entidad analíticamente separable de la sociedad, constituída por ciertos atributos esenciales, como la agrupación de miembros sobre una base territorial, la institución de la fuerza pública y el establecimiento de medios de subsistencia económica propios al Estado. Para esta perspectiva la definición weberiana del Estado resulta la más atinada, siendo éste el

...conjunto de organizaciones y relaciones atingentes a la esfera 'pública' con un territorio delimitado, que reclama de la población en este territorio conformidad con el contenido expreso de sus comandos y apoya este reclamo por medio de control supremo de los medios de violencia física [21].

Esta definición recupera la especificidad del Estado en América Latina, apartándose del enfoque pluralista que, según O'Donnell,

...niega o ignora la especificidad del problema del Estado como un factor societal dotado de capacidades variables —pero casi nunca insignificantes— para la inciativa o el impulso autónomo [22].

Para la corriente estatista, por el contrario, el problema de investigación parte del supuesto de que el Estado capitalista dependiente llega a tener una autonomía significativa por sobre cualquier grupo social, dado el desarrollo incipiente del capitalismo nacional. De allí que esta corriente busque establecer la relación que existe entre el dinamismo interno al

²⁰ Ver, entre otros, a J. M. Malloy, "Authoritarianism and corporatism in Latin America: The modal pattern", en Malloy Ed., *Authoritarianism and corporatism in Latin America*, London, University of Pittsbirgh Press, 1977.

²¹ *Ibid.*, p. 49.

²² *Ibid.*, p. 52.

Estado y las políticas que formula, especialmente en aquellos aspectos que inciden sobre el desarrollo socioeconómico²³.

El capitalismo dependiente de América Latina y su industrialización tardía en la década de los 30 y 40 llevó a la organización corporativista de la sociedad sobre bases autoritarias. El Estado se convirtió en:

...una estructura de gobierno fuerte y autónoma que intenta imponer sobre la sociedad un sistema de representación de intereses basado en el pluralismo impuesto y limitado [24].

O'Donnell avanza la tesis de que el corporativismo no debe entenderse como un modelo ideal según la definición de P. Schmitter²⁵. Para O'Donnell el corporativismo es un conjunto de estructuras que ligan al Estado con la sociedad, de allí que el examen de la operación e impacto del corporativismo debe hacerse con referencia sistemática a algunas de las principales características del Estado y la sociedad que ayuda a vincular²⁶. Bajo esta hipótesis, las relaciones centro-locales podrían considerarse como un aspecto específico a ser analizado en la estructuración corporativista de la sociedad.

En la exposición de la corriente pluralista se hizo mención a la crítica interna hecha por Lowi respecto de la necesidad de vincular las políticas estatales [*policies*] con la política [*politics*]. Para la corriente estatista este planteamiento es fundamental, toda vez que la formulación de las primeras es un proceso generalmente limitado a las élites estatales y en función de intereses percibidos por ellas. Como dice M.S. Grindle, en México la política estatal

...no resulta de la presión ejercida por la política de masas, como tampoco se deriva de plataformas partidistas o de la ideología, ni de la consulta

23 J.M. Malloy, *The politics of social security in Brazil*, Pittsburgh, PA., University of Pittsburgh Press, 1979, p. 4.

24 J. M. Malloy, " Authoritarianism and corporatism...", p. 4.

25 Ver capítulo I, cita No.42.

26 G. O'Donnell, "Corporatism and the question of the state" en Malloy, (Ed.), *Authoritarianism and corporatism in Latin America*, p. 47.

legislativa y la negociación. Más bien, es el producto final de la interacción de la élite burocrática y política, que ocurre más allá de la influencia del público general y de los miembros de base del partido oficial... La administración pública es entonces de importancia fundamental en el proceso de designación y articulación de la política pública en México [27].

Bajo condiciones de corporativismo, la implantación es una fase fundamental debido a las limitaciones del pluralismo parlamentario que caracteriza a esta forma de representación de intereses. En tales condiciones, como afirma Grindle, los procesos políticos evidencian en la fase de adopción, la cual en México se reduce a planteamientos muy generales, sino en la de implantación. Por lo tanto, esta fase en países como México no es tanto la ejecución de un programa, como la definición de una política en los hechos. Como consecuencia, resulta difícil distinguir entre *policies* y *politics*—como intentan los pluralistas— debido a la multiplicidad de niveles en el que el concepto de *politics* debe de ser utilizado. La pugna de intereses no plenamente consultados o representados en la formulación da lugar a una redefinición de objetivos en cada paso en la implantación²⁸. Esto lleva, a su vez, a que los resultados esperados se modifiquen, muchas veces perdiéndose de vista las justificaciones que se plantearon en un inicio.

La corriente estatista hace evidente la necesidad de aproximaciones metodológicas específicas para la investigación de las políticas estatales bajo regímenes corporativistas. J.M. Malloy definió tres niveles estratégicos de análisis para comprender el complejo proceso de evolución de las políticas de seguridad social a lo largo de la historia contemporánea del Brasil²⁹. El primer nivel enfoca en la definición clásica que hiciera Harold Laswell de la política como el proceso de "quién obtiene qué, cuándo y cómo", y aborda el grado al que las políticas afectan la distribución de

27 M.S. Grindle, *Bureaucrats, politicians, and peasants in Mexico. A case study in public policy*, Berkeley, University of California Press, 1977, p. 7.

28 M.S. Grindle, "Policy content and context in implementation..." p. 7.

29 J.M. Malloy, *The politics of social security in Brazil*,.. p. 10.

"bienes" escasos en la sociedad. Este problema refiere al papel que el Estado juega en la la estructuración del ingreso y condiciones de igualdad en la sociedad.

En el segundo nivel propuesto por Malloy las políticas se analizan en su vinculación con el proceso de desarrollo o "modernización". Ellas pueden facilitar o impedir la integración de nuevos grupos sociales o de grupos relegados dentro de la corriente del desarrollo nacional. En este nivel, se estudian las relaciones de poder entre diversos grupos de la sociedad que se establecen o modifican a raíz de las políticas estatales y por la intermediación de asociaciones formales e informales de intereses.

El último nivel se refiere al análisis de las políticas estatales en el contexto de la creciente preocupación oficial por el bienestar social, aspecto que Malloy denomina *statecraft*. El Estado de bienestar genera un nuevo ámbito de poder, relacionado no sólo con el problema de quién habrá de proveer de servicios y a quién, sino, sobre todo, quién está en condiciones de ofrecerlos y quién en necesidad de recibirlos, para asegurar el orden público, la tranquilidad y la estabilidad.

El otro enfoque metodológico que nos interesa reasaltar es el propuesto por Oszlak y O'Donnell³⁰. Para estos autores, las políticas estatales son analizadas desde una perspectiva tanto estructural como procesual, utilizándose el concepto de "cuestión social" que atraviesa un ciclo vital, desde su problematización hasta su resolución. Este ciclo difiere sustancialmente de aquél formulado por los pluralistas, que comienza con la formulación y termina con la evaluación. A lo largo del ciclo de una cuestión social diferentes actores — entre ellos actores estatales— adoptan posturas que pueden modificar esta cuestión. En algunos casos, la acción estatal puede orientarse hacia las "no-cuestiones".

Bajo el enfoque de Oszlak y O'Donnell el análisis comienza en el período previo al surgimiento de la cuestión, viendo

³⁰ O. Oszlak & G. O'Donnell, *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*, Buenos Aires, CLACSO, 1976, p.8.

"quién la reconoció como problemática, cómo se difundió esa visión, quién y sobre la base de qué recursos y estrategias logró convertirla en cuestión"³¹. Es el periodo de iniciación donde se puede reconocer el poder relativo de diversos actores, su percepción e ideología, la naturaleza de sus recursos, su capacidad de movilización, las alianzas y los conflictos que los unen o los oponen y las estrategias de acción política que adoptan³².

En contraste con la literatura pluralista sobre análisis de políticas públicas o de planificación, los conflictos al interior del Estado respecto a una cuestión dada no se explican por una progresiva distorsión del objetivo en el proceso de implantación, sino como el resultado de

...la presencia, dentro del aparato estatal, de unidades con variable grado de autonomía, capaces de influir en diversas instancias del proceso, que entran en conflicto cuando debe definirse la posición del Estado frente a una cuestión social...obedeciendo a intereses organizacionales y clientelescos contradictorios [33].

Las variedades de posturas respecto de las acciones o no-acciones del Estado debe verse, entonces, en el contexto de la toma de posición de otros actores, generando reacciones externas e internas. Bajo esta perspectiva Oszlak y O'Donnell se preguntan: ¿Existen ciclos de atención prestada a la cuestión? ¿Qué factores contribuyen a posibles picos y baches de atención? ¿Qué cambios dentro del Estado son atribuibles a tales cambios? ¿Qué problemas merecen ser cuestiones, y en función de qué intereses? ¿Cuál es la configuración de las prioridades a ser consideradas por los decisores?³⁴.

³¹ *Ibid.*, p. 19.

³² Ver en el terreno de la política social el trabajo de V. B. de Márquez, "El proceso de formación de políticas: el caso de la planificación familiar". *Estudios Sociológicos*, 2 (1984) 309-334.

³³ O. Oszlak & G. O'Donnell, *Estado y políticas estatales en América Latina...*, p. 22.

³⁴ *Ibid.*, p. 31.

La corriente estatista aporta conceptos y metodologías de suma importancia para el abordaje de nuestro problema de investigación. La génesis y articulación de los principios de vinculación en el terreno de la salud puede comprenderse como el resultado de ciclos de problematización de una cuestión social y donde el Estado busca acrecentar su papel predominante como rector de la distribución de servicios de salud y el logro de niveles de bienestar entre los diferentes grupos sociales. Las tensiones dentro y entre la estructura de las relaciones centro-locales no serán explicables por una sólo causalidad, dada la existencia de intereses contrapuestos, aunque vinculados por los traslapes entre los diversos principios de vinculación. El manejo de las tensiones buscará incrementar la autonomía decisional y la cuota de poder de distintos grupos y será arbitrado o dirigido por el jefe del ejecutivo primordialmente en función de los intereses que esta personalidad percibe como prioritarios.

Los cambios en el grado de integración y centralización de las relaciones centro-locales en la salud será, más que la respuesta directa a factores estructurales o a grupos de presión, la respuesta a necesidades de tecnificación y unidad nacional percibidas por las élites estatales como prerequisites para el desarrollo capitalista. Las relaciones centro-locales adquieren una doble relevancia desde la perspectiva del tercer nivel propuesto por Malloy, denominado como *statecraft*. La centralización será concomitante con el desarrollo de las grandes instituciones sanitarias nacionales que las élites implantan para velar por el bienestar de la nueva población urbana y, en menor medida, de la población rural, ante el impacto del capitalismo dependiente. En este proceso, el gobierno federal asume alternativamente algunas funciones y relega otras a los gobiernos locales, sin que medie en ello un proceso de cambio sustentado en el consentimiento popular o en principios federalistas.

Bajo la corriente estatista el estudio de las consecuencias de los cambios en las relaciones centro-locales deviene un

proceso complejo, toda vez que debe buscarse allí el sentido de las acciones estatales. No es factible la evaluación del cumplimiento de los objetivos propuestos inicialmente, o de la efectividad en un sentido estrictamente económico. Las consecuencias de los procesos de cambio resultan de interés por sus efectos transformadores de la cuestión social. Para ello el investigador debe primero definir con base en la interpretación del discurso y del conocimiento de la realidad resultados medibles que estén dentro de la órbita de interés de la cuestión social. Dichos resultados deben ser entonces contrastados con las interpretaciones que los diferentes actores institucionales ofrecen a lo largo del tiempo sobre los propósitos del proceso de cambio, y contra sus propias percepciones de las modificaciones conseguidas³⁵.

SINTESIS TEORICA

Según Alford y Friedland, las teorías sociológicas del Estado tienen un dominio propio en la descripción y el análisis. Los conceptos pluralistas son adecuados cuando es posible una amplia participación política y existen sólo "desigualdades dispersas" entre múltiples grupos sociales. Los conceptos "gerenciales" que se asemejan a los que hemos llamado "estatistas" son adecuados cuando las fronteras organizacionales son claras y las burocracias son capaces de obtener el control para el logro de sus metas. Por último, los conceptos de clase son adecuados cuando existen condiciones históricas en las que el trabajo humano es vendido a los distintos propietarios privados de los medios de producción, quienes lo explotan para la acumulación de capital³⁶.

³⁵ Bajo la corriente estatista el investigador racionaliza y especifica procesos y resultados que para político pueden sólo existir en un nivel más general. Los resultados de la investigación pueden entonces interpretarse como una usurpación de la definición de la política, planteándose una incompatibilidad. El análisis de políticas estatales es entonces una herramienta difícil de acomodar dentro del contexto autoritario. Bajo el enfoque pluralista y en contextos democráticos la situación es distinta, donde el análisis de las políticas resulta complementario al proceso político.

Los niveles de análisis en los cuales opera el poder cambian entonces del individuo a la organización y a la sociedad. Un análisis adecuado debe incorporar los tres niveles. La dimensión pluralista enfoca en el comportamiento al tomar decisiones en torno a problemas sobre los cuales existe un conflicto reconocido de intereses individualmente expresados, vistos como preferencias de política, y evidenciados en la participación política. La dimensión gerencial o estatista agrega al análisis del poder la cuestión del control sobre la agenda política y de las formas en que problemas potenciales son mantenidos fuera de la esfera política. La dimensión de clase o estructural compensa por el enfoque sobre las decisiones de las dimensiones anteriores. Enfatiza la forma en que el poder es ejercido para el beneficio de los intereses reales de la clase dominante, sin que se necesite ninguna participación política de su parte. Bajo esta perspectiva el poder se expresa fundamentalmente como hegemonía³⁷.

Una explicación satisfactoria de los cambios en las relaciones centro-locales y de sus consecuencias no puede fundamentarse sólo en las estructuras que analiza la corriente clasista, como tampoco puede explicarse sólo por las determinantes conductuales y cognocitivos del pluralismo. Para comprender el cambio en las relaciones centro-locales es importante no sólo establecer las determinantes y los espacios provistos a nivel macro, sino considerarse también las consecuencias del proceso histórico sobre la realidad subjetiva de los grupos sociales.

El análisis de las políticas que inciden directamente sobre las relaciones centro-locales tiene entonces aspectos objetivos y de intereses de actores individuales que deben ser analizados. La acción de los actores juega un papel fundamental, en la medida en que la mediación entre las viejas y las nuevas estructuras — centralismo y autonomía local— ocurre por intermediación de sus acciones e interpretaciones.

³⁶ R.R. Alford y R. Friedland, *Powers of theory*, p. 5-6.

³⁷ *Ibid.*, p.11.

El centralismo puede caracterizar el patrón de reglas, valores y normas presente en la interacción entre actores grupales e individuales, aún en el curso de llevar a cabo una política que intenta cambiar dicha estructura. La estructura centralista también se reproduce (aunque en diferente forma) y modifica su entorno (aunque nunca como lo buscan los actores) por medio de las acciones cotidianas que la hacen posible en un inicio³⁸.

La posibilidad de que el centralismo permanezca y se reproduzca a pesar de una política descentralizadora no implica determinismo estructural. Por el contrario, rechazamos la interpretación del centralismo como instancia necesariamente restrictiva de la acción innovadora.

Tampoco se plantea que la descentralización sea una forma ideal y con vida propia — ajena a los individuos que la actualizan, y para cuya génesis y subsistencia tengan que "funcionalizarse" otras estructuras preexistentes. Las necesidades sólo tienen realidad al nivel de los intereses y las percepciones de los individuos y son actualizadas por medio de la interacción interpersonal y las estructuras cognitivas. En esta forma se trata de rebasar el funcionalismo o marxismo estructuralista, en donde los individuos son vistos como títeres dentro de un escenario previamente estructurado. Se trata también de superar el análisis sincrónico, donde las normas se mantienen contra los efectos del tiempo.

Esta postura teórica lleva al análisis del proceso de cambio en las relaciones centro-locales según las percepciones y los intereses fluctuantes de los actores institucionales que participan en él. La transformación dependerá de la capacidad que tienen los actores para reconocer el significado de sus acciones pasadas y recuperar esta reflexión en normas para orientar la acción futura.

³⁸ A. Giddens, *Central problems in social theory. Action, structure and contradiction in social analysis*, London, The Macmillan Press, 1979, *passim*.

Los actores se enfrentan con condiciones objetivas en las que tienen opciones alternativas. Su percepción de las consecuencias probables de tales acciones (basadas en intuiciones, experiencias y en la memoria histórica) será fundamental para la decisión adoptada. La labor del sociólogo no es predecir cuál va a ser su decisión, sino indicar las presiones a las cuales se consideran. En esta investigación se hipotetiza que los tres principios de vinculación centro-local implican diferentes tipos de presión hacia una u otra "solución" en la gama de modalidades de centralización e integración. Las condiciones externamente determinantes del crecimiento económico y las políticas económicas adoptadas en el aparato central estatal para enfrentarlas tendrían un peso determinante en el balance de los intereses en pugna representados en los tres principios de vinculación. En el capítulo siguiente se plantean las hipótesis que permiten ordenar las opciones en relación con determinantes y consecuencias.

III

Metodología

A continuación formalizamos los objetivos de investigación e hipótesis que fueron delineados en los capítulos anteriores. Posteriormente delimitamos las unidades de análisis y operacionalizamos las variables, describiendo las unidades y técnicas de observación.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

La investigación se propone cumplir con dos objetivos generales:

a) Establecer la validéz de un marco analítico para describir y explicar la génesis y características de los principios de vinculación centro-local como estructuras de representación de intereses entre grupos estatales en pugna por la definición y el control de las políticas de salud.

b) Explorar la validéz de algunas hipótesis sobre las determinantes de la estructuración de las relaciones centro-locales y sobre sus consecuencias en la representación de los intereses de salud de los grupos poblacionales, la efectividad de las acciones estatales y la equidad en la distribución de servicios.

POSTULADOS E HIPOTESIS

Partimos de dos postulados centrales:

I- Los actores dentro del Estado tienen disponibles una variedad de estrategias para la estructuración de las relaciones centro-locales por medio de las cuales se formulan e implantan las políticas de salud. Cuál principio de vinculación favorezcan, y qué estrategia adopten en cuanto a la centralización e integración de los servicios de salud dependerá del cómo una combinación dada pueda coadyuvar a la asignación y el control de recursos valorados en la persecución de sus intereses económicos y políticos. La elección también dependerá de un contexto estructural más amplio. La combinación adoptada será el resultado de las pugnas y transacciones entre los distintos grupos por definir y controlar las políticas.

II- Las consecuencias de los cambios en las relaciones centro-locales sobre la participación social, la efectividad y la equidad de las políticas de salud será función del cómo dichos cambios abran o cierren espacios de participación en relación con las estrategias de control centro-local de los distintos actores estatales. En otro nivel, las consecuencias de los cambios en las relaciones centro-locales dependerán del cómo los actores estatales perciban la capacidad de respuesta de los grupos sociales receptores de los servicios frente a los cambios promovidos. Las estrategias adoptadas tendrán a su vez consecuencias inesperadas o no deseadas que influirán sobre el curso de acción perseguido y sobre la selección de estrategias futuras.

A continuación planteamos dos conjuntos de hipótesis que se derivan de los postulados propuestos. El primer conjunto relaciona los supuestos de carácter estructural que motivan las políticas de cambio de las relaciones centro-locales. Plantearemos que cada situación estructural mostrará una afinidad por una estrategia de cambio de las relaciones centro-locales, si bien no puede hablarse de un determinismo. Las hipótesis habrán de interpretarse en la investigación como probabilidades de acción, siempre sujetas a la interpretación que los actores hacen de su contexto y de sus relaciones de poder.

El segundo conjunto de hipótesis plantea las posibles consecuencias de los distintos cursos de estructuración de las relaciones centro-locales. Se incluyen tanto las consecuencias deseadas y no deseadas así como las previstas y no previstas por los actores. De nuevo, las consecuencias son objeto de la acción reflexiva de los actores, por lo que éstas pueden ser modificadas acudiendo a cambios en las estrategias de relacionamiento centr-local.

Las hipótesis abordan sólo aquellas estrategias de cambio cuyo análisis teórico en torno a las tres dimensiones analíticas expuestas en el capítulo I demostró su relevancia para el contexto histórico mexicano (figura 3).

Situación contextual y elección de cursos de estructuración

1- Si las élites estatales y/o los intereses capitalistas pugnan por subsidiar el proceso de acumulación por medio de acciones sanitarias y disminuir el gasto social en favor de mayor gasto económico, entonces el gobierno federal podrá favorecer la fragmentación y centralización de las políticas de salud por medio de fórmulas delegatorias apoyadas en el principio técnico de vinculación.

2- Si los actores estatales pugnan por apoyar la organización económica y asegurar la lealtad política de grupos sociales selectos y definidos como prioritarios para el desarrollo nacional, entonces el gobierno federal podrá favorecer la fragmentación y centralización de las políticas de salud por medio de fórmulas delegatorias o de control directo apoyadas en el principio corporativista de vinculación.

3- Si los actores estatales buscan aumentar la efectividad de las instituciones ante situaciones de crisis fiscal e incapacidad para continuar brindando los niveles históricos de servicios, entonces el gobierno federal podrá favorecer una integración parcial y centralizada de las políticas de salud por medio de la "sectorización" apoyada en el principio corporativista y conciliando los intereses de actores estatales y burocráticos articulados a nivel central.

4- Si los actores estatales buscan incrementar la eficiencia de acciones estatales para resolver la escasez de recursos creada por reducción a los ingresos públicos, entonces el gobierno federal podrá centralizar las políticas de salud bajo fórmulas desconcentradoras específicas a cada institución y apoyadas en el principio territorial.

5- Si los actores estatales buscan incrementar la efectividad de las acciones federales y paraestatales para resolver las necesidades de salud y bienestar social de las masas postergadas, entonces el gobierno federal podrá centralizar e integrar las políticas de salud bajo fórmulas desconcentradoras prefecturales a nivel estatal y regional, apoyadas en el principio territorial y donde se disminuya la interferencia de intereses corporativos articulados a nivel central.

6- Si existen condiciones de crisis fiscal e incapacidad por parte del gobierno federal para responder a crecientes necesidades de salud, entonces el la federación podrá puede descentralizar e integrar selectivamente las instituciones

bajo fórmulas devolucionarias limitadas, apoyadas en el principio territorial a las que se les desplazan responsabilidades políticas y financieras inmediatas.

7- Si grupos de poder constituídos fuera de la tutela estatal pugnan por que el Estado les ceda el control sobre recursos propios a la vez que permita mayor control sobre los recursos de origen federal, entonces la federación podrá descentralizar e integrar más ampliamente las instituciones bajo fórmulas devolucionarias apoyadas en el principio territorial.

Consecuencias de los cambios en las relaciones centro-locales

1- Si se beneficia con servicios a grupos sociales por medio de políticas fragmentadoras y centralizadoras bajo el principio corporativista, entonces los grupos beneficiados esperarán recibir los servicios pasivamente mientras persistan condiciones de ampliación de la cobertura y calidad de los servicios. Si se estancan o reducen los niveles históricos de los servicios, entonces podrá disminuir la capacidad de cooptación de los grupos sociales hacia los fines políticos del régimen y surgirán exigencias de mayor participación y de ampliación de coberturas hacia los grupos postergados. Esto, a su vez, creará presiones para cambios en las relaciones centro-locales.

2- Si se marginan actores estatales para promover la acumulación capitalista por medio de políticas fragmentadoras y centralizadoras bajo el principio técnico, entonces podrán evidenciarse presiones en el sentido de una mayor integración de acciones o de recursos bajo cargos de ineficiencia de las políticas selectivas. El resultado de tales presiones puede ser una mayor fragmentación y centralización como estrategia para proteger los objetivos de las políticas de subsidio a la acumulación.

3- Los intereses centrales y/o locales marginados por acciones destinadas al aumento de la eficiencia de los programas de salud por medio de estrategias de desconcentración territorial generarán conflictos que podrán reducir la eficiencia y efectividad prometidas o incluso se bloqueará la implantación de la estrategia misma.

4- En sus estrategias por luchar en contra de los intereses corporativistas o técnicos, los grupos que pugnan por aumentar la efectividad la acción estatal con base en políticas de desconcentración integrativa buscarán el apoyo estatales y sociales con intereses afines.

5- Si se marginan actores ligados a principios técnicos y/o corporativos centralizados del control y asignación de recursos en búsqueda de una mayor democratización, participación, efectividad y equidad por medio de políticas devolucionarias, entonces la pugna por dichos recursos podrá llevar a que se redefina la política al momento de la implantación, limitando o impidiendo la devolución de funciones o incluso provocando la interrupción o terminación de la estrategia. Si se establecen dichos conflictos, entonces la política devolucionaria podrá conducir a la defensa de intereses institucionales, una menor participación sectorial y social y a la inequidad en la distribución de los beneficios.

UNIDADES DE ANALISIS

Para analizar las determinantes histórico-estructurales y consecuencias de las políticas atinentes a las relaciones centro-locales éstas fueron enfocadas con base en una sola línea de políticas estatales, específicamente las políticas de salud. Esta decisión se tomó con el fin de establecer la veracidad de las generalizaciones propuestas en el marco teórico, siendo entonces necesario comparar la correspondencia entre distintas situaciones socioeconómicas y

políticas, las relaciones centro-locales prevalentes y las políticas tendientes a modificarlas. Según D. Ashford, uno de los hallazgos más intrigantes del análisis comparativo de políticas es que lo que un país está haciendo tiene poca asociación con el cómo lo está haciendo. Hay más uniformidad en la implantación de varias políticas dentro de un país, que de una política entre países¹. La detección de las variables que afectan los cambios en las relaciones centro-locales puede entonces llevarse a cabo enfocando sobre una política en diferentes países, o bien, sobre una política en distintos periodos históricos de un sólo país. Aquí optamos por esta segunda aproximación.

El enfoque comparativo se justificó también como forma de lograr un adecuado acercamiento a las políticas en términos estructurales a la vez que procesuales. Los estudios de caso y la metodología conductual no pueden plantear ambas cuestiones, limitándose a los aspectos procesuales. Para rebasar los límites del análisis pluralista debemos convertir el análisis de políticas en un estudio comparativo que asuma varias unidades y niveles de análisis². En nuestro caso abordaremos las políticas de salud y sus relaciones centro-locales atendiendo a los distintos órdenes del gobierno federal en México, a las distintas instituciones de salud que componen la acción del Estado en la materia y a los grupos sociales ligados al gobierno a través de dichas políticas.

El problema de investigación llevó a la distinción de cuatro niveles de análisis. El nivel más general es la realidad socioeconómica y la estructura política nacional (Nivel A,

¹ D.E. Ashford, "The structural analysis of policy or institutions really do matter", en D.E. Ashford (Ed.), *Comparing public policies. New concepts and methods*, Beverly Hills CA, Sage Publications, 1978, p. 82.

² *Ibid.*, p. 92.

figura 4). En este nivel se definen las principales tendencias del crecimiento económico, las relaciones entre los distintos grupos sociales y económicos, las características del Estado burocrático-corporativista y sus tendencias hacia la democratización. En el siguiente nivel está el principal objeto de estudio: Las políticas estatales que inciden sobre la estructuración de las relaciones centro-locales en el campo de la salud (Nivel B). El tercer nivel está referido a las consecuencias de los cambios en las relaciones centro-locales sobre la organización de los servicios y acciones de salud del Estado (Nivel C). Por último, están las consecuencias de las relaciones centro-locales sobre la estructura social y política, consecuencias que se verifican al nivel de la población en su conjunto (Nivel D). Estos cuatro niveles de análisis plantean las posibilidades de explicación cuando se describen sus interacciones recíprocas.

Para analizar la génesis de los principios de vinculación centro-local así como las variables de centralización e integración dentro de un marco histórico se utilizó una periodización de las etapas del crecimiento económico en México ampliamente aceptadas³. Estas son el periodo de estabilización, de 1917 a 1929; la depresión mundial e inicio de la etapa de sustitución de importaciones, de 1929 a 1934; el desarrollo nacionalista de 1934 a 1940; la etapa de rápido crecimiento económico con sustitución de importaciones, de 1940 a 1959; el "desarrollo estabilizador", de 1959 a 1970; y la etapa de estancamiento y crisis económica, de 1970 a 1988. Este último periodo fue abordado distinguiendo las políticas de sus tres administraciones y dedicando especial atención a la de Miguel de la Madrid.

³ J. Wilkie, *The Mexican revolution: Federal expenditure and social change asince 1910*, Berkeley, CA, University of California Press, 1967.

UNIDADES Y TECNICAS DE OBSERVACION

Se buscó información empírica indicativa del problema e hipótesis de investigación en un ámbito espacio-temporal delimitado con base en criterios de relevancia, representatividad, parsimonia y accesibilidad a la información. El cuadro 1 resume la relación entre variables, unidad de análisis, unidad de observación y técnicas de observación.

Génesis, fragmentación y centralización de los principios de vinculación

La génesis, fragmentación y centralización de los principios de vinculación se observó con base en el análisis histórico, definido entre 1917 y 1982. La observación de la historia se llevó a cabo usando principalmente fuentes escritas por los protagonistas en su narrativa descriptiva y evaluatoria, así como documentos oficiales, muchos de ellos compilados en la historiografía oficial^{4,5}. En menor medida se utilizaron los escasos y muy parciales estudios históricos sobre la salud pública en México. La historiografía estuvo en su mayor parte referida al nivel nacional. Lo que pudo inferirse de los niveles estatal y municipal fue casi siempre porque los fenómenos narrados eran prioritarios para las políticas centrales. De allí que la investigación histórica no pueda asegurar haber quedado libre de un enfoque centralista.

La historiografía escrita fue complementada accedendo la memoria de un selecto grupo de 5 funcionarios veteranos, a través de entrevistas biográficas a profundidad. Además, todas las entrevistas inquirieron sobre la experiencia pasada de los

⁴ J. Alvarez Amézquita *et al.*, *Historia de la salubridad y de la asistencia en México. Tomo II, Historia de la salubridad, desde 1910 hasta 1960*, México, SSA, 1960.

⁵ M.E. Bustamante *et al.*, *La salud pública en México 1959-1982*, México, SSA, 1982.

sujetos, en búsqueda de cambios en su percepción de los problemas y documentarlos con mayor profundidad.

Las políticas estatales en torno a la salud fueron seleccionadas y analizadas de acuerdo a su importancia y representatividad del conjunto de políticas en formuladas en cada periodo histórico. Sobresalen los programas de atención a enfermedades infecciosas como la fiebre amarilla y el paludismo, o bien las políticas tendientes a extender los servicios de salud al medio rural.

La comparación del desarrollo económico entre las distintas etapas históricas en las que se dividió el estudio fue realizada recopilando estadísticas del énfasis del gasto federal, del producto interno bruto per cápita y del gasto porcentual y per cápita de la federación en salud y bienestar social y en educación.

El grado de centralización entre la federación, los estados y los municipios fue establecido a nivel global recopilando estadísticas sobre los ingresos fiscales de cada orden de gobierno. En el campo de las políticas de salud se acudió a apreciaciones cualitativas y en algunos casos cuantitativas derivadas de reportes y de entrevistas en torno al gasto en salud según ordenes de gobierno o grupos poblacionales.

La integración-fragmentación se estableció analizando las bases organizacionales en la formulación e implantación de programas de salud, como también acudiendo a las apreciaciones cualitativas reportadas por funcionarios de cada periodo, ya fuera en forma escrita u oral.

Las variaciones en la equidad a raíz de cambios en las relaciones centro-locales se establecieron con base en el análisis de las estadísticas disponibles sobre el gasto en salud y seguridad social para grupos específicos de población (principalmente población asegurada y abierta). Los cambios en

la participación ciudadana fueron también estimados analizando los reportes oficiales, acudiendo a entrevistas así como recuperando resultados publicados de investigaciones.

La efectividad lograda por los programas de salud a raíz de cambios en las relaciones centro-locales fue analizada atendiendo tanto a las consecuencias cualitativas para la acumulación capitalista, como para los objetivos explícitos formulados oficialmente.

Formulación e implantación de la descentralización en 1982

La segunda etapa de investigación se abocó al análisis de la formulación e implantación de la descentralización a partir de 1982. Dicho análisis comenzó con una exploración a fondo de la documentación oficial que se produjo desde 1982 en torno a la sectorización y la descentralización. Con este fin se acudió al Archivo de la Oficialía Mayor de la Secretaría de Salud, donde se almacenó toda la documentación original producida por cada Dirección General de la Secretaría en el curso del sexenio. También se tuvo acceso al archivo de la Coordinación de Programas Prioritarios de la Secretaría de Salud, donde asesores comentaban y almacenaban la mayor parte de la documentación que llegó a manos del Secretario del ramo.

Se examinaron más de 1,000 documentos de todo tipo, entre oficios, estudios, evaluaciones, actas de sesiones de distintos organismos y programas. Un 20% fueron resumidos y clasificados en una base de datos computarizada.

La documentación fue analizada con el propósito de establecer un cronograma de formulación e implantación de la política de descentralización y su relación con los eventos y políticas más importantes a nivel sectorial y nacional. Se puso especial atención a la congruencia entre distintas posiciones oficiales, así como a los cambios inesperados en los enfoques o las propuestas. Los principales protagonistas individuales e

institucionales fueron identificados a través del tiempo y en sus distintas actividades⁶.

La observación con mayor amplitud y detalle de los conflictos y procesos en la formulación e implantación de la descentralización se logró entrevistando a 54 funcionarios, 24 de nivel nacional y 30 en los estados. La selección de funcionarios se realizó con base en el análisis de contenido de la información documental. Las preguntas semi-estructuradas fueron también redactadas sobre la base del conocimiento previo, ajustándose a cada individuo y dependencia. La información que se encontró discrepante entre dos o más informantes fue objeto de mayor investigación, tanto documental como de entrevista, con el fin de establecer la mayor objetividad. La existencia de discrepancias fue en sí misma un hecho empírico a ser interpretado.

El proceso de entrevista duró entre una y seis horas (en varias sesiones), con un promedio de una hora y media y una sesión. Las entrevistas fueron realizadas por el investigador y apuntadas al momento por un ayudante utilizando una notación que permitió capturar las respuestas más importantes de manera textual. El material fue transcrito siempre dentro de 24 horas por ambos participantes a una base de datos computarizada. La transcripción se realizó de la manera más textual posible y procurando no tener ninguna omisión. El entrevistador y su ayudante comentaron la situación de la entrevista, analizando su calidad y posibles sesgos. En más del 95% de los casos se encontró excelente receptividad y motivación por parte de los informantes. El anexo 1 presenta la guía de entrevista utilizada, si bien esta sufrió adecuaciones según el área de especialización o participación de cada informante. Las fuentes de información por entrevistas son citadas a pie de página por la fecha de realización de la

⁶ En la tesis se citan a pie de página sólo los documentos de mayor relevancia, si bien muchos otros sirvieron para orientar la argumentación.

entrevista. En la sección "fuentes de información" se presenta la lista de los funcionarios entrevistados que fueron citados a pié de página en el texto.

La observación del proceso se complementó con la participación del investigador en varias reuniones oficiales relacionadas directa o indirectamente con la descentralización. Allí pudieron observarse las relaciones personales entre funcionarios y su argumentación. En muchas ocasiones se pudieron lograr entrevistas no formales (adicionales a las ya mencionadas) relacionadas a y especialmente motivadas por los asuntos tratados en las sesiones.

Investigación de las consecuencias

El análisis de los resultados de la política de descentralización sobre la centralización y la efectividad se hizo analizando información agrupando a los estados según los que fueron descentralizados en 1985 y los que permanecieron centralizados a raíz de la interrupción de la descentralización. Resultaron así dos regiones, una de estos centralizados y otra con estados descentralizados. La comparabilidad de las dos regiones se valoró a partir de indicadores derivados del análisis del proceso de implantación, que fue el que decidió la conformación de estas dos regiones. Estos fueron principalmente la participación del programa IMSS-COPLAMAR, niveles de financiamiento estatal e indicadores socioeconómicos censales.

Para analizar con mayor detalle las consecuencias sobre la centralización, la integración, la participación ciudadana y la equidad de los servicios se utilizó un modelo basado en la comparación de un estado descentralizado y otro que no procedió con esta política. Se adoptó este diseño por varias razones:

a) Se buscó conocer el significado y consecuencias de la descentralización como estrategia para modificar variables dependientes como control político, equidad y efectividad bajo un diseño cuasi-experimental, donde cambia la intervención pero se mantiene relativamente constante el contexto socioeconómico.

b) La descentralización fue acompañada de una severa crisis económica que afectó el gasto público. Además, la descentralización estaba teórica y políticamente concebida como una estrategia para enfrentar la crisis. El modelo cuasi-experimental fue entonces necesario en el esclarecimiento de los efectos independientes de la crisis y la interacción entre este fenómeno y la variables independientes.

c) El país había quedado dividido en dos regiones compuestas por estados que habían procedido a la descentralización y otros donde el proceso estaba en ciernes. Se dió entonces la posibilidad histórica de realizar un diseño cuasi-experimental

d) El análisis comparativo de estados que procedieron a la descentralización y aquellos que no lo hicieron brindó la oportunidad de explorar el peso de variables contextuales e independientes para la implantación selectiva.

Se escogió un diseño de "sistemas más similares" dentro del cual explorar las relaciones entre las variables independientes y dependientes. Este modelo no nulifica la capacidad de generalizar a otros contextos; el modelo sólo supone que el contexto social no determina a las variables dependientes de manera significativa. Las generalizaciones a las que se llega son entonces de carácter preliminar hasta no someter las hipótesis al peso de sistemas "más diferentes" en sus contextos⁷.

⁷ A. Przeworsky & H. Teune, *The logic of comparative social inquiry*, New York, 1970.

Los mismos dos estados permitieron explorar los cambios en el significado de la descentralización en estados con distintas realidades socioeconómicas. Esto se logró al analizar el peso de variables contextuales contrastantes que existían a pesar de haberse escogido los estados por su similitud. Dichas variables contextuales fueron analizadas cualitativamente en su determinación de las variables dependientes.

La construcción del marco metodológico se realizó buscando dos entidades federativas con mayores semejanzas en sus condiciones socioeconómico-demográficas y culturales, dentro del marco de la variabilidad característica del país. Entre ambos estados habría de existir el mayor gradiente posible en la descentralización de los servicios de salud. Una investigación preliminar del autor buscó establecer las principales regiones socioeconómicas del país con el fin de construir escenarios para la investigación de problemas de salud⁸. La regionalización producto de esta investigación (figura 5) muestra que la región Sur se distingue del resto de los estados de la república mexicana. Esto indica que Guerrero, Oaxaca y Chiapas son muy comparables, si bien también muy heterogéneos respecto del resto del país. Atendiendo a las exigencias metodológicas fueron seleccionadas las entidades federativas de Guerrero y Oaxaca. Sus principales características socioeconómicas y demográficas se muestran en el cuadro 2. Guerrero estaba ya descentralizado formalmente en la mayoría de sus funciones administrativas de acuerdo a una modalidad devolucionaria al inicio de la investigación. Oaxaca compartía formalmente esta modalidad sólo en el ámbito político, mientras que acababa de cumplir un proceso de

⁸ La investigación realizó análisis de componentes principales sobre más de 25 indicadores socioeconómicos, demográficos, de salud y de servicios de salud. Ver I. Kunz, M. Cortina y M.A. González Block, *Regionalización socioeconómico-demográfica y de salud de la república mexicana*, México, Centro de Investigaciones en Salud Pública, 1986, p. 75.

desconcentración administrativa, que permaneció constante a lo largo de la investigación.

Las diferencias contextuales que pueden incidir sobre las variables bajo estudio son las siguientes: Guerrero concentró en 1987 a la mitad de su población en una sola ciudad —Acapulco—, mientras que la ciudad más grande de Oaxaca, su capital, tenía sólo al 7 por ciento de la población⁹. No obstante, en 1980 Guerrero tenía un mayor índice de dispersión del resto de su población que aquel observado en Oaxaca por lo que ambos estados tenían entre 23 y 24 por ciento de su población en localidades menores de 500 habitantes. Esta situación contrasta con los 575 municipios de Oaxaca *versus* los 75 de Guerrero. Las diferencias en dispersión, urbanización y organización política habrán de ser analizados con cuidado, aún cuando a nivel global puedan cancelarse mutuamente.

Guerrero presenta mayores extremos en la distribución de población urbano-rural que Oaxaca. Esto lleva a que la distribución de los riesgos —y por tanto de las condiciones de salud— sea también diferente (ver cuadro 2). Al regionalizarse la república con base en indicadores de condiciones y servicios de salud, Oaxaca y Chiapas se mantienen dentro de la región de mayor subdesarrollo, mientras que Guerrero pasa a formar parte de la región compuesta de estados ubicados principalmente alrededor del centro de la república¹⁰. Cuando se regionaliza a los estados agrupando las variables socioeconómico-demográficas con las de salud, Guerrero se mantiene aparte de Oaxaca, lo cual evidencia el peso de las variables de salud dentro del proceso de desarrollo de los dos estados bajo análisis¹¹.

⁹ J. Martínez Álvarez, *Sexto Informe de Gobierno, Anexo*, Oaxaca, Oax. 1986, p. 44.

¹⁰ Esta región comprende a los estados de Guanajuato, Hidalgo, México, Michoacán, Puebla, Tlaxcala y Zacatecas. Ver Kunz, *et al. Regionalización socioeconómico-demográfica...*, p. 78.

Cambios en la centralización

Como indicador de centralización se analizó el comportamiento del financiamiento estatal y federal de los servicios de salud durante el sexenio, según sus promedios anuales y situación respecto de la descentralización. Se agruparon los 12 estados que se descentralizaron durante 1985 en una sólo región, comparándose su evolución anual entre 1984 y 1987 con los estados aún centralizados. Se utilizaron estadísticas de gasto corriente e inversión proporcionadas por la Secretaría de Salud.

Cambios en la efectividad.

Los cambios en la efectividad lograda con la descentralización fueron observados en el programa de control del paludismo, analizándose el impacto de la descentralización sobre las tasas de prevalencia de esta enfermedad de reporte obligatorio y analizándose los cambios en la organización del programa. Dado que para 1987 sólo se habían descentralizado 14 entidades fue posible dividir las según estatus administrativo y región de riesgo ecológico. La información provino de los reportes oficiales de la Secretaría de Salud y se analizó en su evolución anual de 1982 hasta 1987. Los procedimientos para regionalizar la información son indicados en el capítulo correspondiente.

La efectividad de los cambios en las relaciones centro-locales del programa de paludismo fue analizada atendiendo a los objetivos explícitos como a las interpretaciones que distintos actores ofrecieron del proceso.

¹¹ *Ibid.*

Consecuencias sobre la participación

Las consecuencias de la descentralización sobre la participación se estimó observando el proceso de planeación sectorial e intersectorial al interior de cada estado fueron observadas con base en el análisis de contenido de la documentación de registro y evaluación de las actividades de los Comités para la Planeación del Desarrollo Estatal (COPLADE). La principal unidad de observación fue el acta de cada sesión de los subcomités, registrándose 191 en Oaxaca y 37 en Guerrero. La técnica de observación fue la lectura y análisis del contenido de las minutas levantadas en cada reunión por el secretario técnico y reunidas por la oficina administrativa del COPLADE en la capital de cada estado.

Se puso especial atención a los asuntos tratados y los acuerdos tomados en cada reunión. También se analizaron opiniones y actitudes respecto a la coordinación sectorial e intersectorial por parte de protagonistas. Con este fin se complementó la observación con entrevistas a funcionarios en los estados y a nivel nacional como con observación directa de algunas reuniones. También se examinó documentación complementaria a la planeación estatal, partiendo de un acervo de 1,500 documentos archivados o colectados en los estados, de los cuales se revisaron más detalladamente 125. La observación se limitó al periodo 1982-1987.

Consecuencias sobre la equidad

El análisis del impacto de la descentralización sobre la equidad de los servicios de salud se llevó a cabo utilizando información continua de servicios, tanto de IMSS-COPLAMAR como de la Secretaría de Salud. La hipótesis planteada en torno a la equidad requería que se diferenciara la población no asegurada según necesidades de salud. En ausencia de

encuestas específicas hechas antes y después de la descentralización nos aproximamos a este dato con base en la categoría intermedia de riesgos relacionados a la pérdida de la salud, medidos con indicadores censales socioeconómicos a nivel municipal (distrital para el caso de Oaxaca). Los indicadores más pertinentes para ser concebidos como riesgos para perder la salud fueron seleccionados a partir de una lista más larga ya utilizada en la regionalización nacional¹². Estos fueron: tasa de analfabetismo, tasa de monolingüismo, inasistencia a la primaria por lejanía en niños entre 6 y 12 años, hacinamiento, disponibilidad de drenaje, participación en el sector I de la PEA, grado de urbanización y tamaño del grupo etéreo 0-14.

Con los indicadores socioeconómicos a nivel municipal se construyó un índice ponderado del riesgo, utilizando la técnica estadística de componentes principales. Posteriormente se agruparon los municipios de Guerrero y Distritos de Oaxaca en cinco categorías de riesgo según su ponderación, tomando como criterio de repartición la desviación estandar de la curva normal.

El grado de satisfacción de las necesidades de salud debería de ser medido observando la relación entre el proceso de atención y los resultados obtenidos; esto es, viendo el grado al que los servicios previenen o curan la enfermedad y mejoran la calidad de la vida. De nuevo, la medición de estos procesos y resultados fue incosteable, por lo que se diseñó una aproximación metodológica, consistente en la cuantificación de los servicios disponibles a la población a nivel municipal y/o jurisdiccional¹³.

¹² *Ibid.*

¹³ No se pudieron cuantificar los recursos disponibles a nivel municipal dada la mala calidad de esta información. Esto impidió que se analizara más finamente las razones detrás de los cambios en el servicio, así como los cambios en la eficiencia.

Los indicadores deservicios fueron seleccionados en dos etapas y con diversos criterios. Primeramente se consideró qué indicadores podrían reflejar la disponibilidad y calidad de un paquete integral de servicios, adecuado a los problemas de salud más importantes en los estados seleccionados. Idealmente se hubieran incluido indicadores de la atención hospitalaria. Problemas en la medición de la accesibilidad y equidad llevaron no obstante a rechazar la atención al parto incluida inicialmente en el acopio estadístico¹⁴. Se buscaron también otros indicadores de servicios que, siendo de gran importancia para la salud, estuvieran particularmente mal distribuidos entre la población, de tal suerte que pudiera observarse el impacto de la descentralización. En seguida se examinó la disponibilidad de información continua y confiable.

Los indicadores de servicios seleccionados fueron las consultas generales, las consultas de primera vez como índice de extensión de cobertura, las consultas a mujeres embarazadas, y la aplicación de esquemas completos de vacuna D.P.T. Estos indicadores cumplen con el requisito de ofrecer un panorama de atención integral en el primer nivel de atención, salvo que no se consideró la promoción de la salud por ser muy deficiente su información continua al nivel requerido. La protección que es capaz de brindar un servicio de salud se mide por medio de la vacunación D.P.T.¹⁵ y las consultas a embarazadas.

Las categorías de necesidades de salud o riesgo fueron puestas en relación con la recepción de servicios de salud sobre la base de un cálculo de los servicios per cápita

¹⁴ La medición de la equidad hospitalaria requiere conocer el domicilio del paciente, toda vez que suelen transportarse mayores distancias y casi siempre a fuera de sus municipios.

¹⁵ De todas las vacunas interesó la D.P.T. por ser la que presenta mayores dificultades para aplicar con equidad. Esto se debe a que a la necesidad común de una red fría se añade su mayor costo, aplicación parenteral —y por lo tanto de personal técnicamente capacitado— y la necesidad de tres dosis espaciadas y de refuerzos anuales.

brindados en cada municipio y según la población blanco en cada uno de ellos¹⁶. Estos per capita fueron después agregados por municipio a nivel de las categorías de riesgo. Esto supuso que la población atiende el total de sus necesidades de salud dentro de sus municipios de residencia. El supuesto es aceptable, dadas la amplia distribución de infraestructura en los dos estados considerados, y las grandes resistencias geográficas a la accesibilidad de este tipo de servicios.

Todos los indicadores forman parte de la información continua de los servicios. Son registrados al momento de cada evento y agregados a hojas diarias, semanales y mensuales en cada unidad de servicio. Esta información mensual es captada por la jurisdicción y luego transferida a la jefatura estatal. La información de cada indicador fue colectada por nosotros según los sistemas de información de cada estado y de cada institución. Los indicadores mensuales y por unidad de servicio de la Secretaría de Salud en Guerrero estuvieron disponible en disquettes para los años 86 y 87 a nivel de la jefatura estatal. La información de 1985 se rescató de cada jurisdicción sanitaria en hojas sueltas¹⁷. IMSS-COPLAMAR En Oaxaca la Secretaría de Salud tenía toda la información disponible en medios no-electrónicos en la jefatura estatal. Sólo el año 85 y parte del 86 habían sido codificados en "sábanas", siendo necesario revisar las hojas mensuales y por unidad faltantes hasta diciembre de 1987. El programa IMSS-COPLAMAR tenía toda su información mensual y por unidad de servicio computarizada en *mainframe* en el Distrito Federal^{18,19}.

¹⁶ Población general, mujeres en edad fértil, niños menores de 4 años.

¹⁷ Se intentó rescatar información a nivel de unidad aplicativa para años anteriores a 1985, pero resultó imposible. De allí la limitación a 1985 como año base.

¹⁸ Concentraba información e los tres años en Oaxaca y de sólo 1985 en Guerrero, dada la integración a los servicios de la Secretaría de Salud.

¹⁹ Se agregó información de 853 unidades de servicio, para totalizar 153,540 registros.

IV

Génesis de los Principios de Vinculación Centro-Local

En este capítulo se pretende demostrar la génesis y coexistencia de los principios de vinculación técnico, territorial y corporativista que orientaron la conformación de las relaciones centro-locales de las políticas de salud. Nos preguntaremos: ¿Cómo y en qué medida fueron centralizadas y fragmentadas las instituciones de salud en la historia del México contemporáneo? ¿Qué factores intervinieron en la centralización? ¿Cuál fue la relación entre los cambios en las relaciones centro-locales y la economía política del desarrollo? Con el fin de contestar a estas preguntas examinaremos la historia del sector salud en México desde 1916, guiados por la hipótesis de que el manejo de las relaciones centro-locales en esta área de la política estatal conformó el repertorio de estrategias que serían utilizadas más tarde por la élite dominante al enfrentar los problemas del desarrollo económico.

En su génesis, los tres principios enfrentaron la pregunta ¿Habría de tener el Estado la responsabilidad directa por las condiciones de salud de la población, y habrá de proveer los servicios necesarios? Aquellos que contestaban afirmativamente la pregunta lo hacían por razones diversas y abogando por diferentes grados de compromiso y tipos intervenciones públicas.

EL CONSEJO DE SALUBRIDAD VS. EL EJECUTIVO: 1917 A 1929

Entre 1916 y 1928 los puntos de vista divergentes construyeron sus argumentos a partir de los remanentes del positivismo porfiriano. Quienes más simpatizaban con el viejo orden favorecían una influencia indirecta y no coercitiva del Estado, por medio de la asesoría científica al gobierno federal brindada por los médicos eminentes reunidos en el viejo Consejo de Superior de Salubridad. Los más radicales favorecían, por el contrario, una acción ejecutiva, fuerte y directa por parte del aparato de gobierno federal.

La constitución de 1917 ha sido considerada como el parteaguas del México posrevolucionario. Sin embargo, la continuidad con la era porfiriana fue al menos tan notable como los cambios producidos por la sangrienta revuelta armada de 1910¹, situación particularmente cierta en la teoría y práctica de la salud pública. Desde el fin de la revolución la política social mostró una clara relación con el desarrollo económico y las políticas que lo orientaron. Hasta la consolidación de la estructura política del México contemporáneo en 1929, cuando se crea el partido oficial (PNR) los gobiernos siguieron el énfasis administrativo heredado del porfirismo, asignando en promedio 73.1% del gasto a este rubro (Cuadro 3, gráfica 2)². No obstante, la revolución demostró su vocación con un importante esfuerzo en la política educativa a partir de la creación de la Secretaría de Educación y la elevación del gasto docente hasta en 8.2% del presupuesto (Cuadro 4, gráfica 1)³. La salud recibió menor atención, con

¹ L. Meyer, "Historical roots of the authoritarian state in Mexico", en Reyna & Weinert (Eds.), *Authoritarianism in Mexico*, Philadelphia, Institute for Study of Human Issues, 1977.

² J. Wilkie, *The Mexican revolution: Federal expenditure and social change since 1910*, Berkeley, CA, University of California Press, 1967.

³ Toda la información monetaria está en pesos constantes de 1970, salvo que se indique otra referencia. La fuente primaria de la información de gasto es: Secretaría de Programación y Presupuesto, *Estadísticas históricas de*

sólo un 1.85%, arrojando un gasto en el sector social en su conjunto de 10% del presupuesto federal. Si bien el producto interno bruto (PIB) por habitante se movió muy poco e incluso tuvo bajas entre 1925 y 1929 (cuadro 5) en el mismo lapso el presupuesto federal en salud per cápita se triplicó, mientras que en el ámbito educativo sólo se multiplicó por un factor de 1.3. (cuadro 4). Esto demuestra que, pese al débil respaldo económico global, los gobiernos en esta etapa de consolidación emprendieron acciones de salud de alto significado político.

El presupuesto tan conservador reflejó los intentos de los primeros gobiernos posrevolucionarios por institucionalizar su poder por medio de la consolidación del aparato central de gobierno. En sus primeros trece años el gobierno incremento considerablemente sus ingresos, aunque no fueron compartidos igualmente por todos los niveles de gobierno: En 1923 el gobierno federal absorbía el 73% de todo el ingreso, mientras que los gobiernos estatales y municipales se repartían el 14% y el 13%, respectivamente (cuadro 6). Entre 1923 y 1929 los ingresos nacionales aumentaron en 20.2%; sin embargo, el gobierno federal y los estatales vieron incrementos del 17.1% y 75.8%, respectivamente, mientras que los municipios sufrieron un importante decremento, del orden de 33.3%. Tomando los ingresos por nivel como indicador del gasto, y suponiendo que sus cambios reflejan la evolución de las relaciones centro-locales, puede apreciarse un proceso de descentralización relativa en la relación federación-estados entre 1923 y 1929. En efecto, los ingresos de los estados se incrementaron cuatro veces más que aquellos de la federación, por lo que es de suponerse que los gobiernos estatales también ejercieron un mayor poder en sus relaciones con el centro. Los municipios, por su parte, vieron una forma de centralización pura respecto de las unidades superiores de gobierno. Esta

México, Vols I y II, México, SPP-SEP, 1986. Salvo aquella referida a la seguridad social entre 1960 y 1969 que se obtuvo de M. Bustamante, C. Viesca Treviño, F. Villaseñor, et al, *La salud pública en México, 1959-1982*, México, SSA 1982.

pérdida de poder fue especialmente notable después de que en el periodo entre 1900 y 1923 evidenciaron incrementos de 33% en sus ingresos.

La centralización administrativa de los municipios y el creciente poder de la federación y de los estados se dió en el contexto del debate entre quienes propugnaban por una constitución liberal, modelada en la de 1857, y aquellos que propugnaban por un Estado más activo en la arena social⁴. La Constitución de 1917 reflejó en sus variados y a veces contradictorios artículos los compromisos a los que llegaron los salubristas que participaron en el debate⁵. Dos principios de acción estatal fueron legitimados: el consejalismo, por medio del Consejo de Salubridad General, y la acción ejecutiva, con base en el Departamento de Salubridad.

El consejalismo fue una herencia de la rica historia política del siglo XIX, cuando se originó el Consejo Superior de Salubridad. Por su medio reconocidos médicos y hombres de ciencia pretendieron influir sobre la salud del público a través del ejercicio de la autoridad positivista protegida de las contiendas políticas que amenazaban el cumplimiento del *dictum* "orden y progreso". Esta protección se consiguió por la forma descentralizada en que el Consejo enfocaba su influencia. El ámbito natural donde habría de recaer la influencia era el gobierno local, libre de corrupción política y atento a las necesidades de sus habitantes. Las urbes tenían una posición privilegiada en la mirada del Consejo, ya que su hacinamiento y carácter innatural eran considerados como especialmente peligrosos para la salud. Era en su torno que se escucharon la

⁴ N.L. Hamilton, *Mexico: The Limits of State Autonomy*, Princeton N.J., Princeton University Press, 1982.

⁵ Los compromisos no sólo se dieron en el campo de la salud, sino también de muchas otras políticas, donde las facciones hubieron de negociar para evitar la continuación de la revolución y la posibilidad de una invasión extranjera. Ver J.F. Leal, "The Mexican State, 1915-1973. A historical interpretation", en N. Hamilton & T. Harding (Eds.), *Modern Mexico*, Beverly Hills CA, Sage Publications, 1986, p.27.

mayoría de los problemas de salud. En esta tónica, al celebrar el centenario de la independencia el Secretario del Consejo Superior de Salubridad, Eduardo Liceaga dijo que

...para nuestra fortuna, la poderosa nación que nos trajo la civilización europea, había puesto en manos de los ayuntamientos el cuidado de todo aquello que atañe más directamente a la conservación de la vida: había confiado este encargo a la autoridad que está más cerca del pueblo, al Municipio, y le había dictado reglas que, bajo el nombre de ordenanzas, aseguraban la provisión de agua potable...proveían la pureza y buena conservación de los alimentos y de las bebidas; regularizaban el expendio de las vendimias...daban consejos para evitar las enfermedades transmisibles y preceptos para combatirlas cuando tomaban forma epidémica; atendían...la limpieza de las calles, y a la conducción de las basuras [6].

Las autoridades consejales buscaron implantar la más moderna medicina preventiva, basada en la concepción bacteriana de la enfermedad y en la acción responsable de los nuevos profesionales⁷. Esta concepción permitió el enfoque sobre acciones técnicas y específicas que contrastaron con el control ambiental global que antaño orientaba el combate de las epidemias. La participación de profesionales en el diseño de estas nuevas medidas reforzaron el carácter científico de la autoridad sanitaria y por lo mismo buscó la protección del Consejo como órgano descentralizado al margen de los cambios e intereses políticos. Una situación similar se evidenció al tiempo en Massachussets, entidad pionera de la salud pública en los Estados Unidos. Allí, como concluye Rosenkrantz,

La inmunidad conferida por la vacuna de la viruela y por la antitoxina de la difteria fue acompañada al menos de una inmunidad parcial del Consejo Estatal de lo que se había considerado como interferencia ilegítima por parte de los intereses políticos. Lo que había comenzado como un intento por

⁶ Citado en J. Alvarez Amézquita *et al.*, *Historia de la salubridad y de la asistencia en México. Tomo II, Historia de la salubridad, desde 1910 hasta 1960*, México, SSA, 1960, p. 455.

⁷ G. Rosen, *A history of public health*, New York, MD Publications, 1958, p. 332.

aislar y proteger el Consejo de la "política sucia" terminó como una exención específica de la interferencia política [8].

Más aún, el carácter científico de la política sanitaria justificaba la incursión de la medicina en áreas donde la política tradicional comenzaba a encontrar problemáticas ante la lucha de clases. Los máximos exponentes de la nueva doctrina plantearon en Harvard en 1917 que el método de la medicina preventiva

...es el que debería de ser aplicada universalmente para defender a la sociedad contra los males que la afligen —tales como el alcoholismo, la prostitución y la guerra ...La investigación médica y la medicina preventiva están enseñando al mundo civilizado cómo tratar efectivamente con la moral, tanto como con las enfermedades físicas [9.]

Las fuerzas revolucionarias que buscaban establecer un Estado fuerte e interventor aceptaron la mayor parte del contenido de las políticas de salud porfiristas, aunque veían la necesidad de su efectiva implantación. El ingeniero Albero J. Pani formuló en 1916 una propuesta a ser debatida en el congreso constituyente que proponía un nuevo enfoque a la vieja política de salud¹⁰. Después de aseverar con base en datos estadísticos que México "...es seguramente la ciudad más insalubre del mundo"¹¹, se pronuncia en contra de las políticas consejales por su falta de autoridad para implantar medidas tendientes a sanear el medio urbano¹². Pani propone entonces la federalización de la salubridad con el fin de alcanzar "...la prosperidad y la verdadera autonomía nacionales". Apoyándose en palabras del Dr. Rafael Norma, ex-

⁸ B. Rosenkrantz, *Public Health and the State. Changing views in Massachusetts. 1842-1936*, Cambridge, Mass. Harvard University Press, 1972, p. 126.

⁹ Citado en *Ibid.* p.77.

¹⁰ J. Wilkie, *The Mexican revolution...*, p.164.

¹¹ A.J. Pani, *La Higiene en México*, México, Imprenta de J. Ballescá, 1916, p. 19.

¹² *Ibid*, p. 52.

Secretario del Consejo Superior de Salubridad, Pani nos dice que:

...la federación de ciertos servicios sanitarios...es casi indeclinable: el Estado tiene derecho y debe de proteger a los confederados procurando la extinción y evitando la propagación de enfermedades epidémicas...reinantes en el territorio. La geografía médica de las enfermedades infecciosas...proemio obligado de toda medida destinada a remover las causas étnicas, sociales, morales, materiales, económicas, etc. etc., que determinan cierto número de enfermedades evitables y precipitan a las razas a su abatimiento físico e intelectual...no podrán llegar a ser ni siquiera desfloradas, si no se busca la manera de federalizar el servicio de salubridad pública [13].

Alberto Pani promovió ante el constituyente la creación de una Secretaría de Salubridad modelada en la cubana, entonces considerada como la de mayor envergadura por sus políticas de salud en América Latina. La respuesta del congreso fue ambivalente, toda vez que estableció un Departamento de Salubridad —inferior a una Secretaría si bien ya con jurisdicción federal— a la vez que legitimó el consejalismo al reinstituír el Consejo Superior de Salubridad, ahora bajo el nombre de Consejo de Salubridad General y también con autoridad ejecutiva federal en claro conflicto con la autoridad propiamente ejecutiva. El artículo 73 Constitucional, en su fracción XVI estableció las bases de ambas autoridades:

1ª El consejo de salubridad general dependerá directamente del Presidente de la República sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones serán obligatorias en el país.

2ª En caso de epidemias de carácter grave, o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.

3ª La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país [14].

¹³ *Ibid*, p. 141-142.

¹⁴ Citado en J. Alvarez Amézquita *et al. Historia de la salubridad...*, p. 328.

Quienes apoyaron una "dictadura sanitaria" de la federación como respuesta a la amenaza de las enfermedades epidémicas consideraban que la doble autoridad central lograba una adecuada nulificación de la capacidad legislativa de los estados. En 1926 el Departamento de Salubridad afirmó que:

La Constitución ha hecho bien...cuando dio facultades legislativas permanentes a la autoridad sanitaria suprema central y seguramente nadie se atreverá discutirlo...no hay, no debe haber, ni sistemas políticos de gobierno que se opongan, ni discusiones o fórmulas legales que sean obstáculo para preservar la salud pública...En resumen: los Estados se encuentran privados de las principales facultades de soberanía en materia de salubridad, constituyéndose por la Carta Política de 1917 la dictadura federal sanitaria [15].

Sobre estas bases se consiguió un principio de autoridad central, si bien fragmentado en su inicio por dos autoridades sanitarias a la vez que por la justificación —también constitucional— del desarrollo independiente de la seguridad social. En efecto, el artículo 123 constitucional prescribió la seguridad social como parte de la postura interventora del estado, asignando su responsabilidad tanto al gobierno federal como a sus contrapartes estatales. No obstante, el debate que siguió sobre cuál nivel de gobierno habría de implantar esta medida¹⁶ dejó ver la incertidumbre sobre quién habría de asumir la responsabilidad por la ejecución de la política de salud, incertidumbre que en este caso se complicó por el escaso control federal sobre la política laboral en su conjunto¹⁷.

La ambigüedad sobre el problema de la seguridad social dió lugar a un debate esteril y prolongado sobre si el gobierno estatal o la federación habrían de ser los responsables de su implantación. El Congreso rechazó una moción que llamó a la

¹⁵ *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 1926, No. 3, p. 5-9.

¹⁶ M. Singer, *Growth, equality and the Mexican experience*, Austin, University of Texas Press, 1969.

¹⁷ V. Brachet Márquez, *The pact of domination...*, en preparación.

federación a proveer seguridad social en 1921. El gobierno de Obregón se pronunció más tarde a favor de una propuesta de financiamiento tripartita a nivel estatal, plan que con su asesinato en 1928 quedó fuera de la discusión. El presidente interino Portes Gil hizo una propuesta de modificación a la Constitución en 1929, en la que la seguridad social fue elevada al rango de derecho público y se confería al gobierno estatal la obligación de proveerlo. No obstante, los gobernadores rechazaron asumir esta responsabilidad¹⁸. No es claro si quienes se oponían a la seguridad social federalizada lo hicieron por considerar que se violentaba con ello la soberanía de los gobiernos estatales, o si bien adijeron a la incapacidad económica del gobierno federal¹⁹.

No hubieron presiones por parte de grupos laborales hacia una u otra forma de prestación, lo que apoya la tesis de que el debate fue —como en otros casos— generado dentro de los grupos burocráticos que constituían la élite dominante²⁰. La falta de decisión en esta cuestión fue implícitamente una decisión a favor de la privatización de la salud y de su organización con base en las organizaciones mutualistas entonces respaldadas por las organizaciones obreras.

¿Que consecuencias tuvo la ideología predominante en la formulación de políticas de salud sobre las relaciones entre los distintos ordenes de gobierno? La conjunción de la acción consejalista con la ejecutiva permitió al gobierno revolucionario responder a los problemas más urgentes, relacionados con las medidas internacionalmente respaldadas dirigidas a controlar y erradicar la fiebre amarilla. Durante siglos la fiebre amarilla había sido una peste en las ciudades de Veracruz y Mérida^{21,22}; no obstante, con la

¹⁸ M. Singer, *Growth, equality and the Mexican experience...*

¹⁹ *Ibid.* p. 253.

²⁰ F. Brandenburg, *The making of modern Mexico*, Englewood Cliffs NJ, Prentice Hall, 1964.

²¹ M. Bustamante, *La fiebre amarilla en México y su origen en América*,

industrialización y el incremento al comercio internacional el problema tomó una nueva dimensión, sobre todo en el principal puerto del país. En 1920 Veracruz experimentó un repentino brote de fiebre amarilla, causando la muerte de 125 personas después de más de una década de nula mortalidad reportada²³. A la misma vez, la enfermedad fue objeto de una campaña internacional de erradicación liderada por la Fundación Rockefeller.

A más de la presión ejercida por medio de la fundación privada encaminada a obtener la cooperación en el control de la epidemia, Obregón enfrentó en 1920 la presión directa por parte del gobierno norteamericano, quien condicionó su reconocimiento como sucesor de Carranza hasta que se asegurara que no se implantarían las medidas expropiatorias señaladas en la Constitución de 1917²⁴. La coyuntura parece haber afectado la respuesta al problema de la fiebre amarilla. El gobierno mexicano se mostró desmedidamente colaborativo en la resolución de este otro problema, mismo que afectaba sobre todo a los intereses petroleros norteamericanos en el Golfo y en cuya solución no se comprometía abiertamente la soberanía del país. Se formó una comisión especial con el propósito de erradicar la fiebre amarilla del Golfo, comisión que si bien era mayoritariamente financiada por el gobierno federal, fue encabezada por un representante norteamericano de la Fundación Rockefeller²⁵. Como dijera Obregón en su primer informe presidencial:

...la lucha contra la fiebre amarilla en Veracruz y los puertos de la costa del Golfo a través de una comisión especial integrada por médicos mexicanos y especialistas de la Fundación Rockefeller es una demostración del espíritu

México, s.e., 1958, p. 188.

²² S. Novo, *Breve Historia y antología de la fiebre amarilla en México*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1964, *passim*.

²³ M. Bustamante, *La fiebre amarilla ...*, 169.

²⁴ J. Wilkie, *The Mexican revolution...*, p. 58.

²⁵ M. Bustamante, *La fiebre amarilla ...*, p.188.

de cooperación internacional que se organiza cuando se trata de asuntos científicos que no reconocen fronteras [26].

La comisión gozó de gran respaldo y prestigio, convirtiéndose rápidamente en la principal política sanitaria del país, verdadera cuna intelectual y organizacional de la salud pública moderna. Hacia 1922 la Comisión dió lugar a la creación de la Escuela de Salubridad, donde se formaron más tarde no sólo los encargados de la campaña en cuestión, sino también los especialistas que difundieron los métodos modernos de salud pública a nivel nacional. La comisión se disolvió en 1923, habiendo establecido las bases del control epidemiológico nacional a la vez que se declaró la erradicación de la fiebre amarilla urbana²⁷.

El presidente Plutarco Elías Calles (1925-1929) reforzó la capacidad técnica del Departamento de Salubridad, estableciendo la Escuela de Salubridad por decreto presidencial como fuente exclusiva de los técnicos que el Departamento requeriría²⁸. Esta medida centralizó el poder sanitarista en torno a una élite burocrática, a la que también se le dieron facilidades para que se capacitara en el extranjero. Sobre estas bases técnicas Calles se dió a la tarea de consolidar la política ejecutiva iniciada por Obregón y que respondía principalmente a los intereses económicos internacionales.

El área del Golfo siguió siendo el foco de atención, ya que experimentó un enorme crecimiento asociado a la explotación petrolera y platanera. La ciudad de Veracruz más que triplicó su población entre 1921 y 1929²⁹, por lo que el gobierno se preocupó de nuevo por el problema de la fiebre amarilla, aún

²⁶ México, *México a través de los informes presidenciales. Tomo 12. La salubridad general*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1976, p. XLIV.

²⁷ *Ibid.* p. XLV

²⁸ J. Alvarez Amézquita *et al.* *Historia de la salubridad...*

²⁹ SPP-INAH, *Estadísticas históricas de México...* p.21.

cuando no se reportó ningún caso de muerte por esta enfermedad³⁰. El gobierno de Calles implantó entonces una política de colaboración entre los gobiernos municipales, estatales y la federación, siguiendo el modelo de administración descentralizada y sobre bases técnicas que había sido tan exitoso anteriormente.

Se instalaron 5 Unidades Sanitarias Cooperativas en igual número de puertos o ciudades del Golfo dedicados a la prevención de la fiebre amarilla basado en la administración local del programa y sobre firmes bases territoriales que permitían el acceso obligatorio a cualquier foco de infección. Si bien los convenios de cooperación reconocieron y aprovecharon la autoridad municipal con el fin de conseguir el acceso y control de los focos de infección, las unidades se mantuvieron centralizadas financieramente. En el caso de la unidad del Puerto de Veracruz la federación contribuyó con el 72% de los gastos, mientras que el municipio dió 27%, dineros asignados al subprograma de recolección de basura. El gobierno estatal retuvo una contribución simbólica del 1%, mientras que la Fundación Rockefeller, ahora sólo con un papel asesor, también contribuyó con el 1%. Cabe resaltar que el aporte de la federación sólo en la unidad del puerto de Veracruz significó el 2.8% del presupuesto del Departamento de salubridad, lo que permitió que el programa distribuyera en su conjunto un gasto per cápita 8.4 veces más alto de lo que recibía entonces el ciudadano promedio.

Las Unidades Sanitarias Cooperativas demuestran el manejo selectivo de las relaciones centro-locales con el fin de asegurar que cada nivel aporte en la medida de las necesidades de un plan centralizado y orientado a la satisfacción de intereses internacionales. La descentralización política hacia el municipio tendió un puente por arriba de las autoridades estatales, mientras que la asesoría de la Rockefeller y la

³⁰ M. Bustamante, *La fiebre amarilla en México...*

dirección técnica del proyecto por parte de un empleado federal aseguraron que los recursos también mayoritariamente federales se canalizaran a resolver problemas de salud particulares al municipio, aunque no prioritarios para el país desde un punto de vista estrictamente sanitario. En efecto, la fiebre amarilla no figuraba dentro de las diez primeras causas de muerte nacionales³¹, mientras que problemas muy relacionados, como el paludismo, quedaron sin atención por parte del gobierno federal.

La percepción oficial de los enclaves de descentralización en el golfo exaltó las bondades de la colaboración entre los municipios soberanos y la federación, proponiéndose como un modelo a ser difundido a nivel nacional³². La política de acción ejecutiva centralizada tan debatida inmediatamente después de la revolución dió lugar a un modelo más comprometido con el localismo y el consejalismo técnico de antaño, ahora reforzado por la influencia de la administración sanitarista local estadounidense. Esta influencia, lejos de ser una asimilación pasiva de fuerzas imperialistas³³, respondía a un complejo patrón de alianzas y coyunturas a las que el gobierno mexicano debía responder a fin de preservar sus fronteras.

EL PRINCIPIO TERRITORIAL: 1930 A 1934

La depresión mundial de 1929 afectó sensiblemente la acción gubernamental, marcando un segundo periodo del Estado mexicano hasta el año de 1935. El PIB tocó fondo en 1932, con \$2,641 per cápita, lo que representó un descenso de 31% respecto al punto más alto de la etapa de consolidación (cuadros 5, gráfica 2). No obstante ello, el gobierno federal

³¹ México, *Mexico a través de los informes presidenciales...*, p. XXXVII.

³² *Ibid.*

³³ S. Franco Agudelo, "The Rockefeller Foundation's antimalarial program in Latin America: Donating or Dominating," *International Journal of Health Services*, 7 (1977).

duplicó durante la depresión el porcentaje de gasto social, pasando el gasto per cápita en salud de \$4 durante la consolidación a \$5 (cuadro 4, gráfica 2).

Durante la depresión también se descentralizó el encuadre fiscal de la República, ya que en 1923 la federación percibía 72.6% de los ingresos, mientras que en 1929 fue de 71.1 y hacia 1932 de 64.0 (cuadro 6, gráfica 3). Es de esperarse que los estados y municipios hayan incrementado de manera absoluta los presupuestos globales al sector social, con lo que la descentralización fue también una estrategia encaminada a enfrentar la crisis económica y sus repercusiones disolutivas del recién ganado pacto político nacional.

México fue afectado por la depresión mundial en un momento crítico de su desarrollo político, ya que fue también en 1929 que se unificaron las diversas facciones que controlaron el poder después de la revolución en torno a un partido político centralizado, el PNR³⁴. La depresión amenazó la viabilidad del pacto político, y es en este contexto que debe comprenderse la evolución de una política de salud que buscó la protección del poder centralizado por medio de la descentralización de ciertas funciones públicas hacia los gobiernos estatales .

El presidente Ortiz Rubio (1931-1932) respondió a la crisis económica con una política de equilibrio presupuestal, lo que lo llevó a enfrentar severos conflictos. Fue por ello depuesto por el Jefe Máximo, Calles, quién instaló en la silla del poder a Abelardo Rodríguez (1933-1934) con una política formulada bajo la égida de altamente exitoso *New Deal* de Delano Roosevelt³⁵. La mayor participación de los gobernadores ante el reto de la crisis queda resumida en el discurso que Calles les dirigió en 1931:

No debemos agitar, no debemos aumentar el desorden y la anarquía. El trabajo de los revolucionarios debe tender ahora hacia una época

³⁴ N. Hamilton, *op cit.*

³⁵ J. Wilkie, *The Mexican revolution...*

constructiva... Ambiciones incontenibles son exitadas en el órden político que crean en ocasiones situaciones de desorden y anarquía. Esto es lo que debemos de corregir. Disciplinar las fuerzas de la revolución, unificarlas para que puedan apoyar al gobierno, eso es lo que debemos hacer hoy más que nunca para que puedan servir y apoyar al Estado... En los estados de la república debemos sinceramente de trabajar para acercarnos a la democracia verdadera, para que el voto sea respetado y se elijan al congreso a representantes verdaderos de la mayoría de la gente al igual que en las elecciones a gobernadores. Debemos de evitar el error de formal camarillas donde se suceden unos a los otros para mantener a los mismos hombres en el poder.[36].

Bajo esta óptica, la política de salud se dirigió a extender las exitosas experiencias del Golfo —experimentos, según Calles— a nivel nacional³⁷. Con el fin de comprender porqué se le asignó a la política sanitaria un papel protagónico durante la crisis es conveniente entender la nueva concepción que adquirió la salud dentro del pensamiento económico-político de la época. La evolución de la salud pública más allá de las concepciones bacteriológicas que predominaron a principios de siglo llevó en Estados Unidos a dar mayor atención a la higiene y a la educación para la salud³⁸. La salud pasó a ocupar un papel en la valoración del trabajo humano, esto es, en la visión incipiente del potencial de trabajo como capital humano. La crisis económica, se pensaba, sería superada en la medida en que el Estado se preocupara por elevar la salud de sus trabajadores, viendose esta política ya no como mero gasto paliativo, sino como una inversión. Hacia 1930 las autoridades de salud en México eran partícipes ya de esta nueva visión:

...desde el punto de vista económico, el hombre es actualmente considerado como un valor social; por lo tanto, la vida humana debe ser considerada como capital...el dinero gastado en [atención a la salud] es el mejor negocio que puede hacer un país...es una colocación de capital que producirá mayores ganancias que si fuera colocado en cualquier otra área [39].

³⁶ Citado en J. Wilkie, *The Mexican revolution...*, p. 69.

³⁷ M. Bustamante, "La coordinación de los servicios sanitarios federales y locales como factor de progreso higiénico en México, en H. Hernández Llamaz (Ed.), *La salud rural en México*, México, IMSS, 1984, p. 70-81.

³⁸ B. Rosenkrantz, *Public Health and the State...*, p. 132.

La inversión en capital humano era una salida racional a la crisis sólo en la medida en que eran pocas las posibilidades de inversiones directamente productivas. Con la crisis el Estado también se encontró en quiebra y buscó fuentes de ingreso alternativas, parte de las cuales habría de invertir como "capital humano".

Las bases que heredó el presidente Ortiz Rubio a su sucesor Abelardo Rodríguez fueron ciertamente pobres para hacer de la política de salud una inversión. Todo lo que había conseguido Ortiz Rubio fue la firma de tres convenios para instalar Unidades Sanitarias Cooperativas en las ciudades de Durango, Guerrero y Torreón. El Departamento de Salubridad había para entonces limitado su acción a nivel nacional al envío de dos circulares por correo a las 2,323 municipalidades, donde se les exhortó a atender las necesidades de salud de sus poblaciones. Se pidió de manera sobradamente optimista que los presidentes asignaran una porción mínima de sus presupuestos dirigida a implantar programas de prevención. Paralelamente, los enclaves de descentralización cayeron en un fuerte desfinanciamiento a la vez que se cuestionó su viabilidad como modelos para extender la política de salud a todo el país. Los técnicos descubrieron sus altos costos per cápita y denunciaron el fracaso en el sostenimiento de "la unidad técnica y administrativa" dentro de áreas de responsabilidad tan pequeñas y pobres como lo eran la vasta mayoría de las municipalidades. Se mencionaron también los conflictos de autoridad a que habían dado lugar los convenios entre los tres niveles de gobierno⁴⁰.

Fue en este contexto que en 1933 se pidió a la élite de salubristas formados en el extranjero y con la experiencia de haber dirigido las Unidades Sanitarias Cooperativas que diseñaran un plan con el propósito de extender este modelo de servicios a nivel nacional⁴¹. Lo que era atractivo del modelo

³⁹ Editorial, *Boletín del departamento de Salubridad*, 1930, No.1.

⁴⁰ J. Alvarez Amézquita, *et al. Historia de la salubridad...*,p. 343.

era el cofinanciamiento, aunque esta vez se enfocó la atención en el nivel estatal, donde habría de buscarse hasta la mitad de los recursos. Más que el apoyo en la realización de actividades específicas, los gobernadores habrían de tener el poder de implantar sus políticas de salud, por medio de un Jefe estatal nombrado por ellos. La federación se asignó un papel coordinador técnico y financiero, muy en el espíritu federalista. Asumía plenitud el principio territorial de vinculación gestado en los enclaves descentralizados del Golfo y bajo la fuerte influencia norteamericana⁴².

La nueva aproximación geopolítica fue puesta a prueba en el estado de Guanajuato, donde las autoridades estatales y federales fusionaron sus respectivos servicios sin acuerdo formal previo. El objetivo era extender los servicios a todos los municipios, al utilizar más eficientemente los recursos disponibles⁴³. Bajo esta modalidad las municipalidades se convertirían en satélites de la coordinación entre el estado y la federación. En la propuesta oficial de la nueva política se reiteró el ideal de unidad en las relaciones centro-locales, a través de que los niveles de gobierno fueran

...un sólo grupo con relaciones armónicas de trabajo, economía en la administración, y efectividad en la atención, sin duplicidades funcionales o conflictos jurisdiccionales [44].

El concepto de "un sólo grupo" fue traducido en la práctica por medio de convenios para la prestación unificada de servicios entre estado y federación, bajo igual responsabilidad financiera y una sólo administración y dirigida por una sólo

41 M. Bustamante, "La coordinación de los servicios sanitarios...".

42 Entrevista, 26.1.88, Ex-Director General de Servicios Coordinados, SSA.

43 Dirección General de Salud Pública en estados y Territorios, *Consideraciones que fundan y motivan el convenio de coordinación de servicios sanitarios entre el gobierno federal y el estado de Guanajuato dentro de los límites de esta entidad*, Citado en J. Alvarez Amézquita, *et al.*, *Historia de la salubridad...*, p.348.

44 *Ibid.* p. 51.

persona quién, sin embargo, retenía dos cargos: el federal y el estatal.

A pesar de su nulidad dentro del nuevo pacto, las municipalidades siguieron figurando como la unidad de análisis de la política sanitaria. Se buscó que cada una de ellas tuviera un mínimo de servicios, sin especificarse si se les veía sólo como unidades para la programación de servicios, o si pretendía retenerse alguna responsabilidad política o administrativa. Los técnicos seguían viendo en el municipio la unidad ideal dentro de la cual organizar los servicios, no sólo por el prestigio de los enclaves anteriores, sino también porque se pensaba que el municipio mexicano era de la misma esencia que el norteamericano, ámbito territorial donde se ganó el combate contra muchas enfermedades en el vecino país del norte⁴⁵.

Más allá de las similitudes en el plano legal los salubristas mexicanos veían diferencias entre los gobiernos locales de los dos países vecinos. A más de los obstáculos al financiamiento local la medicina tradicional era vista como charlataneria. La solución propuesta era que cada municipio tuviera — idealmente— un centro de higiene con un médico y una enfermera, coordinado por la federación y el estado:

Partiendo de los centros de higiene, la enfermera ganará la confianza de las madres que verán vivir a sus hijos, el inspector ayudará a reducir los mosquitos y los parásitos intestinales, a tener agua pura y excusados sanitarios, y el médico acabará con la viruela y la rabia y reducirá la tifoidea, la difteria, la meningitis...Los pueblos de menor tamaño o desprovistos de servicios los irán reclamando porque ya los conocerán y porque en algunas ocasiones, frente a brotes epidémicos o endemias, habrán recibido beneficios directos de la oficina sanitaria más próxima [46].

Los problemas de la pobreza y la dispersión de la población habrían de ser resueltos con base en la coordinación de acciones entre municipalidades, que reteniendo los beneficios

⁴⁵ M. Bustamante, "La coordinación de los servicios sanitarios...", p. 57.

⁴⁶ *ibid.* p. 55.

de la administración a nivel local, podrían beneficiarse de la coordinación estatal y nacional:

...lo que es nacional es el tipo de coordinación...la adaptabilidad [del plan] consistirá en que una municipalidad rica podrá contribuir para contar con un buen laboratorio, dispensarios antivenéreos y antituberculosos, centros de higiene infantil y hasta un gabinete odontológico escolar, pero también una municipalidad pobre, agobiada por el paludismo y la oncocercosis, no quedará abandonada sino que recibirá la benéfica acción de la Federación y el Estado por medio del centro de higiene más próximo, sostenido por los gobiernos respectivos [47].

La transición de un modelo más puramente local, como el estadounidense, al híbrido que se buscó fue difícil de conceptualizar en esta época, sin duda por el evidente peso que habría que darle al aporte técnico-financiero federal y estatal. La coordinación centralista se justificó diciendo que

...estamos llegando a un tipo de organización basada en la coordinación de los servicios sanitarios que se aparta del establecimiento de un tipo cooperativo puro [48].

La política de servicios coordinados resultó de la yuxtaposición de dos modelos, el localista y el federalista, cada cual con sus valores asociados: El enfoque localista tenía una fuerte connotación técnica, consejal y apolítica, basándose para su desarrollo en los supuestos instintos del bien comunitario y de las fuerzas del mercado. Al encarar la realidad del municipio mexicano se plasma el modelo ejecutivo, cuasi-dictatorial y fuertemente dependiente de la política nacional. El concepto de "coordinación" es entonces utilizado, como término federalista que parecía satisfacer el ideal de que los municipios podrían, a fin de cuentas, sobresalir. Se esperaba un patrón de centralización sistémica, donde el aporte recíproco de las partes llevaría a la mayor integración nacional.

47 *Ibid.*p. 55.

48 *Ibid.*p. 64.

En la práctica, la coordinación de servicios se manejó como un franco dominio por el centro. Si bien los gobernadores tenían la prerrogativa de elegir al Jefe de Servicios Coordinados, éste tenía que ser un médico salubrista, profesión que ya era dominada por el centro a través de la Escuela de Salubridad. Así las cosas, el nombramiento descentralizado se hizo simbólico, mientras que el financiamiento estatal también decayó⁴⁹.

Los Servicios Coordinados fueron implantados durante los dos años del periodo de Abelardo Rodríguez en los nueve estados más poblados del país, donde residía el 43% de la población⁵⁰. Cabe enfatizar, no obstante, que los servicios daban servicio primordialmente a la población urbana, que entonces era una menor parte. Este patrón de implantación habla del gran poder que tuvo la federación para llevar adelante su plan de legitimar al régimen entre los núcleos de población más sensible. No obstante, tres entidades populosas — México, Michoacán y el Distrito Federal— no firmaron los convenios, posiblemente por haberse opuesto a la medida⁵¹. En Michoacán gobernaba Lázaro Cárdenas, quien se distinguió por su estilo personal y ejecutivo de gobernar —sobre todo cuando fue presidente—⁵². Cárdenas bien pudo rechazar la ambigüedad que implicaba el plan de coordinación; además, sabiendo que se sacudió la tutela de Calles, no es improbable que hubiera percibido en medidas como la coordinación un afán de entrometimiento en la soberanía de su gobierno.

El buen recibimiento que tuvo la política coordinadora llevó

⁴⁹ Entrevista 26.1.88, Ex-Director General de Servicios Coordinados, SSA.

⁵⁰ J. Alvarez Amézquita, *et al.*, *Historia de la salubridad...* Los estados fueron Guanajuato, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Sinaloa, Sonora y Veracruz.

⁵¹ H. Hernández Llamaz, "Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México. 1935-1980", en F. Ortíz Quezada (Ed.), *Vida y muerte del Mexicano*, México, Folios, 1982, p. 58.

⁵² A. Córdova, *La política de masas del cardenismo*, México, Ediciones Era, 1974, p. 53.

a que se buscara su cabal implantación en el resto de la federación por medio del Plan Sexenal que pretendía orientar la política del periodo 1934-1940⁵³. El Plan consideró consolidar a los Servicios Coordinados como la columna vertebral de la política sanitaria, por lo que se pidió que se incrementara su presupuesto, de 3.4% del presupuesto federal, a 5.5% en 1939. También se llamó a una mayor participación por parte de los gobiernos estatales y municipales. Con el fin de asegurar su futuro, los Servicios Coordinados fueron formalizados en 1934 al expedir Abelardo Rodríguez la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios de la República Mexicana⁵⁴.

A pesar del gran peso que quiso dársele a la organización geopolítica de los servicios de salud, durante la depresión también se intentaron programas selectivos y de comando exclusivamente central con el propósito de luchar contra enfermedades como la tuberculosis, la oncocercosis y otras enfermedades tropicales. Los técnicos detrás de estos programas importaron sus ideas principalmente de Francia, donde existían instituciones completamente dedicadas a una sola enfermedad y donde se aplicaba la tecnología más avanzada. En México se denominó a este enfoque fragmentado como "medidas directas" o "ideales", si bien tuvo que aceptarse la ingerencia del Departamento de Salubridad, dentro de lo que se denominó como "medidas indirectas". La combinación de los "órganos" ideales junto con las medidas indirectas llevaría al Departamento a su "actividad funcional completa y a funcionar de manera armónica funcional⁵⁵. Los programas verticales tenían también una fuerte herencia de las campañas en contra de la fiebre amarilla en México. Así como el modelo territorial

⁵³ J. Alvarez Amézquita, *et al.* *Historia de la salubridad...*, p. 351.

⁵⁴ México, *México a través de los informes presidenciales...*, p. XXII

⁵⁵ M. Gea González, *La campaña antituberculosa en México, Memoria, 1930*, Citado en J. Alvarez Amézquita, *et al.* *Historia de la salubridad...*, p. 413.

heredó el enfoque localista de estas experiencias, las campañas verticales retomaron su selectividad y enfoque técnico, en ambos casos ampliando la política sanitaria a las principales zonas urbanas de país.

Otra fuente de fragmentación de la política sanitaria nacional en el periodo que nos ocupa fue la atención diferenciada a la salud ocupacional. La Constitución de 1917 había reconocido los derechos de salud ocupacional de los trabajadores en el artículo 123, y no en el 74 que precribió la existencia del Departamento de Salubridad. Esto permitió al gobierno federal la formulación de políticas independientes y suficientemente flexibles como herramientas en la negociación y control del crecientemente importante sector obrero⁵⁶. Con este fin se creó en 1929 dentro del Departamento de Salubridad el Servicio de Previsión Social e Higiene Industrial. Con la federalización del código laboral en 1932 se creó adicionalmente un órgano dentro de la Secretaría del Trabajo encargado de las mismas funciones. Este traslape no sería resuelto hasta 1937, cuando el Departamento extinguió formalmente su responsabilidad en la materia, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial del Trabajo⁵⁷. No obstante, la Secretaría del Trabajo se desentendió de los asuntos en industrias no federalizadas, por lo que el Departamento volvió a ocuparse con muy poca efectividad de estos casos⁵⁸. En esta forma se desarrolló durante la depresión y hasta fines de los 30 el germen de lo que más tarde habría de ser el principio corporativista de vinculación centro-local de las acciones de salud.

⁵⁶ V. Brachet Márquez, *The pact of domination...*

⁵⁷ J. Alvarez Amézquita, *et al. Historia de la salubridad...*,p.424.

⁵⁸ *Ibid.* p.362.

**POLITICAS DE SALUD PARA LA ORGANIZACION
ECONOMICA: 1934-1940**

Con todo y la fuerte dinámica del gasto social del Estado Mexicano en 1934, a partir de entonces se evidenciaron nuevas necesidades en el contexto de la movilización obrero-campesina realizada por el presidente Lázaro Cárdenas. El PIB sólo tuvo una recuperación del 13.3% durante este periodo, con lo que la riqueza nacional siguió siendo menor que en el periodo de consolidación. No obstante, el gasto social pasó de 14.7% del presupuesto durante la depresión a 18.3% durante la etapa de movilización. La transición a un presupuesto con menor importancia del rubro administrativo es ya clara, toda vez que sólo se ocupa en ello el 44% del gasto.

Durante la etapa de movilización el gasto federal en salud mostró una tendencia similar al gasto social global, aunque con una tasa de crecimiento más pronunciada. Si con la depresión había comenzado a cerrarse la brecha entre los renglones de salud y educación, el cardenismo continuó dando mayor preferencia a los incrementos al gasto en salud, promediándose durante el periodo un 4.9% del presupuesto (cuadro 4 gráfica 2). El gasto per cápita en salud se vió multiplicado por un factor de 2.4, mientras que el gasto en educación sólo se multiplicó por 1.4.

La política social del cardenismo fue acompañada de una tendencia centralizadora del ingreso (gasto), sobre todo de los estados respecto de los municipios, los cuales tuvieron entonces menos de la mitad de su participación en los ingresos que en la etapa de consolidación.

El presidente Lázaro Cárdenas (1934-1940) gobernó pensando que el desarrollo económico sólo podría ocurrir mientras el Estado reconociera la lucha de clases y jugara un papel activo en la superación de los conflictos que dividían a los trabajadores. La democracia habría entonces de entenderse menos en su asepción liberal e individualista y más como acción colectiva:

Los conservadores de México, enemigos del programa social de la Revolución, quisieran en la política del gobierno la democracia que se practica en los estados capitalistas; es decir, libertad para sus intereses e imposición de su criterio; quisieran que se relegara a los trabajadores a una situación individualista, porque *saben que la organización acabará con sus privilegios*. Por eso le temen y le combaten; pero si los trabajadores usan inteligentemente su propia fuerza lograrán pronto una mejor distribución de la riqueza pública y privada [59].

Con estas premisas puede sugerirse que Cárdenas vió en la política sanitaria una estrategia dirigida a fortalecer a los trabajadores en el camino hacia el desarrollo económico⁶⁰. Esta preocupación llevó a la maduración del principio corporativista de vinculación, entonces comprendido por los salubristas bajo el principio de la "salud dinámica". Salud dinámica quería decir la legitimidad de canalizar recursos a grupos sociales con base en su importancia económica, y ya no sólo por el afán salubrista supuestamente apolítico.

La génesis del principio corporativista se dió, interesantemente, no a partir de los programas existentes de salud ocupacional, sino de la conjunción de experiencias en los propios Servicios Coordinados y en sucesos independientes en el estado de Michoacán. En 1934, antes de que Cárdenas subiera al poder, la Comisión Nacional de Irrigación petitionó al Departamento de Salubridad una Unidad Sanitaria Cooperativa que atendiera a los campesinos de Río Salado, quienes se habían beneficiado de un ambicioso programa de irrigación y desarrollo rural⁶¹. La petición era *sui generis*, ya que solicitaba un programa destinado a un grupo ocupacional constituido por un programa federal que, además, rebasaba las fronteras de Nuevo León y Coahuila⁶². Las autoridades de los

⁵⁹ Citado en A. Córdova, p. 38.

⁶⁰ *Ibid.*, p. 39.

⁶¹ M. H. Greenberg, *Bureaucracy and development: a Mexican case study*, Lexington, Lexington Books, 1970.

⁶² J. Alvarez Amézquita, *et al. Historia de la salubridad...*, p. 370.

respectivos estados estaban imposibilitadas para ofrecer un programa cooperativo de salud que se adecuara a los requerimientos del nuevo proyecto.

Las autoridades del Departamento de Salubridad recibieron con beneplácito esta propuesta, viendo que el nuevo programa podría añadir a los servicios preventivos brindados a través de las Unidades tradicionales los servicios de la medicina curativa deseados por los campesinos. En esta forma el Estado reconocía por vez primera un papel en el ámbito de la medicina curativa extra-hospitalaria, antes considerado como la provincia exclusiva de la medicina privada. Otra ventaja señalada por las autoridades era la posibilidad de entregar los servicios al campesino y sus familiares de manera más directa y participativa, ya que ellos serían los contribuyentes directos, en cooperación con las autoridades estatales y federales.

El suceso independiente en el estado de Michoacán que contribuyó al principio corporativista fue la organización de servicios médicos ejidales autónomos por campesinos de Zacapu. Los campesinos habían sido favorecidos con la reforma agraria que Cárdenas y su lugarteniente Mújica impulsaron, siendo el primero gobernador y el segundo miembro de la comunidad campesina. Los campesinos se habían organizado de manera colectiva en torno a la producción agrícola, por lo que la organización de los servicios médicos también era colectiva, pudiéndose pagar en especie⁶³.

La formulación de una nueva política de salud durante el gobierno de Cárdenas se dió en parte por medio del recién creado Bloque Nacional de Médicos Revolucionarios. En el primer Congreso de Higiene Rural, organizado bajo los auspicios del Departamento de Salubridad y del Bloque en Morelia, Michoacán, en 1935 se propuso la creación de una nueva oficina dedicada a la salud de los campesinos

⁶³ J. Alvarez Amézquita "Servicios Médicos Rurales Cooperativos", en H. Hernández Llamaz (Ed.), *La salud rural en México...*, p. 94.

ejidatarios⁶⁴. Esta propuesta llevó en el mismo año a un acuerdo entre el Departamento de Salubridad y la facultad de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México con el que se aseguró un año de servicio social rural de todos sus egresados como forma de obtener los recursos necesarios en el campo. El Instituto Politécnico Nacional también implantó un nuevo programa de formación de médicos especializados en las necesidades de salud del campo mexicano⁶⁵.

Con el impulso que Cárdenas dió a la reforma agraria y auspiciados ahora por la política salubrista oficial pronto se organizaron servicios medicos ejidales cooperativos por todo el medio rural colectivizado.. Sobre sus bases semi-autónomas los grupos campesinos empezaron a asediar al Departamento de Salubridad con todo tipo de demandas, rebasando el marco de los Servicios Coordinados. Las autoridades técnicas del Departamento de Salubridad pronto se preocuparon del surgimiento de un sistema "desordenado" de salud, fuera de cualquier programa o ley oficial⁶⁶. Más preocupante era el hecho de que de pronto los campesinos empezaron reclamar gran cantidad de recursos, compitiendo entonces con los Servicios Coordinados, a la vez que privando a los grupos urbanos de los servicios con los que se les había privilegiado. Ante la resistencia de las autoridades los campesinos comenzaron a protestar, argumentando que los Servicios Coordinados se limitaban a las poblaciones urbanas y que ellos ameritaban sus propios servicios⁶⁷.

El conflicto entre campesinos y autoridades llevó finalmente a la creación de la Oficina de Medicina Social e Higiene Rural, que asumió la responsabilidad de más de 36 servicios que ya entonces existían de manera semiautónoma, si bien absorbían un 5% del presupuesto departamental⁶⁸. Con su

⁶⁴ *Ibid.* p. 382-3.

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ J. Alvarez Amézquita "Servicios Médicos Rurales Cooperativos",..., p.97.

⁶⁷ *Ibid.*

reconocimiento oficial pasaron a absorber 8.2% del presupuesto, lo que repercutió en un decremento de 13% al gasto canalizado a cada ciudadano por medio de los Servicios Coordinados. Los 36 servicios atendían a 5,153 familias campesinas con un total de 25,775 individuos⁶⁹ en 13 estados, dos territorios y el Distrito Federal⁷⁰. El programa canalizó entonces a este grupo un gasto per cápita 36 veces superior al asignado al ciudadano promedio. Como observó N. Whetten, "el 1.3% de los ejidatarios se beneficia de 45% de los fondos invertidos en servicios médicos"⁷¹

Entre 1937 y 1940, a pesar de que la Oficina de Medicina Social obtuvo rango de Dirección, su porción del presupuesto bajó a 4.6%, aun cuando el gasto per cápita global del Departamento de Salubridad se duplicó, pasando de \$8.1 a \$16.4, y se triplicaron las clínicas, llegando a 104 ⁷².

La evolución de las relaciones centro-locales entre la federación y los ejidatarios colectivos y sus servicios médicos ejidales mostró una relación inversa entre el grado de control político y la descentralización del financiamiento. Mientras que los servicios eran poco dependientes técnica y normativamente de la federación en 1936, su financiamiento era 92% federal. Sin embargo, en 1940 los servicios eran parte oficial del Departamento de Salubridad a la vez que la organización campesina había sido firmemente centralizada bajo el corporativismo estatal; no obstante, el financiamiento federal de los servicios ejidales había descendido a 65%, llegando a 44% con Avila Camacho cuatro años más tarde⁷³. La

⁶⁸ H. Hernández Llamaz, "Algunas consideraciones sobre la historia del campo mexicano", en H. Hernández Llamaz (Ed.), *La salud rural en México, Op, cit.*, p. 24.

⁶⁹ *Ibid.* p. 94.

⁷⁰ Mexico, *Mexico a través de los informes presidenciales...*, p. XXIII.

⁷¹ N.L. Whetten, "Salud y mortalidad en el México rural", en H. Hernández Llamaz (Ed.), *La salud rural en México*, p. 177.

⁷² J. Alvarez Amézquita *Servicios Médicos Rurales Cooperativos*, p. 99.

⁷³ H. Hernández Llamaz, "Algunas consideraciones sobre la historia del

descentralización financiera fue además relativa a un mayor aporte campesino, toda vez que la federación primero incrementó y luego mantuvo sus aportes globales per cápita⁷⁴. Este fue ciertamente el caso en el "imperio del algodón" de La Laguna, el ejido colectivo más próspero, donde el aporte campesino siempre fue mayor que el federal⁷⁵. La relación inversa entre financiamiento y control político se explica al ver que los campesinos también fueron perdiendo control sobre sus aportes monetarios, de allí que, en efecto, la descentralización financiera reflejara a fin de cuentas una mayor sujeción a los designios centrales.

El Departamento de Salubridad nunca ejerció un control directo sobre las finanzas de los servicios ejidales, función que desde su reconocimiento oficial fue ejercida por el Banco de Crédito Ejidal que refaccionaba a los campesinos. Más aún la Oficina de Medicina Social limitó la mayor parte de sus obligaciones al pago del personal y no programó ni supervisó los servicios.

Conforme se institucionalizó la reforma agraria cardenista, el Banco de Crédito Ejidal pasó a dominar la vida de los ejidos al hacerse cargo de las decisiones críticas del ciclo económico. Su relación con los campesinos era paternalista en el mejor de los casos, represiva en otras ocasiones. Como observó Hewitt de Alcántara en uno de los ejidos más prósperos de Sonora:

Con la reforma agraria, estos hombres se convirtieron de un día para otro en copropietarios de granjas modernas de varios miles de hectáreas cada una...[ellos] estaban completamente familiarizados del trabajo a realizarse, ...pero no tenía experiencia alguna con la administración, mucho menos con los problemas especiales de la administración cooperativa; y un

campo mexicano", *Op. cit*, p. 21.

⁷⁴ No obstante, es posible que el mayor aporte per cápita del Departamento de Salubridad haya ido para los Servicios Coordinados, dejándose una mayor carga a los campesinos.

⁷⁵ C. Senior, "La revolución llega a La Laguna. (La democracia en el Reino del Algodón)", en H. Hernández Llamaz (Ed.), *La salud rural en México...* p. 144.

programa especial de ayuda gubernamental se hizo entonces necesario para establecer los nuevos ejidos y para mantenerlos trabajando. Este programa fue confiado al recientemente creado Banco Nacional de Crédito Ejidal, que aplicó todo su crédito en las nuevas empresas y cuyo personal ejercían autoridad final sobre las decisiones de cuándo, cómo y qué plantar en los campos de las cooperativas. La palabra del inspector de campo era final, y podría sólo ser desobedecida sólo bajo riesgo de perder el crédito que era la línea de vida de los ejidos [76.]

Los campesinos tenían representación formal ante el banco; sin embargo, si en cuestiones agrícolas tenían poco que decir, menos es de esperarse en cuestiones financieras, y menos aún en el ámbito cuasi sagrado de la medicina moderna. Mientras que al principio la medicina moderna les había parecido una necesidad, con el creciente control pronto cambiaron de actitudes. En la mente de los campesinos el médico era alguien que "nada más se sentaba en su silla rodante sin hacer nada"⁷⁷.

Los servicios médicos ejidales pasaron a ser controlados casi totalmente por el banco, quien aportó las contribuciones anuales de los campesinos a crédito⁷⁸, excluyendo de los servicios médicos a quienes quedaron fuera de los créditos bancarios⁷⁹. Los servicios ejidales pasaron a ser una herramienta de la política económica impulsada por la banca ejidal descentralizada, preocupada como lo estaba por cumplir sus estrechos objetivos crediticios y recuperar el dinero⁸⁰, que por la salud como parte del desarrollo integral⁸¹.

⁷⁶ C. Hewitt de Alcántara, *Modernizing Mexican agriculture: socioeconomic implications of technological change 1940-1970*, Geneva, UNRISD, 1976, p. 183.

⁷⁷ C. Senior, "La revolución llega a La Laguna...".

⁷⁸ J. Alvarez Amézquita *Servicios Médicos Rurales Cooperativos*, en H. Hernández Llamaz (Ed.), *La salud rural en México...*, p. 100.

⁷⁹ J. Alvarez Amézquita, *et. al. Historia de la salubridad...*, p. 375.

⁸⁰ C. Anderson, "Bankers as revolutionaries" en W. Glade & C. Anderson, *The Political Economy of Mexico*, Madison, University of Wisconsin Press, 1963.

⁸¹ H. Hernández Llamaz, "Historia de la participación del Estado...", p. 57.

La descentralización del aporte financiero de los servicios de salud en combinación con la centralización de su control contribuyó a dividir a los campesinos colectivos de sus aliados potenciales de clase, los jornaleros. Los trabajadores asalariados que no pertenecían a las sociedades de crédito ejidal no tenían acceso a la medicina curativa, beneficiándose sólo de los mínimos programas orientados al saneamiento ambiental. Conforme los ejidatarios comenzaron a utilizar mayor cantidad de trabajo asalariado los servicios ejidales beneficiaron a una minoría⁸².

El Banco Ejidal promovió también un sistema de justicia distributiva en la planificación de los servicios médicos que promovía la inequidad entre los ejidatarios. En las regiones más prósperas los campesinos financiaron los servicios médicos por medio del banco en un monto hasta dos veces mayor que en las zonas más pobres, recibiendo a cambio más servicios curativos. Se señaló que en las zonas más pobres la mayor mortalidad justificaba un mayor énfasis en la medicina preventiva, mientras que los campesinos prósperos requerían más medicina curativa⁸³. No obstante, esta lógica es congruente también con una política tendiente a favorecer el pago de los créditos con más y mejor atención curativa allí donde mayores inversiones se realizaban.

¿Cómo afectó la política técnico-corporativa de la salud al principio territorial? Ciertamente, las responsabilidades de los gobernadores por la salud de su población se vió atenuada conforme los campesinos eran atendidos directamente por la banca descentralizada y el Departamento de Salubridad. Esta centralización se vió acompañada de una disminución del poder de los gobernadores en el ámbito del PNR, donde los principales actores pasaron a ser las corporaciones nacionalmente

⁸² I. Restrepo y S. Eckstein, *La agricultura colectiva en México*, México Fondo de Cultura Económica, 1975.

⁸³ J. Alvarez Amézquita *Servicios Médicos Rurales Cooperativos*, p. 98-102.

organizadas⁸⁴. No obstante, los gobiernos estatales continuaron aportando a los Servicios Coordinados con 40% de los recursos, en promedio⁸⁵.

Los programas selectivos y verticales conocieron un nuevo auge en el Departamento de Salubridad, ahora orientados a la producción agrícola y el medio rural. Se estableció por vez primera la campaña Nacional para la Erradicación del Paludismo, implantando "medidas directas" tendientes al abatimiento de un problema que significaba la tercera causa de muerte a nivel nacional y un problema de primera magnitud en el medio rural. El programa incluso estableció una fuente propia de financiamiento por medio de un timbre postal⁸⁶.

Mucho se ha discutido sobre el porqué Cárdenas no implantó la seguridad social, aun cuando preparó su legislación en tres ocasiones. Se ha dicho que la no decisión se debió a la oposición que encontró a su política económica hacia fines del sexenio, a la vez que se preocupó por consolidar lo realizado anteriormente. No obstante, si confirió servicios de salud y prestaciones de seguridad social a los obreros que pasaron a ser la columna vertebral de su política económica: los ferrocarrileros y los petroleros⁸⁷. Estas concesiones reflejan el tipo de políticas selectivas también seguidas en materia de salud con los campesinos colectivizados.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

El periodo entre 1917 y 1940 evidenció la génesis y desarrollo de una gama de principios de vinculación centro-local en la aplicación de políticas de salud. Fue un periodo de

84 M. C. Needler, *Politics and society in Mexico*, Albuquerque, University of Albuquerque Press, 1971.

85 J. Alvarez Amézquita, *et. al. Historia de la salubridad...*, p. 457.

86 *Ibid.* p. 435, 437.

87 R. Spalding, "State power and its limits. Corporatism in Mexico" *Comp. Pol.*, 14 (1981) 139-161.

rica experimentación, si bien los modelos respondieron a coyunturas específicas a la vez que retomaron ideologías y asimilaron estructuras de las experiencias pasadas.

Las exigencias políticas llevaron en un principio a amalgamar diferencias ideológicas primero en torno a la Comisión para el control de la fiebre amarilla y más tarde con las Unidades Sanitarias Cooperativas. Las políticas más nacionalistas de Calles enfrentaron la crisis económica con una audaz política de coordinación que transformó el modelo localista en una verdadera alternativa nacional. Paralelamente, los grandes problemas de salud fueron abordados con base en los modelos selectivos y verticales que también caracterizaron a fin de cuentas a las Unidades Sanitarias Cooperativas. Fue también el modelo de las Unidades el que dió las bases técnicas y la experiencia para la creación de los Servicios Ejidales en el contexto de la reforma agraria cardenista.

Cada principio de vinculación centro-local permitió al Estado enfrentar con cierto éxito los problemas económicos y políticos del momento. Si bien mayor investigación es necesaria, puede sugerirse que Obregón y Calles buscaron el apoyo de los Estados Unidos hacia el régimen pos-revolucionario al vincular inteligentemente los tres niveles de gobierno en torno a la tarea de definir la frontera de la enfermedad entre los dos países, al momento en que la frontera política estaba siendo amenazada. Calles más tarde sentó las bases de participación de los gobiernos estatales en torno a la difícil tarea de defender los ingresos del Estado a la vez que de establecer el círculo de contención de la legitimidad del nuevo orden político nacional. Cárdenas supo combinar el fermento popular inspirado por la reforma agraria con una política sanitaria vertical y selectiva. Primero apoyó el sentido popular del movimiento, generando una verdadera redistribución de recursos al agro más industrializado, para luego sujetarlo en torno a fines económicos muy concretos. A la misma vez,

siguió apoyando selectivamente las necesidades de salud de las urbes y de los grupos obreros estratégicos.

Los diversos principios de acción de la política de salud se combinaron y estratificaron, sin que ninguno de ellos perdiera vigencia. No obstante, el principio corporativista adquirió predominancia en este periodo y su hegemonía fue clave para el apoyo al proceso industrializador en las décadas posteriores.

V

Industrialización, Centralización y Fragmentación

En este capítulo abordamos la trayectoria de los principios de legitimación de las relaciones centro-locales durante el curso la rápida industrialización y urbanización del país. Se examinará la forma en que el Estado enfrentó los problemas del desarrollo con base en la hibridación entre el principio técnico y el corporativo, dando lugar a la profunda fragmentación y centralización que décadas después sería problematizada.

VERTICALISMO Y CRECIMIENTO ECONOMICO: 1941 A 1958

Después de la depresión y del periodo cardenista de movilización social, la preocupación fundamental del gobierno se volcó al crecimiento económico a través del estímulo a la sustitución de importaciones y la expansión del mercado interno. Este proceso fue impulsado por la demanda de productos primarios y el declive en la producción de bienes de consumo en los países industrializados a raíz de la segunda guerra mundial. El Estado mexicano redujo entonces su interés por el gasto social dentro de un esfuerzo por contener y limitar la movilización.

Las nuevas oportunidades abiertas al desarrollo industrial en los años 40 se reflejaron en un crecimiento sostenido del PIB a una tasa anual muy similar a la lograda durante el cardenismo, misma que se acentuó a partir de 1950 (cuadro 5, gráfica 2). Dicho crecimiento económico se vió acompañado

hasta 1958 de una sustancial disminución en la participación del gasto social, que tuvo en estos 28 años un promedio de 14.7%, esto es, al mismo nivel que durante la depresión (cuadro 3). No obstante, el gasto económico de la federación se incrementó hasta 47.9%, a expensas tanto del gasto administrativo como del social. La fase de crecimiento dio prioridad a la inversión económica, y dejó a las fuerzas del mercado la principal responsabilidad redistributiva.

A pesar del énfasis económico, el gasto en salud en este periodo se vió de nuevo privilegiado en sus aumentos respecto del gasto en educación. El porcentaje del presupuesto asignado a salud se multiplicó por un factor de 1.7, mientras que el de la educación se redujo en 28% (cuadro 4). Más sorprendente aún, el gasto per cápita en los dos renglones se igualó durante el periodo, con \$38 y \$41, respectivamente.

Una innovación de esta época fue la creación de un nuevo mecanismo de distribución de recursos para la salud, la seguridad social. En sus inicios la población asegurada, que apenas fue del 6%, recibió \$352 per cápita, versus \$17 para el resto de la población (gráfica 2). Se instituyó entonces un diferencial entre asegurados y la llamada "población abierta" de 20 veces del gasto, diferencial que se mantendría por varias décadas.

Los grandes incrementos al gasto en salud y bienestar social se vieron aparejados de una política distributiva hacia un segmento más privilegiado de la población, específicamente el sector industrial. En efecto, los recursos de salud y seguridad social percibidos por esta población son los que explican el aumento relativo en el gasto del sector; la población no asegurada vió significativamente reducido su aporte federal, teniendo en promedio \$17 per cápita, mientras que el promedio nacional fue de \$38. No obstante, la población asegurada durante el periodo fue en promedio de sólo 3.8% de la nacional¹ (cuadro 4, gráfica 1). Si el promedio per cápita de

¹ No tenemos disponible información presupuestal para la seguridad social

la población asegurada fue de \$352, entonces cada uno de ellos recibió 20 veces el presupuesto de un individuo no asegurado, sin contar los beneficios aportados por los patrones y por su propio ahorro.

Entre 1.0% y 2.5% del gasto gubernamental total en este periodo fue destinado a la construcción de hospitales y clínicas, principalmente en áreas urbanas², como parte de lo que fue un programa masivo de apoyo a la industria de la construcción y a las clases medias³. Una cantidad similar fue invertida en escuelas, mientras que el resto del gasto social, entre 10% y 17% del total, se destinó al mejoramiento de la infraestructura urbana. La mayor parte del gasto social contribuyó a mejorar la salud de las poblaciones urbanas, en desmedro de las rurales.

El énfasis en el gasto económico se reflejó en las relaciones centro-locales. En la década de los 40 el ingreso entre niveles siguió el mismo patrón que en la de los 30, con centralización sistémica entre los gobiernos estatales y el federal, y centralización pura de los municipios (cuadro 6). En la década de los 50 el patrón se vió modificado sustancialmente, con un incremento a los ingresos estatales y municipales de 193% y 61.5%, respectivamente *vis-à-vis* la federación⁴. En términos absolutos, los incrementos fueron de 12 y 9 veces lo percibido en la década anterior. Los ingresos netos de la federación no se modificaron tan radicalmente,

entre 1943 y 1960. Por ello el cálculo en este periodo fue hecho con base en una retroyección a partir de información presupuestal de la seguridad social entre 1970 y 1984. Se supone que el gasto per cápita entre 1943 y 1969 fue el promedio del periodo, y que fue constante. Este supuesto subestima con alta probabilidad el presupuesto, ya que de 1970 en adelante el presupuesto real fue cayendo.

² M. Singer, *Growth, equality and the Mexican experience*, Austin, University of Texas Press, 1969, p.246.

³ H. Hernández Llamaz, "Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México. 1935-1980", en Ortriz Quezada (Ed.), *Vida y muerte del Mexicano*, México, Folios Ediciones, 1982, p. 54.

⁴ No hay cifras para 1958.

siendo de sólo 86.1%. Las relaciones centro-locales entre los estados y la federación vieron un proceso de descentralización relativa, reduciéndose el diferencial del gasto entre niveles, de 60% en 1950 a 45% en 1960. Sin embargo, a pesar de su incremento neto, los gobiernos municipales se vieron empobrecidos en relación a los ingresos de los estados y de la federación, sufriendo un proceso de centralización relativa.

El clima internacional favoreció el cambio estructural de la política de salud en México. La Organización Internacional del Trabajo promovió entonces la seguridad social tecnificada, enfocando en sus beneficios a la productividad, las ganancias y la satisfacción de las demandas laborales⁵. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus agencias hermanas —UNICEF Y OPS— financiaron y asesoraron importantes campañas verticales de erradicación y control de enfermedades selectivas bajo justificaciones muy similares^{6,7}.

La tecnificación de la política de salud y exclusión del campesinado comenzó a evidenciarse en 1941 cuando bajo el presidente Avila Camacho (1940-1946) se creó una nueva oficina dentro del Departamento de Salubridad, la Dirección de Servicios Médicos Rurales Cooperativos con el propósito de racionalizar la mutliplicidad de servicios ejidales existentes producto de la ingerencia del Banco Ejidal⁸. Paralelamente, el gobierno comenzó a desmantelar la estructura de producción colectiva de los ejidos más importantes del país⁹, con lo que

⁵ M. Roemer, "Development of medical services under social security in Latin America", *International Labour Review*, 108 (1986)1.

⁶ M.A. Farid, "The malaria programme: From euphoria to anarchy", *World Health Forum*, 1 (1980), 8-33.

⁷ La OMS tenía sus propias presiones para llevar adelante programas verticales, toda vez que su alto contenido técnico les permitió no incitar a la movilización social en época de la guerra fría. La OMS se dió así a gastar 8.6% de su presupuesto para 1952 , aumentándolo a 16.7% para 1962. Ver M. Roemer, "Priority for Primary Health Care: its development and problems", *Health Policy and Planning*, 1 (1986), 58-66.

⁸ J. Alvarez Amézquita *et al.*, "Servicios Médicos Rurales Cooperativos", en H. Hernández Llamaz (Ed.), *La salud rural en México*, México, IMSS, 1984. p. 95.

los campesinos comenzaron a enfrentar al Banco y al Departamento de Salubridad como individuos.

El financiamiento de los servicios ejidales disminuyó drásticamente, eliminando la posición privilegiada de los campesinos y colocándolos en el campo de los marginados. Mientras que en 1936 los primeros beneficiados recibieron 35 veces el per cápita del ciudadano promedio, hacia 1956 ya sólo recibieron 0.7 del per cápita gastado a nivel nacional¹⁰. No obstante los campesinos pagaban en ese entonces 46% del total de los gastos, con lo que la federación erogó en ellos menos de una tercera parte de lo recibido por otros grupos¹¹. La tecnificación de los servicios ejidales continuó con la regionalización y mayor burocratización de la oficina central, dividiéndose en unidades de planeación, control y aplicación¹². Estos cambios fueron significativos para el control político de esta rama de servicios, toda vez que una gran parte de los médicos se identificaban aún con las políticas cardenistas.

La tendencia centralizadora de los servicios tuvo un importante hito con la fusión del Departamento de Salubridad con la Secretaría de Asistencia creándose la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) en octubre de 1943. Este paso fue considerado en el Segundo Plan Sexenal que sirvió como plataforma electoral al candidato del partido oficial, Avila Camacho, donde se argumentó que había grandes áreas de traslape e ineficiencia entre los dos organismos¹³. Esta percepción obedeció en parte a la obsolescencia de la

⁹ C. Hewitt de Alcántara, *Modernizing Mexican agriculture: socioeconomic implications of technological change 1940-1970*, Geneva, UNRISD, 1976, p. 193.

¹⁰ J. Alvarez Amézquita *et al.*, "Servicios Médicos Rurales Cooperativos" p. 95.

¹¹ H. Hernández Llamaz, "Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México. 1935-1980", en F. Ortiz Quezada (Ed.), *Vida y muerte del Mexicano*, México, Folios, 1982, p.24.

¹² J. Alvarez Amézquita, *et. al. Historia de la salubridad...*, p. 102.

¹³ El Nacional, *Segundo Plan Sexenal, 1941-1946. Salubridad Pública*, Citado en J. Alvarez Amézquita, *et. al. Historia de la salubridad...*, p. 455.

distinción entre salud pública y prevención, atendida por el Departamento de Salubridad, y atención curativa y asistencial, por parte de la antigua Secretaría.

La creación de la SSA fue justificada oficialmente por medio de seis consideraciones, todas de las cuales tenían claras implicaciones para la centralización de funciones y responsabilidades: La primera abogaba a favor de la obligación del Estado en torno a la protección del ciudadano de los riesgos que amenazaban su existencia; las siguientes cuatro razones se referían a las amenazas de la Segunda Guerra Mundial, y la necesidad de encararlas por medio de una organización más eficiente; la última razón se refería a la economía lograda al reducir la planta de altos funcionarios. La guerra promovió la obligación del Estado ante la salud de todos los ciudadanos y ya no sólo de aquellos que se habían apoderado de los servicios o que por su pobreza ameritaban la asistencia oficial. La política de salud se definió como una estrategia a favor del desarrollo económico y social, aún cuando se escudaba en la unidad nacional como forma de superar los conflictos que pudieran ponerse en el camino.

La SSA priorizó la medicina hospitalaria y las campañas verticales de control o erradicación de enfermedades específicas. La atención hospitalaria siguió el modelo de la medicina privada, donde la relación con la población se daba por medio de la libre demanda y el pago de una cuota por consulta u internamiento. El Estado justificó la atención hospitalaria sólo allí donde la medicina privada no podía proveer dicha atención por la falta de estímulos^{14,15}. El presidente Alemán (1946-1952) reforzó esta política al crear patronatos privados en los hospitales públicos como forma de lograr su auto-financiamiento¹⁶.

¹⁴ J. Alvarez Amézquita, *et. al. Historia de la salubridad...*, p. 544.

¹⁵ H. Hernández Llamaz, "Historia de la participación del Estado...", p. 69.

¹⁶ *Ibid.* p. 70.

Dió inicio en 1945 la construcción del enorme Centro Médico Nacional en la capital de la república, con el propósito de atender en sus 2,200 camas a la población que lo requiriera en todo el país. Tal proyecto conjuntó el centralismo del modelo hospitalario con el de la concentración geográfica. A esta situación habría de agregarse más tarde el centralismo institucional. Con esto nos referimos al hecho de que el Centro Médico inició sus actividades en 1961 sólo después de que fue vendido al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con lo que se dedicó a la atención exclusiva de la población asegurada¹⁷.

La Secretaría estableció durante el periodo del presidente Ruiz Cortinez (1952-1958) varios programas de construcción y operación de clínicas de primer nivel. El programa de "Centros de Bienestar Rural" proveyó 502 centros, primero cubriendo parte de la población rural, luego a una menor parte a los marginados urbanos. El programa alcanzó una cobertura oficial de 6 millones de personas¹⁸, aunque esta cifra seguramente fue siempre mucho menor, dado que la cobertura se estimaba desde un escritorio en México, basándose en el potencial de la oferta. Otro programa paralelo fue el de los Centros de Salud "A", donde 315 unidades semi-rurales combinaban la consulta externa con la hospitalización en unidades de 12 camas.

La teoría de salud pública enfatizaba la necesidad de que hubiera participación comunitaria, coordinación entre niveles de atención y entre unidades de primer nivel, todo lo cual redundaría en la solución de los problemas de salud de manera eficiente y oportuna. No obstante, cada uno de los programas de servicios en clínicas u hospitales fue administrado por órganos distintos dentro de la SSA, lo que hizo que la rivalidad por recursos y la incoordinación fueran la regla.

¹⁷ El gobierno decidió suspender la construcción del Centro Médico a medio camino por considerar que no se justificaba el proyecto. No obstante, ello ocurrió cuando el presupuesto de la Secretaría fue drásticamente recortado y controlado por Hacienda bajo las órdenes del presidente Alemán.

¹⁸ México, *México a través de los informes presidenciales. Tomo 12. La salubridad general*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1976, p. XXIII.

La centralización y fragmentación de la atención curativa dentro de la SSA fue ensombrecida por el auge de los programas verticales, principalmente de la Campaña Nacional para la Erradicación del Paludismo (CNEP), también obra de la administración de Ruíz Cortínez. Dicho auge vino después de más de 20 años de lucha antimalárica nacional. El paludismo había sido combatido desde los años 20 con base en pequeñas y efímeras campañas regionales¹⁹ hasta que Cárdenas reconoció el problema como prioridad nacional, creando en 1938 la primera "Campaña Contra el Paludismo" bajo la Comisión de Saneamiento Antimalárico. Las estrategias básicas eran entonces el saneamiento ambiental, la educación y la curación. Con el propósito de asegurar la permanencia de la campaña se instituyó el timbre antimalárico²⁰, aunque esta medida no perduró. Además, se dió apoyo técnico a esta y otras endemias creándose el Instituto de Enfermedades Tropicales en 1939²¹.

La lucha antimalárica recibió nuevo ímpetu en 1947, cuando el presidente Alemán promovió las campañas verticales en su conjunto²². Además de mayores recursos humanos y materiales, la lucha antimalárica cambió sus estrategias, priorizándose ahora el rociado de los nuevos insecticidas de acción persistente que fueron desarrollados en la lucha contra el "eje del mosquito" durante la segunda guerra mundial. El saneamiento ambiental fue relegado por sus altos costos y la necesidad de movilizar a la comunidad, con lo que la campaña se centralizó y tecnificó aún más. Bajo los nuevos auspicios del insecticida el presidente Alemán ordenó también la atención antimalárica a las zonas de rápido crecimiento económico, como la cuenca del Tepalcatepec²³.

¹⁹ D. Cervantes González, *Breve reseña histórica de la lucha antipalúdica en México*, SSA-CNEP, 1979, p.33.

²⁰ *Ibid.*p. 35.

²¹ J. Alvarez Amézquita, *et. al. Historia de la salubridad...*,p. 435, 437.

²² *Ibid.*p.541.

La tendencia centralizadora de la campaña antimalárica se pronunció hacia 1951, cuando muchos esfuerzos regionales que todavía dependían de las viejas técnicas fueron integrados a la campaña nacional. Se argumentó la necesidad de mayor financiamiento como de una mejor adaptación a las circunstancias epidemiológicas locales²⁴, argumento que posiblemente se refería a la necesidad de asegurar la efectividad de los nuevos insecticidas ante el fenómeno de la resistencia adquirida por parte de los mosquitos.

La mortalidad por paludismo declinó de manera importante a lo largo de los esfuerzos auspiciados a nivel nacional antes de la CNEP de 136 por 100,000 habitantes en 1936 a 66 en 1955, (gráfica 4). No obstante, en 1950 el paludismo aún ocupaba la cuarta causa de muerte general a nivel nacional, percibiéndose entonces como una importante barrera al crecimiento económico, sobre todo en el medio rural²⁵. De allí que México apoyara fuertemente la colaboración internacional para erradicar el paludismo, propuesta que se formuló en el seno de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana en 1954 y que fue aprobada en la VII Asamblea Mundial de la Salud, celebrada al año siguiente en la Ciudad de México²⁶.

La campaña internacional fue promovida por la OMS en el contexto de la guerra fría como una medida técnica que podría ser aceptable a los intereses en pugna, máxime a los industriales que se beneficiarían con la producción de insecticidas y vehículos. De allí que la OMS asignara hasta 15% de su presupuesto total a la campaña^{27,28}. Bajo esta óptica

²³ D. Cervantes González, *Breve reseña histórica...*, p.41.

²⁴ *Ibid.*, p. 45.

²⁵ Morones Prieto, I., "El paludismo: endemia mundial y problema económico nacional, *Boletín CNEP*, 3, (1957) 7-10.

²⁶ *Ibid.*, p. 45.

²⁷ M. Roemer, "Priority for Primary Health Care...".

²⁸ R. Várgas, "Health Policies in Latin America", *Social Science and Medicine*, 13C (1979), 3.

los malariólogos justificaron los enormes gastos incurridos ubicando la enfermedad como una de las principales causas del subdesarrollo, diciendo que "el paludismo es la mayor fuente de apatía mental y deterioro físico general, además de ser un factor directo en la escasez mundial de alimentos"²⁹. En un intento por apoyar esta lógica UNICEF —principal fuente de financiamiento externo en México— recomendó que un economista formara parte del cuerpo técnico de la campaña en este país. Sin embargo, cuando el economista señaló en varias ocasiones que la pobreza se sustentaba en factores estructurales más profundos, las autoridades mexicanas lo marginaron de las decisiones³⁰.

La CNEP —contraparte mexicana al esfuerzo internacional— fue creada por decreto presidencial como órgano autónomo de la SSA, medida que se tomó con el propósito de asegurar el cumplimiento de la metas internacionales y bajo financiamiento del mismo origen. El Secretario del ramo no podía decidir unilateralmente sobre el destino de los recursos, pues sólo fungió como *primus inter pares* dentro de un Consejo Técnico, del cual sólo más tarde —cuando disminuyó el financiamiento internacional— llegó a ser Director.

La centralización de la campaña bajo la CNEP fue total y se eliminó cualquier contacto entre el operativo de campo y la infraestructura regional de la SSA³¹. El mapa de la CNEP generó 14 zonas en relación a la distribución del *plasmodium*, y rompiendo incluso las fronteras interestatales que la anterior campaña sí había respetado³². En esta forma la CNEP dejó de apoyarse en recursos materiales, humanos y políticos de los gobiernos estatales, alejándose definitivamente del principio geopolítico de organización de la salud.

²⁹ P.F. Russel, *Paludismo. Compendio de principios básicos*, México, La Prensa Médica, 1953, p. 175.

³⁰ Entrevista 20.8.88, Ex-Vocal CNEP.

³¹ D. Cervantes González, *Breve reseña histórica...*, p. 41.

³² *Ibid.* p.49 y 50.

El control central de la operación de campo se garantizó por medio de la organización militar, donde los regimientos de rociadores encontraban un *ésprit de corps* propicio para aislarlos ideológicamente de la población y de de sus problemas sentidos salud. Bajo la consigna de "guerra contra el mosquito" los trabajadores enrolaban a maestros rurales como denunciantes de fiebres entre la población local. El clima de guerra era total, puesto que los trabajadores uniformados y con casco llegaban en *jeeps* y con aspersores prestos a rociar las viviendas sin mayores contratiempos. La campaña propagandística se enfocó en la eliminación de resistencias al rociado por parte de la población, quienes temían por la salud propia y de sus animales domésticos. El convencimiento no manejó tanto la educación como el nacionalismo: Quienes colaboraban pasivamente en este esfuerzo fueron calificados de patriotas en la guerra contra el subdesarrollo³³.

Entre 1956 y 1958 la CNEP gastó US\$335 millones, de los cuales 34% fueron donados por UNICEF, destinándose principalmente a la compra de 300 vehículos³⁴. Esta erogación representó un 18.6% del total de fondos manejados por la SSA en su conjunto. La campaña empleó en estas fechas a 4,000 trabajadores de tiempo completo. En contraste, entre 1956 y 1958 la SSA gastó sólo 4% de su presupuesto en los programas de construcción de centros de salud "A"³⁵.

A pesar de estos esfuerzos, la campaña fracasó en la erradicación del paludismo en el periodo de cinco años que se había propuesto, si bien hacia 1960 la mortalidad se había reducido más allá de las primeras diez causas de muerte. No obstante, en todo este tiempo la urbanización del país fue también importante, por lo que la campaña no pudo atribuirse

³³ La propaganda gráfica de la CNEP se basó en el manejo de símbolos del patriotismo.

³⁴ D. Cervantez González, *Programa de erradicación del paludismo en México y nuevos enfoques de su estrategia. Resumen*, México, SSA, s.f.

³⁵ Mexico, *Mexico a través de los informes presidenciales...*, p. XXXIII.

—como hacían las autoridades— toda la responsabilidad en los decrementos observados. Más aún, las tasas de decremento de la mortalidad no mostraron cambios importantes durante o después de la campaña, siguiéndose las tendencias ya observadas al menos desde 1940 (gráfica 4).

Las razones aducidas a nivel mundial respecto del fracaso en la principal meta del programa fueron la utilización de fondos para otros propósitos y la falta de participación de la infraestructura de los servicios de salud en la detección y tratamiento de casos^{36,37}. El excesivo centralismo resultó perjudicial al no fomentar la interrelación intrasectorial.

El surgimiento de la seguridad social en México centralizó y fragmentó la política sanitaria de manera similar a la campaña antimalárica. El IMSS fue creado en enero de 1943, el mismo año que la SSA^{38,39}. Esto es más que una coincidencia, y evidencia la unidad en torno a una política de fragmentación. Avila Camacho resolvió finalmente el viejo debate sobre el papel de la federación en la seguridad social, estableciéndola como una responsabilidad tri-partita, del gobierno federal, los empleadores y los trabajadores. México se sumaba a un sistema similar implantado bajo lineamientos de la OIT en Chile, Ecuador and Peru⁴⁰.

El IMSS nació en el contexto de fuerte inflación relacionada al rápido crecimiento económico durante la segunda guerra. El salario real de los obreros decayó en un 50% hacia 1946 y no recuperó al nivel de la preguerra hasta 1968⁴¹. La seguridad social fue formulada entonces por un grupo de expertos como estrategia de control social, estímulo a la productividad y

36 M.A. Farid, "The malaria programme: From euphoria to anarchy",..

37 D. Cervantes González, *Programa de erradicación del paludismo...*, p.58.

38 C. Mesa Lago (Ed.), *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*. México, Fondo de Cultura Económica, 1985.

39 V. Brachet Márquez, *The pact of domination...*, en preparación.

40 M. Roemer, "Development of medical services under social security...".

41 J.D. Cockroft, *Mexico. Class formation, capital accumulation and the state*, New York, Monthly Review Press, 1983.

medida de gasto antiinflacionaria⁴². El plan fue sometido a la aprobación simbólica de la cúpula sindical, aunque fue recibido con grandes protestas por grupos obreros para quienes el plan significó una reducción más a su salario real. Ante las protestas los obreros de la industria petrolera y ferrocarrilera fueron excluidos del plan, toda vez que ya habían recibido generosas prestaciones médicas que no podrían ser igualadas. El Estado asumió una postura negociadora entre los demás trabajadores y el IMSS. No obstante, los obreros no compraron esta imagen y continuaron protestando, por lo que el Estado aprovechó la ocurrencia de hechos violentos para encarcelar a los líderes disidentes.

El IMSS fue perfeccionando con el tiempo su postura descentralizada, permitiéndole que el Estado la utilizara como valiosa herramienta de negociación entre obreros y empresarios⁴³. Con frecuencia el IMSS resolvía querrelas entre capital y trabajo relacionadas con las condiciones del trabajo. Antes del IMSS, la mayoría de las principales industrias tenían que negociar directamente con los sindicatos sobre la prevención, cura y compensación de los problemas de higiene laboral, lo que se reflejó en un clausulado contractual que respondía de manera muy particular a los problemas ocupacionales de cada fábrica. También se habían logrado servicios médicos de fábrica donde se focalizaban y discutían los problemas laborales. Con la llegada del IMSS la diversidad de cláusulas logradas después de muchos años de lucha fueron sustituidas de golpe por una cláusula única donde trabajadores y patrones se comprometían a regular los problemas de higiene en el trabajo con base en la Ley del Seguro Social. Todos los traumatismos o enfermedades laborales deberían desde entonces ser referidos a los servicios médicos del IMSS; no obstante, muchas empresas conservaron sus servicios médicos

⁴² R. Spalding, "Welfare policymaking. Theoretical implications of a Mexican case study", *Comp. Pol.* (1980), 419-438.

⁴³ *Ibid.*

no sólo para prestar primeros auxilios, sino principalmente como un recurso para tratar los traumatismos intramuros y evitar que el registro ante el IMSS elevara la categoría de riesgo de la empresa y consecuentemente las cuotas patronales. Si bien el IMSS asumió la responsabilidad de efectuar inspecciones técnicas con el fin de resguardar a los trabajadores de los riesgos ocupacionales, la burocracia fue fácilmente controlada por las empresas, quienes modificaban los procesos de producción de manera temporal al saber que estaría por efectuarse alguna inspección. El centralismo del IMSS vino a favorecer a los industriales, al evitarles o disminuirles la "monetización" del riesgo ocupacional y al dejarlos en mayor libertad para continuar con procesos de trabajo obsoletos que en el marco del proteccionismo permitían exprimir ganancias a costa de la salud de los trabajadores⁴⁴.

La participación de los trabajadores en la negociación de su salud también fue limitada por la centralización. El IMSS estableció un cuerpo de representación nivel nacional que reunía a representantes obreros, industriales y del gobierno federal en torno al Director General. Esta Asamblea General tenía poca capacidad negociadora, toda vez que los representantes obreros estaban allí por gracia de favores políticos, mientras que la patronal se veía por lo regular satisfecha con la operación racional y apolítica del instituto. Los representantes del gobierno federal estaban más cerca del Director General, quien también es nombrado directamente por el presidente de la república, siendo en efecto un miembro más de su gabinete. El arreglo permitía que la asamblea general se manejara por consenso y que se discutieran pocos asuntos de trascendencia⁴⁵.

⁴⁴ M.A. González Block, *Ideología de las enfermedades ocupacionales*, México, La Casa Chata, 1980.

⁴⁵ G.E. Poitras, "Welfare bureaucracy and clientele politics in Mexico", *Admin. Sci.Q.* 18 (1973), 18-27

Los obreros gozaron también de órganos de representación a nivel estatal, a donde acudía un representante sindical de cada empresa en su tiempo libre y agilizaba los trámites burocráticos de sus colegas. El prestigio del cargo y el buen trato que recibían por parte del IMSS hacía que estos representantes vieran su misión como la de educar a sus compañeros y familiares en las características y beneficios del instituto⁴⁶. Este hallazgo concuerda con la observación de otro investigador:

Para una burocracia del bienestar oficialmente dedicada a proveer de servicios al trabajador, el IMSS es más sensible a los representantes promovidos oficialmente por la élite y está, simultáneamente, remoto del asegurado y sus beneficiarios [47].

Con el tiempo el IMSS se convirtió en una institución muy cohesiva y homogénea, en contraste con el clientelismo y fragmentación de la también vertical SSA. Esto parecería ser el resultado de la estructura monolítica de representación de intereses, el control directo de todas las prestaciones médicas, sociales y económicas el eficientismo de la organización y las mejores condiciones de trabajo dentro del IMSS⁴⁸. Estos factores explican también por qué el IMSS apoyó el control centralizado del gobierno sobre muchas otras funciones políticas, en contraste con otros países, donde la seguridad social fue la arena donde facciones en pugna luchaban por el poder⁴⁹.

El IMSS fue un importante instrumento del gobierno federal en el impulso de la política de industrialización, cubriendo

⁴⁶ M.A. González Block, *Ideología de las enfermedades ocupacionales*,..

⁴⁷ G.E. Poitras, "Welfare bureaucracy and clientele politics in Mexico",..

⁴⁸ El IMSS mantiene sin dudas una estructura clientelista en respuesta a la estructura corporativa de la representación de los intereses obreros. No obstante, el juicio de eficientismo y racionalidad burocrática surge se da en comparación con la SSA.

⁴⁹ J.M. Malloy, *The politics of social security in Brazil*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1979, p.146 y *pasim*.

hacia al 10% de la población⁵⁰. No obstante, el Instituto encontró limitaciones a la ampliación de sus servicios al medio rural agroindustrial, donde el gobierno federal mantenía todavía a los servicios ejidales de la SSA, con los que se cubría con prestaciones muy inferiores a otro 10% de población que abarcaba desde minifundistas en zonas de temporal, hasta agricultores en ricas zonas de riego orientados a la exportación. Estos agricultores no podían ser incorporados al IMSS, puesto que eran definidos oficialmente como ejidatarios sin patrón, pese a que el Banco de Crédito Ejidal ejercía de cierta forma este papel, al avanzar y controlar el crédito para insumos y servicios⁵¹. Para resarcir esta situación el IMSS estableció en 1954 un "esquema modificado" de seguridad social para los trabajadores del campo sin patrón pero con capacidad de pago por el servicio⁵². Este esquema limitó las prestaciones económicas y negó representación a los campesinos dentro del cuerpo de la Asamblea General. Hacia 1959 se rescató la participación de los bancos de crédito ejidal como financiadores de los servicios médicos dentro del esquema modificado⁵³.

Gran parte de los agricultores del esquema modificado fueron transferidos de los servicios ejidales de la SSA, quien entonces comenzó a terminar su política de subsidio a la organización económica y a responsabilizarse exclusivamente de absorber los conflictos sociales de la población más pobre. En 1958 el esquema modificado amparó a una élite de 7% de los trabajadores del campo⁵⁴.

⁵⁰ G.E. Poitras, "Welfare bureaucracy and clientele politics in Mexico",...

⁵¹ C. Hewitt de Alcántara, *Modernizing Mexican agriculture...*, p. 193.

⁵² *Ibid.* p. 181.

⁵³ J. Reyes Heróles, "Extensión de la seguridad social en el medio rural", en H. Hernández Liámaz (Ed.), *La salud rural en México*, p. 344.

⁵⁴ H. Hernández Liámaz, "Introducción", en H. Hernández Liámaz (Ed.), *La salud rural en México*, p. 28.

La fragmentación y verticalización eran ya características centrales a la política de salud en 1958. Existían múltiples instancias administrativas, que eran justificadas por la eficiencia y la bondad de sus propios objetivos pese a que carecían de cualquier vínculo con una política unificadora, como la dió en su momento el enfoque geopolítico de los Servicios Coordinados o el corporativo de los servicios ejidales. La diversidad de programas dentro de la Secretaría se aunó a la autonomía del IMSS y de la medicina privada para promover la inequidad en la distribución de los magros recursos entonces destinados a los servicios de salud.

Pueden mencionarse los siguientes ejemplos de la diversidad de principios semi-autónomos en la organización de servicios de salud:

- el ataque a enfermedades específicas, por medio de órganos como la Comisión para la Erradicación del paludismo;

- El apoyo a grupos ocupacionales, a través del Hospital para Burócratas o la Dirección de Servicios Médico-Sanitarios Ejidales dentro de la SSA, y del IMSS como órgano autónomo;

- la modificación de factores condicionantes de la salud, por medio de órganos como la Dirección de Educación Higiénica;

- la atención a grupos étnicamente definidos, con base en los servicios de salud del Instituto Nacional Indigenista;

- la provisión de servicios a grupos territoriales, a través de la Dirección de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios o la Dirección de Servicios Médicos del Distrito Federal;

- la administración de la infraestructura, mediante la Comisión Nacional de Planeación y Organización de Hospitales.

A un nivel más profundo de análisis puede verse la correspondencia de los principios de organización con la lógica de articulación de las relaciones centro-locales: Los Servicios Coordinados se caracterizaban por agregar su población con el enfoque geopolítico estatal, jurisdiccional y municipal. No obstante, este era "distorsionado" y problematizado por el

sesgo entre lo urbano y lo rural, sesgo que como ya se vió fue reconocido y reproducido por los servicios ejidales de la propia Secretaría. La predominancia de los programas selectivos permeó también al enfoque geopolítico. El IMSS y los servicios ejidales establecían a su población objetivo con base en la existencia de la relación obrero-patrón, de su capacidad de pago y de su papel dentro de la política económica.

Las Direcciones o Comisiones que se formaron en torno a enfermedades se rigieron por el espacio epidemiológico, que no reconoce fronteras geopolíticas, funcionales o corporativas. Más que agregar poblaciones, agrega sistemas ecológicos donde *homo sapiens* no era visto como el principal objeto de trabajo, sino las especies patógenas o sus vectores, como *plasmodium fallciparum* y *anopheles*. Los hospitales, por su parte, tampoco agregaban individuos, sino enfermedades agrupadas crecientemente con base en el principio de los órganos o sistemas biológicos que resultaban afectados.

La diversidad en las bases técnicas de las organización de las acciones de salud llevó a la percepción por algunos viejos salubristas de que existía anarquía en la implantación de programas y en la concepción de los beneficios económicos o políticos de ellos obtenidos. Los creadores de los Servicios Coordinados y de los servicios ejidales, los Drs. Manuel Martínez Báez y Miguel Bustamante, proponían en 1958 que

La fragmentación administrativa que ha producido en algunas ocasiones falta de coordinación interna debe desaparecer para poder realizar el programa de coordinación a nivel nacional y su propósito fundamental de llevar los beneficios de la medicina integral moderna a zonas rurales [55].

Con estas protestas dieron inicio los primeros intentos por regionalizar los Servicios Coordinados al interior de los estados. No obstante, la resistencia fue casi total por parte de quienes controlaban los programas verticales. Los directores

⁵⁵ Citado en J. Alvarez Amézquita *et al.*, *Historia de la salubridad y de la asistencia en México, Tomo IV*, México, SSA, 1960, p. 247.

de centros de salud encontraron imposible programar las acciones verticales, que les llegaban ya asignadas desde arriba. Más aún, dado que se carecía de cualquier ingerencia sobre el presupuesto local, los directores encontraron imposible cualquier programación local. Ante las demandas por desconcentrar el presupuesto las autoridades centrales respondieron con una rotunda negativa, aduciendo a la corrupción local, paradójicamente cuando era leyenda la corrupción a nivel central⁵⁶.

La anarquía en la programación y asignación presupuestal dentro de la SSA era sólo aparente a una lógica racional-burocrática. En la práctica se dió un juego de poder donde quienes controlaban los programas más autónomos tenían el dado cargado a su favor. La autonomía funcional significó de hecho una mayor capacidad de implantación y por ende, mayores resultados que demostrar a un sistema tecnificado que premiaba cada vez más en función de lo obtenido. Quienes eran exitosos en sus programas solicitaban más recursos y en última instancia accedían a puestos de poder de mayor autonomía o de control burocrático. En esta forma, las Direcciones fuertes y autónomas sometieron bajo su poder a las más débiles y dependientes, quienes se convirtieron muchas veces en meros aplicadores de programas, o las que para funcionar requerían de "favores" que posibilitaran la transferencia de recursos asignados a los organismos más poderosos⁵⁷. Como en otras áreas de la administración pública mexicana, el clientelismo vino a ser un lenguaje conveniente en la jerarquización de las distintas dependencias y en el acomodo de los intereses en conflicto⁵⁸.

⁵⁶ Entrevista 26.1.88, Ex-Director General de Servicios Coordinados, SSA.

⁵⁷ Entrevistas 26.1.88, Ex-Director General de Servicios Coordinados, SSA.

⁵⁸ M.S. Grindle, *Bureaucrats, politicians, and peasants in Mexico. A case study in public policy*, Berkeley, University of California Press, 1977, p.174.

**DESARROLLO ESTABILIZADOR, REGIONALIZACION Y
FRAGMENTACION: 1959 A 1970**

La política de fomento al desarrollo económico llevó hacia 1958 a una marcada desigualdad social que comenzó a ser denunciada públicamente. Se argumentó que si en 1949 el 1% de todos los mexicanos recibían el 40% del ingreso, en 1955 la inequidad era mucho mayor, y el mismo 1% recibía el 66% de la riqueza⁵⁹. Estudios posteriores mejor fundamentados argumentaron que entre 1950 y 1957 el 50% de los más pobres habían experimentado un decremento a sus ingresos y pasaron de recibir el 19.1% a sólo 15.6%. El 30% de los más ricos habían incrementado sus ingresos de 68.4% del total a 71.4%, y con una expansión de la clase media a expensas de la clase alta⁶⁰.

A la concentración del ingreso se añadió el desequilibrio regional en la población y en el desarrollo económico. Hacia 1956 el Distrito Federal gozaba de 1.87 veces del ingreso per cápita que el promedio nacional, mientras que los estados más pobres en el centro y en el sur tenían apenas poco más de la mitad, con 0.65, esto es, un tercio de los capitalinos⁶¹. Estas diferencias promovieron la migración a las ciudades, con una tasa anual de 4.8% entre 1950 y 1960⁶².

El gobierno percibió hacia 1959 que la creciente desigualdad económica podría provocar el conflicto generalizado, como había sucedido recientemente en Cuba. De allí que se acentuara el gasto social, dentro de la etapa que se llamó de "desarrollo estabilizador"⁶³. El PIB continuó su tendencia al alza, si bien el gobierno acudió al financiamiento deficitario del gasto

⁵⁹ M. Germán Parra "Un programa reaccionario para la revolución Mexicana", *Siempre*, No. 171, 1956, pp16-17, citado en Singer *Growth, equality and the Mexican experience*, p. 130.

⁶⁰ M. Singer, *Growth, equality and the Mexican experience*, p.150.

⁶¹ *Ibid.* p.129.

⁶² *Ibid.* p.150.

⁶³ J. Wilkie, *The Mexican revolution: Federal expenditure and social change asince 1910*, Berkeley, CA, University of California Press, 1967, p. 89.

social, antes que incurrir en una mayor carga fiscal⁶⁴. El gasto social en su conjunto se elevó en mayor proporción, multiplicando su aporte presupuestal en 1.9 veces, para alcanzar el 28.4% (cuadro 3, gráfica 1). El presupuesto en salud y seguridad social mantuvo su porcentaje, aunque se incrementó el per cápita a \$126 en promedio, esto es, más de tres veces del valor anterior (cuadro 4, gráfica 2). El gasto per cápita canalizado a población abierta fue de \$35, mientras que el destinado a la población asegurada fue de \$708, con lo que la brecha entre las dos poblaciones se mantuvo respecto del periodo anterior con una razón de 1 a 20.

Durante este periodo el gobierno promovió por vez primera un gasto per cápita similar en salud (incluyendo seguridad social) para la población asegurada que en la educación en general. A pesar de las desigualdades que implicaba, la seguridad social se convirtió entonces en una "consigna básica en la propaganda para la ideología de la 'revolución balanceada'"⁶⁵, .

El impacto del "desarrollo estabilizador" fue mixto; la población por abajo del límite de pobreza absoluta disminuyó, de 60% en 1950 a 20% en 1970. No obstante, la inequidad en el ingreso aumentó, y el 20% de los más ricos se enriqueció más, mientras que el 50% de los más pobres lo fue más aún⁶⁶.

El modelo de "desarrollo estabilizador" encontró eco entre algunos de los burócratas de la SSA, quienes se preocuparon del dispendio anárquico de los recursos, sin que lograran un impacto social suficiente⁶⁷. Esta preocupación fue compartida a nivel internacional, cuando el gobierno de Kennedy lanzó la Alianza para el Progreso (ALPRO) como

⁶⁴ *Ibid.*

⁶⁵ *Ibid.*, p. 174.

⁶⁶ La pobreza absoluta es considerada como un ingreso anual inferior a 2/3 del salario mínimo. Ver W. Ginneken, *Socio-economic groups and income distribution in Mexico*, London, Croom Helm-ILO, 1980, p. 148.

⁶⁷ Entrevista 26.1.88, Ex-Director General de Servicios Coordinados, SSA.

respuesta a la amenaza de expansión de la revolución cubana. En su conferencia de Punta del Este de 1961 la ALPRO estableció que todos los sectores de la vida nacional habrían de ser fortalecidos con el propósito de lograr el desarrollo armónico de toda la sociedad. Este viraje dió la pauta a un renacimiento de los programas integrados y descentralizados de salud, apoyados en una metodología eficientista de planeación ideada entre la OPS y técnicos latinoamericanos, el llamado método "CENDES-OPS". También comenzó una crítica al modelo médico occidental y su fracaso para mejorar la salud de las mayorías⁶⁸, buscándose la mayor eficiencia a la vez que una ampliación de las estrategias y recursos hasta entonces considerados.

Este clima de cambio afectó las políticas de salud en México, buscándose una mayor integración de servicios en torno a las necesidades sentidas de la población. Los Servicios Coordinados de nuevo se lanzaron en búsqueda de la desconcentración y la regionalización con base en la creación de los Distritos Sanitarios. Sin embargo, a las resistencias por parte de la estructura burocrática se añadía el desinterés por las autoridades estatales y municipales. Para entonces los gobernadores estatales se limitaban a contribuciones simbólicas de alrededor del 3% destinadas al financiamiento de los servicios, o sea, lo mínimo para sostener la imagen de "coordinación"⁶⁹.

El programa de erradicación del paludismo es de nuevo ilustrativo de las resistencias encontradas en la coordinación de esfuerzos en torno a un proyecto regional e integrado. A pesar del fracaso de la meta de erradicación —establecida para alcanzarse en 1962— y del reconocimiento de que la resistencia al DDT adquirida por los mosquitos hacían de la erradicación futura una utopía, la CNEP continuó en existencia. La autocrítica dentro de la CNEP se limitó a la búsqueda de

⁶⁸ R. Vargas, "Health Policies in Latin America", *Op. cit.*

⁶⁹ Entrevistas 26.1.88, Ex-Director General de Servicios Coordinados, SSA.

nuevas combinaciones de rociado, detección y curación dentro de la misma organización global, sin plantear tan siquiera la posibilidad de establecer coordinación con la ya no despreciable infraestructura de la SSA. Ello a pesar de que con la terminación del periodo del programa también se redujo casi la totalidad del apoyo internacional⁷⁰. Tampoco se intentó establecer contacto con agencias federales o estatales en cuestiones tan importantes en el control del paludismo como lo es el mejoramiento de la vivienda⁷¹.

La morbilidad por paludismo comenzó a incrementarse de nuevo hacia 1965, llevando a la pérdida del 25% de las zonas que habían sido liberadas del *plasmodium*. La respuesta fue de nuevo interna a la CNEP, aunque ahora la solución fue la desconcentración y reregionalización, con lo que se esperó mejorar la supervisión. Con una reducción todavía mayor de los recursos —al 50% del per cápita en 1957— la CNEP se limitó a rociar sólo en áreas de alta endemicidad mientras que en el resto de la zona palúdica se continuó sólo con la detección de casos. Esta estrategia sólo incrementó el problema, de 11,307 casos en 1966, a 57,331 en 1970⁷². La alarma cundió de nuevo, inclusive a nivel internacional. No obstante, lejos de un cambio radical en la política, se dió mayor apoyo a la CNEP con el fin de que reregionalizara la zona palúdica y priorizara sus recursos en las zonas de mayor crecimiento económico, donde se decía que el problema se agravó por el fenómeno de la inmigración. La CNEP siguió su vida sin que en ningún momento se planteara al menos un plan serio de coordinación con la SSA, mucho menos con la seguridad social⁷³.

La política de regionalización dió pié a que entre 1962 y 1969 se diera fin al subsidio a la organización campesina por

⁷⁰ El per cápita se calculó usando la población nacional como denominador.

⁷¹ D. Cervantes González, *Programa de erradicación del paludismo...*, p.56.

⁷² *Ibid.* p. 60.

⁷³ *Ibid.* p. 61.

medio de los parte de los servicios ejidales de SSA. La mayor parte de la población adscrita a dichos servicios fue transferida a los Servicios Coordinados, eliminando viejas rivalidades burocráticas. Los campesinos con capacidad de pago retuvieron servicios médicos prepagados, al ser transferidos al esquema modificado del IMSS. Con la extinción de los servicios ejidales esta institución adquirió finalmente el monopolio para la provisión de servicios con base en el principio de adscripción laboral.

Además de la consolidación del poder burocrático y de la política de conducción del desarrollo, hubieron otras razones de fondo detrás de la "regionalización" que quizás fueron de mayor peso: De acuerdo a la política económica del subsidio a la acumulación de capital los campesinos empobrecidos y dedicados a cultivos de bajo rendimiento ya no ameritaron un subsidio directo a su salud por parte del Estado, como tampoco podían cofinanciarlo con la facilidad de antaño. A esta situación se añadía que los servicios ejidales se habían convertido en trinchera de los viejos ideales cardenistas, tanto en las zonas empobrecidas como en una minoría de los ejidos más prósperos donde perduraba la organización colectiva⁷⁴. Era justamente en estas dos zonas donde la ALPRO más temía la insurrección. Por lo tanto, no parece casual que la política de regionalización se haya implantado prioritariamente en estas dos zonas.

La regionalización comenzó en 1962 por medio de "proyectos piloto" en dos zonas altamente conflictivas de Guerrero y Veracruz⁷⁵. En Guerrero se implantó en el municipio de Atoyac, donde los servicios ejidales daban atención a cafecultores organizados en torno a un movimiento popular dirigido por Lucio Cabañas y Genaro Vázquez, líderes que en los años 70 habrían incluso de acudir a la guerrilla con el fin de

⁷⁴ Entrevista 26.1.88, Ex-Director General de Servicios Coordinados, SSA.

⁷⁵ R. Vargas Lozano, "Dirección de Servicios Médicos Rurales Cooperativos", en H. Hernández Llamaz (Ed.), *La salud rural en México*, p. 112.

conseguir sus fines políticos. El vínculo entre el movimiento y los servicios ejidales era muy directo, puesto que Cabañas padecía tuberculosis y se hacía atender por un médico militante cardenista, ya famoso por su lucha contra caciques y clérigos locales⁷⁶.

La extinción de los servicios ejidales implicó la salida del médico-líder de la comunidad y la extinción del foco de conciencia campesina. La medida fue acompañada de protestas ante las autoridades de salud, aduciéndose que los servicios eran propiedad campesina después de largos años de cofinanciamiento, por lo que su apertura a la población general era injustificada. En respuesta el programa nacional de regionalización hizo disponibles cuantiosos recursos para mejorar los servicios del lugar, demostrando que la medida conllevaría una mejoría a la salud de toda la población.

La integración a los servicios del IMSS de los servicios ejidales en zonas agroindustriales observó una dinámica política diferente, si bien en muchos casos fue anterior a las medidas promovidas por la ALPRO. Algunos de los líderes de estas zonas eran conocidos no sólo a nivel regional, como en Atoyac, sino que podían considerarse como amenazando con subvertir la estructura corporativa nacional. En la zona donde primero se dió la integración de los servicios ejidales, nos dice Hewitt de Alcántara,

El director de la Unión de Sociedades de Ejidos del Sur de Sonora...se había convertido en una figura carismática entre el campesinado del Valle del Yaqui dentro de la Confederación de Trabajadores Mexicanos...creada por Cárdenas. En 1940, cuando los vientos contrarrevolucionarios comenzaron a soplar dentro del partido oficial, Maximiliano López y la Unión que él dirigía...luchó por mantener la influencia campesina a nivel nacional al reforzar del departamento de Asuntos Campesinos de la CTM...Sin embargo, para 1947, las acciones del gobierno de Alemán dejaron en claro que la ideología de la revolución del partido oficial...era incompatible con aquella de la escuela de Cárdenas [77].

⁷⁶ Entrevista 26.1.88, Ex-Jefe de Servicios Coordinados, Guerrero.

⁷⁷ C. Hewitt de Alcántara, *Modernizing Mexican agriculture...*, p. 201.

La incorporación de los servicios ejidales al esquema modificado del IMSS fue una medida de cooptación, donde se ofrecían mayores servicios a cambio de menor participación política e ingerencia en la organización de la vida comunitaria⁷⁸. Es claro que la fragmentación a las políticas de salud rural, en aquellas provistas por los Servicios Coordinados de la Secretaría y aquellas del IMSS, obedeció a su distinta utilidad como instrumentos de cooptación, la primera siendo útil en conflictos regionales, la segunda para aquellos de dimensión nacional.

La política de incremento a la eficiencia en los servicios de salud de la Secretaría implantada a partir de 1962 llevó a la completa centralización del control sobre las cuotas de recuperación a nivel estatal, al ordenarse que todas las percepciones habrían de ser enviadas a la capital. Se argumentó que se evitaría el dispendio irracional producto de la corrupción a nivel local. Con ello los Servicios Coordinados en los estados perdieron la mayor parte de sus ingresos líquidos y vieron fuertemente disminuída su capacidad para enfrentar los problemas de salud, ante la ineficiencia en el abasto centralizado⁷⁹.

El crecimiento de la población amparada por la seguridad social fue una estrategia clave en la política de "desarrollo estabilizador". Además, el Estado afianzó su dependencia política de la burocracia federal con la creación en 1960 del Instituto de Servicios y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Este instituto amalgamó sin oposición una variedad de servicios médicos y sociales muy fragmentados y desiguales. Junto con un mayor crecimiento de la población amparada por el IMSS, la cobertura de asegurados pasó del 10% de la población nacional en 1958 a 20% en 1970, amparando un total de 10 millones de individuos. No obstante, el 40% de esta población residía en la capital, donde se concentraba sólo el

⁷⁸ H. Hernández Llamaz, *La salud rural en México*,...p.25

⁷⁹ Entrevista 26.1.88, Ex-Director General de Servicios Coordinados, SSA.

17% del total nacional. A la misma vez, la cobertura de población rural por parte del IMSS disminuyó a 5%, de un 7% en 1958⁸⁰. Así las cosas, sólo 20 municipios de un total de 2,700 en el país contaban con población asegurada⁸¹.

La política de "desarrollo estabilizador" se vió afectada por la crisis del modelo de sustitución de importaciones, cuando a mitad de la década de los 60 decreció el crecimiento industrial. Mientras que la población asegurada aumentó en 17% por año entre 1960 y 1964, para 1965 tuvo una drástica caída a sólo 6%. Esta caída se vió reflejada en el presupuesto federal destinado a la seguridad social, que cayó de 12% en 1963 a 5% en 1965⁸².

Los fracasos del "desarrollo estabilizador" se evidenciaron en los movimientos populares de protesta en la década de los 60, que se iniciaron con la disidencia campesina dirigida por Jaramillo, continuó con los movimiento ferrocarrilero y de médicos residentes, para culminar con el movimiento estudiantil de 1968⁸³.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

El clima de rápido crecimiento económico que se generó en México con la segunda guerra mundial propició un cambio en la definición de la política sanitaria. De considerarse como legitimación e inversión en capital humano durante la depresión, o de apoyo a la organización campesina y a la producción agrícola en las postrimerías de los años 30, ahora la salud fue vista como apoyo directo a la acumulación de capital.

⁸⁰ R. Spalding, "State power and its limits. Corporatism in Mexico" *Comp. Pol.*, 14 (1981), 139-161.

⁸¹ G.E. Poitras, "Welfare bureaucracy and clientele politics in Mexico",...

⁸² H. Hernández Llamaz, "Historia de la participación del Estado...", p. 84.

⁸³ E. Stevens, "Mexico in the 1980's: From authoritarianism to power sharing?" en H. Warda & H. Kline, *Latin American politics and development*, Boulder Co., Westview Press, 1985.

El cambio en la política sanitaria puede ser visto también como una progresiva abstracción de la salud; de ser algo que beneficiaba exclusivamente al individuo durante la depresión pasó a ser un fenómeno colectivo con Cárdenas, aunque todavía ligado a la organización humana. Con el auge del capitalismo la salud fue vista como una cantidad de recursos que podía ser dirigida de manera racional al apoyo aspectos específicos del proceso de acumulación como la productividad, los costos y disponibilidad de trabajo asalariado y de recursos naturales, y la disminución de barreras culturales al cambio^{84,85}. La satisfacción de las necesidades del individuo o de los grupos sociales fue limitada al máximo, al ser percibida como un gasto políticamente motivado e irracional.

Si bien la política de salud no se orientó predominantemente a atender las necesidades individuales, no es porque se consideraran irrelevantes. Se pensó que si la política de salud promovía el desarrollo económico, entonces se aumentarían los ingresos privados y se ampliaría el mercado interno, aumentando la accesibilidad entre la medicina privada y las necesidades de salud individuales.

La fragmentación y centralización de la política con la predominancia del principio técnico implicó la paulatina exclusión del "pacto de la salud" de aquellos grupos altamente movilizados, como los campesinos, mientras que incorporó aún más dentro de un esquema técnico y autoritario a los obreros, que entonces fueron prioritarios en el desarrollo económico. La exclusión de los primeros y el control de los segundos se logró gracias a la formulación de programas centralizados y especializados, dentro de los cuales los grupos sociales no tuvieron posibilidades de participación.

La verticalización y fragmentación permitió implantar medidas que, como en otras áreas, evitaron la competencia

⁸⁴ C. Mesa-Lago, *Social Security in Latin America: stratification, pressure groups and inequality*, Pittsburgh, Pittsburgh University Press, 1978.

⁸⁵ Comisión para la Erradicación del Paludismo, *Boletín CNEP*, 1958 & 1959.

entre los distintos grupos organizados por el Estado⁸⁶. Los programas verticales permitieron racionalizar y definir como escasos recursos que con el crecimiento del PIB per cápita estaban siendo, de hecho, más abundantes, lo que permitió canalizarlos a grupos muy seleccionados.

Los intentos de regionalización que surgieron como parte del "desarrollo estabilizador" produjeron —en vez de la descentralización, racionalización y satisfacción de las necesidades sentidas a nivel local — el reacomodo y consecuente centralización de intereses al interior de la SSA, y entre ésta y el IMSS. El escaso reforzamiento de los Servicios Coordinados experimentado a raíz de la fusión de los Servicios Ejidales fue motivado políticamente para minar las bases de autonomía campesina que persistieron después del cardenismo. La hegemonía altamente centralizada y fragmentada de los programas orientados bajo el principio técnico subvirtió las posibilidades de descentralización del poder que habían sido visualizadas por los sanitaristas preocupados por la satisfacción de necesidades a nivel local.

⁸⁶ J.F.H. Purcell & S. Kaufman Purcell, "Mexican Business and Public Policy", en Malloy (Ed.), *Authoritarianism and corporatism in Latin America*, London, University of Pittsburgh Press, 1977.

VI

Las Relaciones Centro-Locales Ante la Crisis Política y Económica

En este capítulo se examinan los intentos del Estado mexicano por transformar las bases centralistas y fragmentadas de la política de salud a raíz del agotamiento del modelo de sustitución de importaciones. En la primera parte se enfoca en el sexenio de Lúis Echeverría y los intentos por superar la crisis de legitimación y el lento crecimiento económico con base en la "solidaridad social". El propósito es develar el proceso de gestación de los traslapes entre el IMSS y la SSA que resultaron al aumentar los servicios médicos de la población campesina.

En la segunda parte del capítulo se abordan las políticas de salud tan disímbolas del sexenio de López Portillo, como lo fueron la desconcentración administrativa y la centralización en torno al programa de solidaridad social IMSS-COPLAMAR. El propósito es analizar las implicaciones de cada política para las relaciones centro-locales en el marco de la crisis económica y del *boom* petrolero. Con ello quedará completo el marco para comprender las motivaciones y limitaciones de las políticas de Miguel de la Madrid.

SOLIDARIDAD SOCIAL Y LEGITIMACION

Las promesas del "desarrollo estabilizador" no fueron cumplidas durante los 60, pese al incremento en el gasto social. La disminución en el crecimiento industrial y la

represión produjeron una fuerte crisis de legitimación que hubo de ser enfrentada por el presidente Echeverría (1970-1976) a través de una política conciliadora de "apertura democrática", que incluyó una política social renovada y vigorizada con nuevos recursos¹.

Durante el sexenio de Echeverría el promedio del PIB per cápita fue de \$9,646, que significó un aumento de sólo 13.1% respecto del periodo anterior. Este aumento contrasta con aquellos obtenidos durante los dos sexenios anteriores, el de Ruíz Cortínez con 28.1% y el de López Mateos con 20.2% (cuadro 5, gráfica 2). No obstante, Echeverría incrementó su gasto social al 23.1% del total del presupuesto, casi seis puntos porcentuales por arriba del sexenio anterior (cuadro 3). Esto ocurrió a expensas del gasto administrativo, invirtiendo polarmente la situación de principios de siglo.

El presupuesto relativo en salud y seguridad social se multiplicó por un factor de 1.4, lo que se reflejó en un 28% de aumento al gasto per cápita de la población asegurada y de 35% al de la población abierta (cuadro 4, gráfica 2). No obstante, la brecha en el gasto per cápita destinado a estas dos poblaciones aumentó, de ser 20 veces mayor para la población asegurada durante la etapa de estabilización, a 21.7 con la apertura democrática.

La política sanitarista impulsada por el gobierno de Echeverría en el medio rural arrancó de un "redescubrimiento" del campesinado, donde a su pobreza general se añadía el que sólo un tercio gozaban de servicios de salud². La pobreza del campesino fue atribuída a la explotación por parte de los intermediarios, quienes limitaban el acceso a los

¹ La sucesión presidencial se dió con sólo un 20% de votos para la oposición, otro 20% cancelados y 33% de abstencionismo, dejando sólo así 27% de votos para el PRI. Ver R. Spalding, "State power and its limits. Corporatism in Mexico" *Comp. Pol.*, 14 (1981), 139-161.

² M.S. Grindle, "Rural underdevelopment and public policy in Mexico" en Hughes, S.W. & K.J. Mijeski, *Politics and public policy in Latin America*, Boulder, Co., Westview Press, 1984, p153.

satisfactores básicos y limitaban el potencial para el desarrollo ejidal³. Los técnicos plantearon la noción de un desajuste estructural en los procesos de abasto, a ser resuelta por medio de la competencia directa entre el Estado y los intermediarios.

Echeverría buscó resolver el desajuste estructural aumentando el gasto federal en el medio rural, de 1.0% del PIB en 1971 a 3.85% en 1976. Este incremento fue canalizado por medio de nuevos organismos paraestatales, que Echeverría aumentó en su conjunto de 86 a 740⁴. El ejido fue nuevamente señalado como unidad de la política económica y social y se buscó su integración a las instituciones nacionales que habían promovido el desarrollo en las urbes.

La política echeverrista de integración del medio rural a las instituciones de salud urbanas no puede ser comprendido fuera de la crítica a la seguridad social y al modelo médico occidental que por estas épocas se estaba dando a nivel internacional. El modelo de planificación impulsado durante la década de los 60 fue criticado por su enfoque sobre los recursos y servicios dentro de un enfoque de mercado poco aplicable a la realidad latinoamericana. Comenzó a abogarse por un enfoque más político que técnico a la vez que vinculado a las realidades socioeconómicas, señaladamente al rápido crecimiento poblacional⁵. La planificación familiar vino a transformar las políticas de salud en su conjunto. El nuevo enfoque de la "planificación estratégica" fue aceptado en la Tercera Reunión Especial de Ministros de Salud, celebrada en Santiago, Chile, en 1970, donde se produjo el "Plan Decenal para las Américas"⁶. Una política aceptada unánimemente fue

³ M.S. Grindle, *Bureaucrats, politicians, and peasants in Mexico. A case study in public policy*, Berkeley, University of California Press, 1977.

⁴ R.E. Looney, *Economic policymaking in Mexico. Factors underlying the 1982 crisis*, Durham, NC, Duke University Press, 1985, p.68.

⁵ V. B. de Márquez, "El proceso de formación de políticas: el caso de la planificación familiar" *Estudios Sociológicos*, 2 (1984), 309-334.

⁶ R. Várgas, "Health Policies in Latin America", *Social Science and*

la de promover los servicios de salud integrados a nivel local a costa del énfasis en los programas verticales⁷.

La planeación estratégica promovió la identificación y capacitación de recursos humanos y materiales no profesionales aunque de reconocida utilidad para la salud y disponibles a nivel local. La planeación descentralizaba su mirada, para definir la cobertura de servicios ya no como una tasa abstracta entre médicos y población, sino como "un balance dinámico entre necesidades objetivas y sentidas expresadas en la demanda de servicios y la disponibilidad de recursos con las distintas combinaciones técnicas y organizacionales necesarias para satisfacer la demanda"⁸.

En este contexto de ideas comenzó a cuestionarse la legitimidad de la seguridad social, señalándose su incapacidad para ampliar los servicios básicos a toda la población en una época de crecimiento económico concentrado en las urbes y aun allí declinante en muchos países. También se cuestionó las disparidades en la calidad y cantidad de servicios entre las distintas instituciones públicas⁹. Los defensores de la seguridad social argumentaron que su introducción y desarrollo no disminuía los recursos disponibles para la población abierta, toda vez que se alimentaba de una parte del ingreso nacional que de otra forma no se gastaría en salud, o donde una mínima parte lo haría por vías menos eficientes, como la medicina privada. Además, al mejorarse la infraestructura de salud de la seguridad social habría un derrame hacia la población abierta de más y mejores médicos y desarrollo tecnológico. A todo esto se añadía que la seguridad social liberaba a los gobiernos de una parte de sus responsabilidades para que se concentraran en las zonas de extrema pobreza.¹⁰.

Medicine, 13C (1979) 3.

⁷ *Ibid.*

⁸ *Ibid.*

⁹ *Ibid*

Los argumentos a favor de la seguridad social fueron objeto de numerosas críticas por quienes la veían en crisis, producto de su estancamiento a raíz de los costos crecientes y las dificultades para hacerla extensiva a toda la población¹¹. Se cuestionó su efecto inflacionario y recesivo al asumirse como una carga impositiva por parte de los empleadores. Esto traía como consecuencia que se revirtieran sus costos a la población no asegurada, por la vía del traslado de los costos en los precios¹². Los críticos añadían que las inequidades serían difíciles de superar debido a las dificultades de orden político para lograr la coordinación de un sistema nacional de salud¹³.

Las fuerzas progresistas en el campo de la salud pública mexicana hicieron suyos los argumentos a favor de la planificación estratégica y del cuestionamiento de la autonomía y exclusividad de la seguridad social. La coyuntura política de "apertura democrática" fue además propicia para que se les escuchara y alentara en sus fines planificadores. Para 1973 comenzó entonces a formularse el primer Plan Nacional de Salud por parte de un grupo *ad hoc* coordinado por la SSA. El grupo se compuso principalmente de dirigentes oficiales de las diversas instituciones de salud, aunque en el espíritu democratizador extendieron la participación a grupos organizados de la más diversa índole, incluidos los Servicios Coordinados en los estados. En este espíritu se formaron 17 Consejos Estatales de Salud, quienes fueron designados para coadyuvar en la implantación del Plan Nacional de Salud.

El Plan consistió en la agregación dentro de un sólo documento de los programas y subprogramas sustentados sobre

¹⁰M.J. Roemer, "Development of medical services under social security in Latin America" *International Labour Review*, 108 (1973), 1.

¹¹ C. Mesa-Lago (Ed.), *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, México, Fondo de Cultura Económica, 1985.

¹² P. Musgrove, "El efecto de la seguridad social y la atención a la salud en la distribución del ingreso" en Mesa-Lago (Ed.), *La crisis de la seguridad social...*

¹³ A. Ugalde, "La integración de los programas de salud: problemas y perspectivas" en Mesa-Lago (Ed.), *La crisis de la seguridad social...*

las múltiples bases organizacionales que instrumentaban la política nacional. El Plan careció de un enfoque político global tendiente a revertir las múltiples incongruencias y la inequidad resultante, por lo que fue fácil bloquear la debil normatividad del Plan. Las instituciones de seguridad social mostraron una total falta de voluntad para implantar sus recomendaciones, mientras que los funcionarios de la Secretaría continuaron excluyendo la participación de la población en la percepción y solución de los problemas de salud. El nivel central tampoco se dió a la tarea de modificar las estructuras y procesos que permitieran dar cumplimiento a las ambiciosas metas. Como escribiera López Acuña,

...entre la realidad y las metas propuestas siempre hubo una brecha profunda, lo que hizo del plan y un documento demagógico y voluntarista con planteamientos puramente propositivos que nunca se convirtieron en instrumentos normativos definitorios de estrategias reales. Además, careció de un modelo rector de atención a la salud en el país que orientara las metas adoptadas, las subordinara a objetivos generales sensatos y las adaptara a circunstancias regionales [14].

La utopía del Plan Nacional de Salud se reflejó en la dispersión de las políticas que se implantaron durante el sexenio de Luís Echeverría. El IMSS continuó atendiendo a la población urbana asegurada, aunque bajo nuevos programas de medicina familiar; la SSA se encargó de implantar la nueva política de control poblacional por medio del Programa de Extensión de Coberturas. El cambio más novedoso y de mayores consecuencias para el sector salud en su conjunto fue la incorporación del IMSS al "desarrollo rural integral" mediante la fórmula de la "solidaridad social".

En 1973 el presidente puso ante el Congreso las modificaciones a la Ley del IMSS, justificando la solidaridad social como el medio para

¹⁴ D. López Acuña, *La salud desigual en México*, México, Siglo XXI, 1980, p. 222.

- 150 - Historia de las Relaciones Centro-Locales

...avanzar hacia una seguridad social integral, entendida ésta en la ampliación del marco de protección a los trabajadores ya asegurados y el de extenderla a grupos humanos no sujetos a relaciones de trabajo...En la medida en que el alto crecimiento del país no se ha traducido en una equitativa redistribución del producto nacional, el Gobierno de la República se esfuerza por reorientar la estrategia general del desarrollo sobre bases sociales más justas y considera a la seguridad social como el medio idóneo para lograr estos fines [15].

El programa puesto en marcha fue financiado por el IMSS en un 40%, mientras que el 60% restante fue aportado por recursos del gobierno federal. Los campesinos aportarían en mano de obra como forma de hacerse "solidariohábientes" de la seguridad social. No obstante, los beneficios consistieron exclusivamente de servicios médicos, quedando fuera las prestaciones sociales y económica características de la seguridad social¹⁶. Las clínicas fueron instaladas en los silos que la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO) construyó como parte de la política económica para el desarrollo rural.

La gama de servicios de salud del programa fue limitada a la atención médica de primer y segundo niveles, incluyéndose algunas actividades preventivas. Pese al propósito de CONASUPO de alejar al intermediario, el programa excluyó la venta de medicamentos esenciales debido a la presión ejercida por los distribuidores¹⁷. La selección de localidades para ubicar los silos tuvo más relación con los compromisos políticos que con la realidad agropecuaria o de salud. Como observó Grindle,

¹⁵ IMSS, "Extensión de la seguridad social en el medio rural", en H. Hernández Llamazas, *La salud rural en México*, México, IMSS, 1984.p. 351.

¹⁶ Las clínicas de primer nivel fueron agregadas más tarde para convertirse en el componente principal del programa.

¹⁷ Los técnicos de CONASUPO idearon al principio un plan para abastecer de medicamentos por medio de las tiendas al menudeo que comenzaron a instalar por toda la república. No obstante, el monopolio de la distribución farmacéutica impidió su implantación. Ver M.S. Grindle, *Bureaucrats, politicians, and peasants in Mexico...*, p. 107.

...poca atención sería dada al análisis de las necesidades de las instalaciones o de los programas durante la etapa de planeación. En efecto, esto no era generalmente reconocido como una tarea siquiera relevante para la planeación [18].

El modelo de participación comunitaria fue rígido y autoritario, exigiéndose por cada consulta una contra-prestación individual que muchas veces resultaba denigrante. Los médicos encargados de las clínicas fueron en su totalidad pasantes, con poca experiencia y sin vocación para acercarse a la problemática de la comunidad. La política también adoleció desde sus inicios de un grave conflicto interno: se pidió al IMSS que administrara y controlara la totalidad del programa, a la vez que se le pedía que sacrificara recursos propios en estas actividades. De allí que el aporte del IMSS pronto declinara, de 1.3% de su presupuesto en 1976, a 0.3% en 1979¹⁹.

Las limitaciones estructurales del programa de solidaridad social dejan ver claramente que los intereses más próximos al IMSS nunca lo favorecieron. Spalding argumentó que la burocracia del Instituto había promovido la política, puesto que su estancamiento les cerraba oportunidades de desarrollo profesional²⁰. No obstante, más allá de un pequeño grupo técnico dentro del instituto se beneficiaron pocos funcionarios y trabajadores por la alta dependencia en pasantes de servicio social.

Es claro que los empleadores no estaban a favor del programa de solidaridad social, ya que por la misma época resistieron la propuesta gubernamental para aumentar su porcentaje en el financiamiento tripartita del IMSS. Más aún, los funcionarios del Instituto estaban muy preocupados con el desfinanciamiento sufrido a raíz del mal manejo de los fondos de pensiones²¹. La aceptación del programa fue más bien el

¹⁸ M.S. Grindle, *Bureaucrats, politicians, and peasants in Mexico...*, p.172.

¹⁹ R. Spalding, "State power and its limits...".

²⁰ *ibid.*

resultado de una decisión presidencial instrumentada por su poder para nominar al Director General del Instituto.

Cabe suponer que el programa de solidaridad social fue concebido como forma de negociación con los líderes campesinos en la cúpula corporativa, a la vez que para demostrar una vocación desarrollista a las clases medias que cuestionaban la legitimidad del régimen. Al asignarse la responsabilidad del programa al IMSS y a CONASUPO se acudió a instancias técnicas muy alejadas de las necesidades campesinas, aunque portadoras del prestigio técnico-burocrático tan asociado a la modernidad. Más allá de su imagen, cabía esperar del IMSS una implantación rápida y eficiente de los designios presidenciales, pese a que a largo plazo el conflicto de intereses llevaran a su terminación.

Los campesinos no cumplieron ningún papel en la formulación del programa de solidaridad social. Como observó Spalding, ellos

...estaban difícilmente en posición de articular con fuerza demandas de políticas. Sería más preciso decir que fueron manipulados por un régimen que intentaba reorganizarlos y protegerlos para propósitos propios [22].

La respuesta ante la crisis de legitimación de Echeverría la centralización sistémica del poder en torno a agencias técnicas fieles al presidente, aunque vinculadas con la cúpula campesina por medio de las instancias de representación corporativa.

Las limitaciones estructurales del programa de solidaridad social se reflejaron en su desempeño. Para 1976 el IMSS había construido o equipado 1,574 camas hospitalarias y 310 consultorios, empleando a 2,000 doctores y cubriendo — según las autoridades— a 1.9 million de personas. Estos resultados hablan de la eficiencia técnica de los responsables; no obstante, para 1976 se atendieron a sólo 700,000 pacientes, lo

21 *ibid.*

22 *ibid.*

que da una tasa muy baja de 0.63 consultas por persona por año, y una productividad de 2 consultas por médico por día²³. El impacto que este rendimiento pudo haber tenido en la salud de la población debió de haber sido extremadamente bajo, y con un notable dispendio de recursos. Además, el Estado perdió la oportunidad de lograr una verdadera legitimación ante las bases campesinas, lo que sin dudas influyó en su desempeño político posterior. A pesar del evidente fracaso de las metas ambicionadas, las autoridades pensaron que podrían extender el mismo programa para cubrir a los 24 millones de campesinos que aún carecían de servicios en 1980²⁴.

Con la instauración del programa de solidaridad social se minaron aún más las bases para que el gobierno federal pudiera formular una política de salud congruente entre las diversas instituciones y orientada a la satisfacción efectiva de las necesidades de la población. En efecto, la ineficiencia autoconstruída del programa de solidaridad social no sólo se sumó a la ineficiencia ancestral de la SSA; por primera vez en la historia del país dos agencias federales sin relación orgánica mutua recibieron el mandato de cubrir a un mismo universo poblacional: los campesinos empobrecidos y marginados. Se estableció entonces una rivalidad estructural en torno a la arena de acción burocrática y centralista, rivalidad que influyó en el desarrollo de la política de salud en su conjunto.

LA HERENCIA DE LOPEZ PORTILLO

Las políticas echeverristas dejaron al país en una profunda crisis económica y en el desconcierto político. La "apertura democrática" fracasó en su promesa de hacer justicia a los campesinos pobres, si bien logró la continuidad del régimen político. Para 1969 el 20% de los más pobres recibían el 4% del

²³ *ibid.* Las OMS recomienda 3 consultas por persona por año y entre 15 y 20 consultas por médico por día.

²⁴ R. Spalding, "State power and its limits...",

ingreso, mientras que en 1977 sólo recibieron el 3.3%²⁵. Aquellos sin servicios básicos de salud sumaban 25 millones de personas²⁶. Ante este panorama el presidente López Portillo (1976-1982) vino al poder con dos grandes objetivos: pendular las políticas públicas en dirección de la reprivatización y el aumento de la inversión extranjera, y proveer a los "marginados" los satisfactores básicos que permitieran su incorporación al desarrollo.

Durante el sexenio de López Portillo el PIB mostró un acelerado crecimiento, logrando los \$11,651 en promedio y un incremento del 17.2% respecto del sexenio anterior (cuadro 5, gráfica 2). El gasto social, no obstante, creció en sólo un 10.3%, al momento en que se expandió la cobertura de la seguridad social del 31% al 43% de la población nacional (cuadros 3 y 4). Esto repercutió en un importante decremento al gasto per cápita en salud y seguridad social para la población amparada, del orden de 45.6%. El gobierno lopezportillista dio a la vez nuevo impulso al gasto para población abierta, incrementándolo en 59.8%. Con ello se cerró la brecha entre asegurados y población abierta, de una razón de 22:1 con Echeverría, a sólo 7:1 para el fin del sexenio lopezportillista. ¿Cómo se logró esto?

El nuevo gobierno aceptó la tesis promovida por el Banco Mundial de que la insatisfacción de necesidades básicas era un eslabón crítico en el ciclo vicioso del subdesarrollo. No obstante, rechazó el enfoque redistributivo y lesivo de los intereses privados seguido por Echeverría, para enfocar en una política distributiva francamente apoyada en la deuda externa y la explotación petrolera. El problema con los "marginados"

²⁵ E. Stevens, "Mexico in the 1980's: From authoritarianism to power sharing?"...

en H. Warda & H. Kline (Eds.), *Latin American politics and development*, Boulder, Co., Westview Press 1985.

²⁶ D. Levy & G. Székely, *Mexico. Paradoxes of stability and change*. (Second edition), Boulder, Co, 1987.

fue concebido ya no tanto por la explotación de los intermediarios, sino como un problema de baja productividad y de falta de acceso a servicios básicos y apoyos que facilitarían asumir los riesgos de la modernización.

Para López Portillo los marginados rurales fueron concebidos como una población abstraída de sus formas de organización particulares, lo que permitió abarcar bajo una sola política a los grupos indígenas, campesinos ejidatarios, pequeños productores empobrecidos y jornaleros. La limitación es que los planteamientos no siempre aprovecharon la superestructura política e ideológica, alejando al ejido y su ideología de reforma agraria como célula básica de la gestión. Con este enfoque la política social se tecnificó aún más y se dió mayor poder a las instituciones descentralizadas semi-autónomas para la implantación. A pesar de una ideología más pronunciada a favor del desarrollo rural integral, la multiplicidad de actores e intereses llevaron a la definición de metas y estrategias con un barniz de coordinación y un fuerte grado de autonomía y redundancia, elevando el gasto social para el campo en 40% con respecto de la administración anterior²⁷, erogándose allí un 25% del gasto federal²⁸.

La política de desarrollo de López Portillo puede dividirse en dos periodos: entre 1976 y 1978, cuando se persiguió la desconcentración como medida para enfrentar la crisis, y de 1979 a 1982, cuando se centralizó a raíz del acceso a créditos vinculados con el *boom* de la explotación petrolera²⁹. No obstante, algunas políticas, como la desconcentración de la planeación, continuaron desarrollándose aún durante el boom, por lo que a continuación las tratamos como parte de la lógica desconcentradora del inicio del sexenio.

²⁷ R.E. Looney, *Economic policymaking in Mexico. Factors underlying the 1982 crisis*, Durham, NC, Duke University Press, 1985, p.100.

²⁸ M.S. Grindle, *Rural underdevelopment and public policy...*, p.156.

²⁹ R.E. Looney, *Economic policymaking in Mexico.....*, p.87.

La (no) desconcentración de la SSA

La política de desconcentración tuvo una amplia aplicación dentro del ámbito de la política social, sobresaliendo la creación de delegaciones estatales de la Secretaría de Educación Pública y del IMSS. La SSA se quedó, no obstante, completamente al margen de estos esfuerzos, pese a que durante la campaña de López Portillo se elaboraron ambiciosos planes al efecto. La no-implantación fue el resultado de la poca importancia que para entonces ya se le daba a la Secretaría en el ámbito presidencial, toda vez que el IMSS había asumido las principales responsabilidades de la política sanitaria, tanto en el medio urbano como en el rural.

La propuesta para desconcentrar la Secretaría de Salubridad fue elaborada por un grupo encabezado por Mario Calles López-Negrete, médico personal de López Portillo. Entre otras cosas se planteaba la construcción de laboratorios regionales que apoyaran a los Servicios Coordinados en los estados, medida que ya era considerada como impostergable para lograr un mejor aprovechamiento de los recursos³⁰. No obstante, López Portillo consideró más importante la Secretaría como peón que como punta de lanza de la política social. Al tomar el poder se preocupó por establecer distancia con Echeverría, cosa que hizo al nombrar como Secretario de Salubridad a un ex-colaborador de Díaz Ordáz y entonces fuerte precandidato a la presidencia por parte del PRI. Esto había hecho del médico un enemigo público de Echeverría, obligándolo a la "banca" durante los seis años siguientes.

Toda vez que la Secretaría fungía más como "candelero" político que como instrumento de la política social, López Portillo de todas formas impuso como Subsecretario de Asistencia a su médico personal, lo que molestó fuertemente al Secretario y dió lugar a que el plan para la desconcentración fuera definitivamente archivado. Siendo consecuente con la

³⁰ Entrevista 9.2.88, Ex-Director General de Servicios Coordinados, SSA.

realidad política cada funcionario se dedicó a sus propias tareas, teniendo pocos acuerdos mientras se escapaban oportunidades que el IMSS aprovecharía para sus propios fines. Tres años más tarde el Secretario renunció al puesto para ser candidato a la gubernatura de su estado natal³¹.

Lejos de desconcentrarse, la SSA implantó en los primeros tres años de gobierno de López Portillo una política selectiva y vertical de planificación familiar, conocido como "Programa de Salud Rural". Se continuó la política echeverrista de priorizar la planificación familiar, aprovechando para ello el fuerte financiamiento internacional disponible. El "Programa de Salud Rural" se abocó a la planificación familiar con 100% de financiamiento internacional, lo que implicó una pobre coordinación con otros programas de la Secretaría, ya que existía el riesgo de que se diluyeran los recursos³². En efecto, persistía aún la burocracia de los programas verticales, si bien el financiamiento para muchos de ellos, como el del paludismo, estaba fuertemente en crisis.

El "Programa de Salud Rural" se abocó al entrenamiento de parteras empíricas y mujeres con baja escolaridad en las tareas de promoción de la planificación familiar, logrando para fines del sexenio la capacitación de 11,000 mujeres en igual número de rancherías menores de 3,000 habitantes. A pesar de su gran penetración, la estructura administrativa regional— consistente principalmente de supervisoras— no se vinculó significativamente con los Servicios Coordinados. El Programa de Salud Rural se ligó más bien a la Coordinación de Medicina Familiar, un órgano también dominado por el IMSS y vinculado a la política poblacional.

El Dr. Calles López-Negrete logró por fin el mando de la Secretaría una vez que su antecesor renunció para ir a la gubernatura. Libre para implantar sus propios planes se dio a la

³¹ Entrevista 9.2.88, Ex- Subsecretario de Asistencia, SSA.

³² Entrevista 12.10.87, Funcionario, Dirección General de Planificación Familiar.

tarea de desconcentrar la Secretaría en el corto tiempo que le quedaba³³, y también sin el apoyo técnico de la Subsecretaría de Planeación, que extinguió —tal vez como como gesto de prepotencia frente a quienes lo habían bloqueado antes. Pese a estas medidas encontró fuerte oposición a la desconcentración de las funciones administrativas por parte de su propia oficialía mayor. Lo único que consiguió fue desconcentrar el manejo de las cuotas de recuperación, medida para la cual encontró apoyo por parte de los jefes estatales. También se eliminaron las direcciones técnicas de la Dirección General de Servicios Coordinados, quitando obstáculos para que las Direcciones Generales a cargo de programas verticales entraran en relación directa con las jefaturas de servicios en los estados³⁴.

Horizontalización de la campaña contra el paludismo

El programa contra el paludismo ilustra de nuevo las motivaciones y consecuencias de la integración y desconcentración de la SSA. Con la pérdida de apoyo internacional la CNEP había pasado cada vez más dentro de la órbita de control de la Secretaría, de quién ya dependía para 1981 el total de su financiamiento. Además, para entonces la crisis económica en ciernes comenzaba a afectar a la Secretaría, por lo que las autoridades administrativas señalaron a la CNEP como un elefante blanco. Habiendo disminuído la mortalidad por paludismo prácticamente a cero se buscó terminar con los elevados costos de transportación de los 4,000 trabajadores de la CNEP, al desconcentrarlos como personal ordinario dentro de la Secretaría.

Tras décadas de trato privilegiado, el personal de la CNEP y su sindicato consideraba ya los viáticos como parte del sueldo. Ante la posibilidad de un conflicto las autoridades

³³ Entrevista 9.2.88, Ex- Subsecretario de Asistencia, SSA.

³⁴ Entrevista 9.2.88, Ex-Director General de Servicios Coordinados, SSA.

administrativas se dieron a la tarea de terminar con la CNEP ofreciendo amplias concesiones al sindicato. y delegando las responsabilidades por el control del paludismo a los jefes estatales y gobernadores. Se pensó que éstos últimos tendrían el músculo político suficiente para lidiar con el sindicato una vez que se exigiera su movilización sin los anticipos acostumbrados. La responsabilidad técnica del programa fue encomendada a la Dirección General de Epidemiología, donde residían la mayoría de los programas verticales menos autónomos.

La horizontalización del programa dió lugar a un vacío de poder a nivel nacional. El Director del ya para entonces programa de paludismo rehusó obedecer al Director General de Epidemiología y pretendió que aún tenía el control directo. No obstante, los jefes estatales desconocieron dicha autoridad y manejaron los recursos según su propia autoridad. No obstante, carecían de los instrumentos administrativos adecuados para efectuar los trámites de pago de viáticos requeridos, lo que terminó en la inactividad de los trabajadores. Estando pronto el cambio de sexenio las autoridades prefirieron heredar el problema a la siguiente administración³⁵.

Desconcentración del IMSS

La desconcentración del IMSS buscó resolver problemas gerenciales como el acopio de cuotas, la solución de peticiones y la tramitación de prestaciones. No obstante, para dar una imagen de descentralización del poder se crearon también los Consejos Técnicos Estatales, que reunían a representantes de las tres instancias cotizantes, como en el Consejo Técnico Nacional. A diferencia de la instancia nacional, la estatal se limitó a ser una fuente más directa de información y ventilación de quejas, sin gozar de capacidad para modificar la normativa institucional.

³⁵ Entrevistas 2.2.88, Funcionario, Dirección General de Medicina Preventiva.

El IMSS tuvo la oportunidad de vincular su programa de solidaridad social a población abierta con otras instancias de desarrollo regional integrado por medio de las instancias de planificación descentralizada. Paradójicamente, lejos de dar cumplimiento a la política sexenal, durante el mismo periodo disminuyó sus compromisos con el programa al reducir su financiamiento de 1.3% de su presupuesto total en 1976, a 0.3% en 1979³⁶. Es probable que esta reducción estuvo relacionada inversamente con la política de coordinación, al ser ésta percibida por las autoridades del IMSS como amenaza de mayores demandas redistributivas. Lo interesante es que el retiro unilateral de la política echeverrista no encontró oposición ni por parte de los campesinos ni del propio Estado.

Desconcentración de la Planeación

La política desconcentradora de López Portillo disminuyó la dispersión y fragmentación de las múltiples instancias federales encargadas del desarrollo rural integral en los estados. No obstante, el sector salud quedó al margen del esfuerzo. La descentralización de la planeación se instrumentó con los Comités Promotores del Desarrollo Económico (COPRODES) bajo una autoridad de la Secretaría de Programación y Presupuesto a nivel estatal. Sobre esta base se inició la firma de Convenios Unicos de Coordinación (CUC) entre federación y estados para canalizar recursos hacia el desarrollo regional. Los CUC tenían el objetivo de fortalecer el pacto federal como el avance en la descentralización de la función pública a través de una mayor participación de las entidades en las tareas de desarrollo.

En 1977 se llevaron los COPRODES a un mayor nivel de descentralización, al dotárseles de personalidad jurídica y patrimonio propios, constituyéndose como órganos asesores de los estados en planeación y programación. En 1979 los COPRODES

³⁶ R. Spalding, "State power and its limits ...".

formularon Planes Estatales de Desarrollo (PLADES) en todas las entidades, constituyéndose en la primera experiencia integral y nacional de planeación estatal. Los PLADES integraron dentro de un sólo plan los diversos proyectos de inversión federal cuyo fin común era el desarrollo regional o estatal, aún cuando mantuvieron su propia identidad administrativa³⁷.

En 1981, los COPRODES se transforman en Comités de Planeación para el Desarrollo Estatal (COPLADES), lo cual significó un paso más en los intentos por descentralizar a las autoridades estatales la responsabilidad para coordinar el desarrollo regional. Los estados asumieron también mayor responsabilidad para participar con recursos e instancias propias en las tareas del desarrollo. Se buscó no sólo la descentralización política, sino también la financiera, lo que se reflejó en la actualización de los PLADES entre 1981 y 1982. El 5 de febrero de 1982 se firmaron los primeros CUC descentralizados, en el marco de la V Reunión de la República³⁸.

La SSA no participó en esta rica historia institucional hasta la firma de los primeros CUC descentralizados, en 1982. Aún allí la participación fue un fracaso, puesto que las autoridades estatales ignoraron en muchos casos acerca de la disponibilidad de recursos, o bien se vieron colmados por la complejidad de los procedimientos necesarios para accederlos. Sólo en algunos estados prósperos y con abundantes y bien preparados recursos administrativos pudieron beneficiarse de estos recursos, con lo que, a fin de cuentas, la planeación desconcentrada promovió la inequidad interregional³⁹.

³⁷ Tal fue el caso del Programa de Inversión del Desarrollo Regional (PIDER), el Programa Estatal de Inversión (PEI), el Programa de Atención a Zonas Marginadas (PAZM), el Programa de Desarrollo Estatal (PRODES) y de los Programas de Sectoriales Concertados (PROSEC).

³⁸ Ver sobre la descentralización de la planeación en México, R. Ortega Lomelín, *El nuevo federalismo. La descentralización*, México, Editorial Porrúa, 1988.

³⁹ Entrevista 26.11.87, Funcionario, Dirección General de Asuntos Jurídicos, SSA.

La falta de participación de la SSA dentro de los CUC se debió a la centralización tan extrema de sus responsabilidades, primero en torno a la planificación familiar y otros programas verticales. Además, la Secretaría participó del *boom* petrolero con un programa de extensión de coberturas en las grandes urbes, también bajo un enfoque vertical de la planificación. La inclusión tardía de la Secretaría dentro de los CUC respondió a las acciones de la Coordinación de los Servicios de Salud⁴⁰, entidad creada *ad hoc* al final del sexenio precisamente para analizar y ayudar a resolver los múltiples problemas de integración que aquejaban al sector.

La no-participación del IMSS dentro de los órganos de planeación descentralizada obedeció en gran parte a su fuerte tradición de autonomía como órgano descentralizado, muy ligada a la protección de intereses ya analizados anteriormente. No obstante, el IMSS implantó su propio programa de desconcentración, buscando siempre la reproducción de la autonomía decisional y financiera que lo caracterizaba a la vez que de responder a las políticas sexenales.

Recentralización de la Política Sanitarista

López Portillo modificó su política social una vez que se anunció el *boom* petrolero en 1979. Pasó de las políticas desconcentradoras implantadas para enfrentar la crisis heredada del echeverriato, a la búsqueda de instrumentos capaces de implantar las ambiciosas metas que el petróleo entonces hizo imaginables. Para este fin López Portillo refuncionalizó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), asignándole la coordinación de programas de distintas agencias paraestatales, principalmente de CONASUPO y del IMSS. Además

⁴⁰ G. Soberón, L. Ruíz, *et al. Hacia un Sistema Nacional de Salud*, México, UNAM, s.f.

fueron creadas ocho coordinaciones sectoriales por ley, agrupando a la diversidad de organismos paraestatales y Secretarías de Estado que desempeñaban funciones similares. La Coordinación de Servicios de Salud fue la última en crearse —hasta 1981—, más a raíz de la crisis económica en cierne que por un afán de controlar la política social⁴¹.

Con el *boom* López Portillo abordó primero a la SSA en búsqueda de un plan para proveer de servicios de salud a los 25 millones de "marginados" en el país dentro del plan general provisto por COPLAMAR. La Secretaría tardó varios meses en elaborar una propuesta sólo para ser rechazada por el presidente debido, en parte, a que pedían 400 millones de dólares y donde buena parte de ellos se utilizaría para la modernización de su infraestructura administrativa. Lejos de luchar por retener la oferta, el Secretario mostró poco entusiasmo ante un proyecto de tales dimensiones. Para muchos el Secretario simplemente "no se la creyó"⁴².

El IMSS recibió finalmente la oferta del proyecto y entregó en dos meses un plan para construir 2,000 unidades médicas y 30 hospitales de campo en un tiempo record y con sólo dos terceras partes del costo presupuestado por la Secretaría. El gobierno federal firmó un convenio anual con el IMSS por medio del cual el Instituto recibiría la totalidad de los recursos para construir la infraestructura, diseñar y operar los servicios de salud. Si bien el contrato podía rescindirse en cualquier momento por las dos partes y se renovarían anualmente, su justificación estableció con toda claridad que representaba una ampliación del programa de solidaridad social, con sus mismas bases filosóficas y programáticas⁴³. López Portillo justificó el nuevo programa diciendo que significaba justicia

⁴¹ Entrevista 26.11.87, ex-Funcionario, Dirección General de Planeación, SSA.

⁴² Entrevista 12.10.87, ex-Funcionario, Programa de Solidaridad Social IMSS-CONASUPO.

⁴³ COPLAMAR, *Convenio para el establecimiento de servicios de solidaridad social en las áreas marginadas del país*, México, COPLAMAR, 1979, pp. 7-8.

social para los pobres, porque ellos también pagaban por la seguridad social por medio de los impuestos y de la transferencia de sus costos en precios al consumidor⁴⁴. No obstante, a pesar de que el IMSS no erogaría un centavo, el contrato no mencionó cómo habría de interpretarse lo estipulado en la Ley del IMSS de 1973, donde la institución quedó obligada legalmente a proveer el programa de solidaridad social con recursos tanto propios como federales⁴⁵. Gracias al convenio el IMSS quedó en posibilidad de extender el programa de solidaridad social y cumplir con su misión social sin ningún costo, aportando exclusivamente el *know-how* técnico y, sobre todo, la imagen de justicia social.

No sorprende entonces el inusitado cambio de actitud por parte del IMSS para implantar el programa de solidaridad social. A escasos siete meses de su aprobación el IMSS ya había levantado 700 pequeños centros de salud en las zonas más apartadas del país. Para 1982 contaba con una cobertura oficial de 18 millones de habitantes, amparados por 3,025 unidades médicas de campo y 60 hospitales con un total de 1,054 camas. Esta inversión representó cerca de diez veces el número de clínicas provistas por el programa IMSS-CONASUPO en seis años, si bien este último construyó un mayor número de camas hospitalarias⁴⁶.

Pese a la filosofía de cooperación comunitaria y desarrollo integral, la formulación e implantación del programa fue estrictamente un asunto del IMSS, sin la participación ni de otras instancias federales ni de la comunidad. La totalidad de las localidades a ser beneficiadas con los centros de salud fueron seleccionadas en la ciudad de México con base en un ejercicio de mapeo y de consulta de documentación de la

⁴⁴ *Ibid.*, p. 22.

⁴⁵ H. Hernández Llamaz, *La salud rural en México ...*, p. 30.

⁴⁶ IMSS, *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México*, México, IMSS, 1984, p. 51.

Secretaría⁴⁷. Más tarde se reconocería que hasta 14% de las unidades habían sido ubicadas en pequeñas localidades donde ya existían servicios de la Secretaría⁴⁸. La totalidad de las clínicas fueron prefabricadas en la capital y trasladadas — muchas veces con helicóptero— hasta la localidad, sin que la comunidad participara u opinara sobre su ubicación. La accesibilidad geográfica de las unidades quedó sin analizarse antes de su ubicación. No sorprende entonces que en 1981 el programa ofreció sólo 0.02 consultas por solidariorhabiente⁴⁹.

La participación comunitaria se dirigió esta vez por medio de comités locales, quienes organizarían por norma el aporte de 10 jornadas anuales por adulto para acreditar la prestación de los servicios. El trabajo colectivo se dirigiría al desarrollo comunitario y no necesariamente, como antes, al mantenimiento de las unidades médicas. Para 1981 la población aportó sólo 1.6 jornadas por adulto e promedio⁵⁰, lo que significó un bajo impacto de acuerdo a lo programado, aunque la cifra resulta alta si se compara con los beneficios recibidos.

La centralización tuvo sus ventajas, sobre todo en el ámbito de la motivación del personal médico para buscar un mayor acercamiento de los servicios a las necesidades de la comunidad que lo observado en la Secretaría⁵¹. El programa COPLAMAR innovó en el modelo de atención hasta entonces utilizado para población abierta, ya que combinó al promotor local de salud y el médico pasante con cierto éxito,

⁴⁷ Entrevista 12.10.87, ex-Funcionario, Coordinación del Programa IMSS-COPLAMAR.

⁴⁸ Dirección General de Evaluación, *Evaluación del proceso de descentralización de los servicios de salud*, México, Subsecretaría de Planeación, SSA, 1987.

⁴⁹ Esta cifra considera sólo una población solidariorhabiente de 10.3 millones, según fuera rectificada en 1983 por el propio IMSS. El número de consultas fue reportado en IMSS, *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México*, op. cit., p. 86.

⁵⁰ IMSS, *Ibid.*

⁵¹ Editorial, *Revista Higiene*, No.3, 1988, pp. 5-10.

reportándose para 1985 la existencia de un promotor por cada 41 familias⁵². El médico logró también una mayor confianza de la población al ir más allá del diagnóstico y proveer personalmente las medicinas, que guardaba en el mismo recinto de la consulta. También se dieron importantes innovaciones en el uso de personal y vehículos multivalentes para el abasto, el mantenimiento y el transporte de enfermos⁵³.

El IMSS impulsó cierta forma de desconcentración del programa COPLAMAR por medio de los Consejos Estatales de Vigilancia de la Solidaridad Social, a los que fueron invitados los representantes de las organizaciones campesinas, el gobernador y los otros organismos coordinados por COPLAMAR. Su propósito fue el de

...favorecer la consolidación del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria [vigilando] el cumplimiento de los Programas integrales de salud en las Unidades Médicas de campo, así como de promover y difundir en las comunidades los beneficios del Programa y planear y consolidar la participación de los sujetos de Solidaridad Social [54].

Esta medida fue congruente con la política desconcentradora del sexenio, aunque en la práctica sirvió para aislar aún más a la SSA y a las instancias de coordinación estatal, en la medida en que no fueron invitadas a participar. Además, la actuación de estos órganos fue esporádica y simbólica, sin afectar el funcionamiento del programa. El IMSS procuró cuidar la autonomía de un programa cuyas dimensiones ya implicaban una seria rivalidad con aquellos de la Secretaría.

Para fines del sexenio de López Portillo tanto la SSA como el programa IMSS-COPLAMAR decían cubrir a una parte importante

⁵² A. Flores Alvarado & J.A. Morán Zenteno, "Efectos del modelo de atención a la salud del programa IMSS-COPLAMAR" mecanoscrito, s.f.

⁵³ Entrevista 12.10.87, ex-Funcionario, Coordinación del Programa IMSS-COPLAMAR.

⁵⁴ Comunicación oficial del Lic. R. García Sáinz, Director general of IMSS, al Lic. C. Salinas de Gortari, Secretario de Programación y Presupuesto, Abril de 1983.

de la población no asegurada. La Secretaría brindó 21 millones de consultas para 1983, mientras que IMSS-COPLAMAR ofreció 8 millones de consultas⁵⁵. Con este volumen el gobierno dijo haber reducido la población marginada de servicios de salud de 25 millones al principio del sexenio, a sólo 13 millones o 17.6% de la población total al final del mismo⁵⁶. No obstante, estudios posteriores tratarían de demostrar que la cobertura de IMSS-COPLAMAR había sido de poco más de la mitad de lo pretendido, dándose una cifra de 10.3 millones de personas⁵⁷. Se hizo evidente entonces una pugna entre ambas instituciones por incluir a la población abierta dentro de sus programas, sin que la totalidad de los recursos llegaran todavía a cubrir realmente a toda la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social reportaron, por su parte, un aumento en su cobertura durante el sexenio, de 35% de la población al principio, a 44% al final. El crecimiento sectorial se dió entonces en el contexto de mayor centralización y fragmentación institucional, menor coordinación sectorial y menor participación de los gobiernos estatales y municipales en la prestación y planeación de los servicios.

El gobierno tomó conciencia de la fragmentación y el grave dispendio de recursos para mediados de 1981, especialmente por el Secretario de Programación y Presupuesto, Miguel de la Madrid, quien directamente atendía al financiamiento incongruente entre las distintas instituciones y se percataba de los múltiples dispendios⁵⁸. Para enfrentar esta situación sugirió al presidente que se formara la Coordinación de los Servicios de Salud, como el octavo y último órgano

⁵⁵ Dirección General de Información y Estadística, *Efectos de la crisis económica sobre la salud*, mecanoscrito, México, SSA, 1985.

⁵⁶ Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 1984-1988*, México, SSA, 1984.

⁵⁷ G. Soberón, L. Ruíz, et al. *Hacia un Sistema Nacional de Salud...*

⁵⁸ Entrevista 2.22.88, Ex-Funcionario, Coordinación de los Servicios de Salud.

presidencial coordinador, en este caso de las instancias federales y paraestatales que intervenían en la prestación de servicios de salud. Si bien la Coordinación de Servicios de Salud llegó a intervenir en la fusión de algunas agencias, como la de Servicios Médicos de la Secretaría de Educación Pública dentro de la SSA⁵⁹, su principal labor fue de análisis y de asesoría. Toda vez que 1982 fue el año de la sucesión presidencial, este trabajo sería aprovechado casi en su totalidad por la siguiente administración. Analizaremos sus propuestas como parte del proceso de formulación de las políticas de Miguel de la Madrid en el siguiente capítulo.

López Portillo decretó en septiembre de 1982 la creación del "Sector Salud", como respuesta a la incongruencia entre instituciones dentro del sector salud. La sectorización fue parte de la reforma administrativa implantada con anterioridad en otras áreas de la administración pública y tendiente a concentrar el poder de decisión y encauzar mejor los recursos disponibles para el desarrollo⁶⁰. El Sector Salud nació con serias limitaciones estructurales, toda vez que dejó fuera a la seguridad social en su conjunto, mientras que la autoridad sectorial —la SSA— tendría sólo poderes limitados para coordinar a los Institutos Nacionales de Salud. La sectorización agravó la fragmentación, al legitimar la autonomía de la seguridad social y sus programas para población abierta.

La sectorización vino a darse también al momento en que el presupuesto de la seguridad social se reducía en relación a su creciente población, a la vez que se ampliaban los aportes hacia la población abierta, en buena medida manejados por esta misma institución. Esto planteó sin dudas serias limitaciones para la autoridad de la SSA para conducir el destino del sector.

⁵⁹ G. Soberón, L. Ruíz, et al. *Hacia un Sistema Nacional de Salud...*, p. 5.

⁶⁰ *Ibid.*, p. 147.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

La evolución de las relaciones centro-locales se modificó sustancialmente en el contexto de la crisis económica que comenzó a profundizarse en el sexenio de Luís Echeverría. El centralismo de la seguridad social demostró serias limitaciones para atender las ingentes necesidades de bienestar en el medio rural como en el urbano, llamándose entonces a la "solidaridad social" como forma de extender los servicios. Con ello se minó la autonomía política del IMSS, si bien la retención del control administrativo del nuevo programa le permitió atenuar sus efectos económicos e imposibilitar que la política sanitaria lograra obtener a fin de cuentas la coherencia y equidad que se presagiaba en el discurso.

El principio corporativo dominó por sobre los intentos del Estado para hacer de la seguridad social un instrumento técnico disponible en la solución de una amplia gama de problemas de bienestar social. Paradójicamente, fue el argumento técnico que esgrimió el IMSS —de preservar las finanzas del Instituto— el que justificó el fin corporativo de limitar la extensión técnica y solidaria de algunos beneficios de la seguridad social.

El principio técnico continuó predominando en la atención a grupos sociales que —si bien también organizados bajo formas corporativas como la CNC— gozaron de una inclusión subordinada y secundaria dentro del "pacto de la salud", brindándoseles servicios que como el de planificación familiar se justificaban por su importancia a nivel nacional.

Con la "solidaridad social" y los nuevos programas verticales las posibilidades de descentralización bajo el principio territorial quedaron más relegadas que cuando se abogaba por la creación de Distritos Sanitarios regionalizados. Ello se dió, paradójicamente, al tiempo que los sanitaristas

criticaban el modelo médico científicista y abogaban por una mayor participación de la población en el aporte de recursos y en la organización para la salud. Por otra parte, la crisis económica llevó a la búsqueda de esquemas desconcentradores capaces de integrar acciones a nivel estatal y de controlar los cada vez más escasos recursos.

Con el *boom* petrolero la "población abierta" fue objeto de nuevas políticas técnicas y selectivas —especialmente de extensión de servicios médicos— implantadas a través de la estructura técnico-corporativa de la seguridad social. Al eliminarse la carga financiera para el IMSS y al dársele después el control directo del programa se fortaleció este principio de vinculación centro-local. La centralización y fragmentación aumentaron la hegemonía técnico-corporativa bajo la que se interpretó la propuesta descentralizadora. Debido a ello la desconcentración no despegó, con la excepción del programa contra el paludismo. Este fue un caso límite, donde se buscó la intervención de los gobernadores estatales en el control de una planta de trabajadores cada vez más renuentes a aceptar el recorte a sus ingresos. En el IMSS se desconcentraron funciones que permitieron una mayor eficiencia en las funciones administrativas, aumentando la autonomía institucional y el control de funciones críticas. Este fue el escenario en el que actuó la próxima administración ante el recrudecimiento de la crisis económica.

VII

Formulación de la Sectorización y la Devolución

La parte II de la tesis que comienza en este capítulo pretende comprender —sobre la base de la historia pasada— las motivaciones, limitaciones y consecuencias de la política devolucionaria que promovió Miguel de la Madrid en el sector salud. Este capítulo aborda el proceso de formulación de la política devolucionaria de las instituciones de salud, en su contexto económico, político e ideológico y como parte de la "política de descentralización de la vida nacional"¹. Las últimas secciones se dedican al análisis del proceso de adopción del Sistema Nacional de Salud, examinando el contexto político en el que se implantaría la devolución.

CRISIS ECONOMICA E IMPACTO EN EL GASTO PUBLICO

El Presidente López Portillo (1976-1982) asumió el poder al tiempo que el mundo industrializado entró en una fuerte depresión económica, afectando de manera particular a la región latinoamericana² y muy especialmente a México. Factores internos recesivos se habían acumulado en el país desde la crisis de 1976 y las fuertes inversiones petroleras a

¹La política fue planteada durante prácticamente todo el sexenio como de "descentralización". Para obviar confusión con nuestros conceptos teóricos la denominaremos "devolución", concepto que comenzó a ser utilizado a fines del sexenio por el propio Secretario.

² H.J. Wiarda, *Latin America at the crossroads. Debt, Development and the future*, Boulder Co., Westview Press, 1987.

partir de 1979. En 1982 la deuda externa totalizó US\$ 80 billones³, hubo una inflación de 5% mensual sin precedentes que deterioró los salarios reales, y una balanza de pagos desfavorable, alentada por el derrumbe en los precios del petróleo⁴. Ante la inminente suspensión de los pagos sobre intereses de la deuda externa en 1982 el gobierno consiguió un préstamo de emergencia con el Fondo Interamericano de Desarrollo por US\$ 3.82 billones, a ser recibidos en un periodo de tres años y condicionados a la implantación del Programa Inmediato de Recuperación Económica (PIRE)⁵.

El Presidente Miguel de la Madrid (1982-1988) se comprometió a continuar con el PIRE al asumir el poder, proponiendo un recorte al gasto público de 48%⁶. Durante 1983 el crecimiento económico fue negativo en 0.5%, lo que representó una caída de 8.5% en comparación a lo establecido durante el *boom* petrolero. En 1985 el gobierno redujo aún más el gasto público en US\$ 500 millones ante el continuado descenso de los precios del petróleo⁷.

En 1985 el gobierno redujo el gasto público a 9.6% del PIB y asignó al pago de la deuda el 42.9% del total de los ingresos federales. No obstante ello, el FMI amenazó con retener los fondos prometidos de no intensificarse las medidas de austeridad. Los sismos de septiembre de 1985 cambiaron la perspectiva de la agencia internacional y el gobierno consiguió que se transfirieran US\$4 millones destinados a la reconstrucción⁸. En el contexto del recrudecimiento de la crisis se redujo el aporte gubernamental al financiamiento

³ J.I. Gentleman, "Mexico after the oil boom: PRI management of the political impact of national disillusionment", en J.I. Gentleman (Ed.), *Mexican politics in transition*, Boulder Co., Westview Press, 1987.

⁴ R.E. Looney, *Economic policymaking in Mexico. Factors underlying the 1982 crisis*, Durham NC, Duke University Press, 1985, p.27.

⁵ J.I. Gentleman, "Mexico after the oil boom...", p. 43.

⁶ López Portillo había heredado un gasto público de sólo 3.8% del PIB.

⁷ J.I. Gentleman, "Mexico after the oil boom...", p. 44.

⁸ *Ibid.* p. 45.

tripartita del IMSS, de 11% a 7.8%, cifra que en 1987 sería de sólo 5.3%⁹.

El gobierno declaró durante todo el sexenio que los servicios sociales básicos, especialmente salud, educación y vivienda, serían protegidos de los embates de la crisis. No obstante, el gasto social mostró fuertes decrementos, principalmente a expensas del pago de la deuda pública. De un gasto social de 17.2% del presupuesto en 1981 se pasó a 11.2% en 1986 y se programó en 10.1% para 1988. El gasto social por habitante se redujo a precios constantes, de \$942 en 1981 a \$573 en 1987¹⁰, significando un recorte de 39%.

El gasto en salud y seguridad social per cápita mostró importantes reducciones, siendo de 14.9% en los recursos destinados a la población abierta y de 18.5% de aquellos de los asegurados (cuadro 5, gráfica 2). A pesar del mayor recorte en el gasto destinado a la población abierta, la brecha entre los dos grupos se redujo muy poco, llenando la diferencia de 7 a 1 a fines del sexenio de López Portillo, a 6.8 a 1 a fines del sexenio de Miguel de la Madrid. No obstante, las reducciones al gasto exclusivamente de salud de la población asegurada fueron mayores. Entre 1982 y 1987 el gasto global del sector sufrió un recorte promedio anual de 9.18% (cuadro 8 gráfica 5)¹¹. Tan drástica caída se explica por la incapacidad de sostener —ya no se diga incrementar— el presupuesto ante la inflación, las exigencias del pago de la deuda externa y el escaso crecimiento de la economía.

Mientras que las instituciones que dan servicio a población abierta (SSA, Solidaridad Social, IMSS-COPLAMAR) sólo resintieron en su conjunto una pérdida promedio de 0.48%

⁹ Miguel de la Madrid, *Quinto Informe de gobierno*, México, Presidencia de la República, 1987.

¹⁰ R. Carrasco y E. Provencio, "La política social 1983-1988 y sus principales consecuencias", *Investigación Económica*, No. 184, 1982, 91-110.

¹¹ Información proveniente de los reportes de ejercicio presupuestario de los informes presidenciales, 1983 a 1988.

anual, la población asegurada (IMSS e ISSSTE) vió una merma anual promedio del 13.1% en su gasto destinado a salud. Ello se debió al decremento absoluto en los recursos de la seguridad social —en parte relacionados a la disminución del aporte federal— y al aumento en la población cubierta por ella. Esta pasó del 44.6% de la población nacional en 1982, a 52.1% en 1987. La población en su conjunto creció en 10.2%, lo que llevó a que la población asegurada aumentara, en términos absolutos, en 28.9%. La población abierta disminuyó en 4.7%.

La relación del gasto global entre población asegurada y abierta no se modificó sustancialmente durante el sexenio de Miguel de la Madrid. No así el diferencial en el gasto en salud, donde el recorte per cápita a la seguridad social redujo la diferencia entre los dos grupos poblacionales, de ser 3.6 veces superior en 1982, a sólo 1.4 en 1987¹². La política de mayor igualdad impuesta por Miguel de la Madrid se cumplió, no al elevarse los indicadores de nivel de vida, sino al reducirse. Esta situación constituye un telón de fondo contra el cual deben interpretarse la formulación e implantación de las políticas de sectorización y devolución.

CRISIS Y CRITICA DEL CENTRALISMO

Los cambios en las relaciones centro-locales a raíz de la crisis económica de 1982 se dieron en el contexto de una crítica al centralismo expresada por diversas autoridades. La reforma política instituída por López Portillo permitió que los partidos de derecha e izquierda articularan una crítica a las políticas priístas y su respuesta a la crisis económica^{13,14}.

¹² No obstante, buena parte de los incrementos al per cápita de la población asegurada benefician directa e indirectamente a la población asegurada. Ver *infra* y M.A. González Block, "El Traslape de la Demanda en el Sistema Nacional de Salud de México: Limitaciones en la Integración Sectorial", *Sal. Pub. Mex.* 30 (1988), 808-815.

¹³ E.P. Stevens, "'The opposition' in Mexico", en J.I. Gentleman (Ed.), *Mexican politics in transition, op. cit.*, p. 232.

¹⁴ W.A. Cornelius, "Political liberalization in an authoritarian regime:

Era evidente también un resquebrajamiento de las estructuras de control corporativo, lo que se evidenció en las continuas invasiones de tierras por parte de los campesinos¹⁵, la protesta a nivel nacional por los fraudes electorales municipales, el surgimiento de movimientos populares y sindicatos autónomos¹⁶ y las pugnas por democratizar a los sindicatos de trabajadores estatales¹⁷.

Era claro que si el gobierno iba a mantenerse en el poder habría de rebasar las reformas electorales y políticas de antes. Como planteó Wayne Cornelius,

...es difícil escapar a la conclusión de que el proceso de liberalización política en México —al menos como lo hemos conocido en los últimos diez años— ha llegado a un callejón sin salida...la predicción más segura sería que el sistema político en México experimentará una mayor adaptación cuidadosamente controlada más que un cambio abrupto del tipo de régimen [18].

Las alternativas abiertas al gobierno en la reestructuración de sus relaciones centro-locales ya estaban siendo discutidas entre varios intelectuales mexicanos desde diversas tendencias políticas. Las posturas iban desde aquellas que veían la necesidad de un gobierno nacionalista y fuertemente centralizado, hasta quienes hablaban de la autonomía regional. Los nacionalistas plantearon sobre la base de un modelo cardenista la necesidad de un Estado fuerte, capaz de contender con las compañías mutinacionales a la vez que de establecer el rumbo para sus aliados de clase: los trabajadores y los campesinos¹⁹. Se defendió así al centralismo como

Mexico, 1976-1985", en J.I. Gentleman (Ed.), *Mexican politics...*, p. 35.

¹⁵ A. Warman, *Y venimos a contradecir*, México, La Casa Chata, 1975.

¹⁶ J.W. Rubin, "State policies, leftist opposition and municipal elections: the case of the COCEI in Juchitán", en A. Alvarado (Ed.), *Electoral patterns and perspectives in Mexico*, La Jolla, Center for US-Mexican Studies, 1987, *passim*.

¹⁷ B. Carr, "The Mexican economic debacle and the labor movement. A new era or more of the same?", en N. Hamilton & T. Harding (Eds.), *Modern Mexico*, Beverly Hills CA, Sage Publications, 1986, p. 208.

¹⁸ W.A. Cornelius, "Political liberalization in an authoritarian regime..." p. 35.

forma de concentrar el poder contra —y no a favor de— los intereses económicos dominantes.

Otros autores fueron más sensibles a las variaciones económicas y culturales de las distintas regiones del país y de su relación con los movimientos políticos. Plantearon la necesidad de un patrón de toma de decisiones más próximo a la población, con la finalidad de apoderar a las masas dentro de un mozaico estructurado de participación^{20,21,22}. Dentro de esta postura se criticaron los modelos donde la participación popular resulta un añadido a los planes centralmente diseñados, y donde con ellos se busca tan sólo legitimar medidas centralmente decididas, rebasar las barreras culturales o aumentar los recursos disponibles para la implantación.

Una forma de resumir el debate es notando la relación entre el grado al que se planteó el apoderamiento de los grupos locales, y el grado al que el proceso de desarrollo fue definido en términos de la satisfacción de necesidades básicas. Quienes abogaron por gobiernos fuertemente centralizados definieron el desarrollo con base al crecimiento económico y otros indicadores a nivel macro²³. En la mayoría de las posiciones fue notoria la falta de análisis respecto a la historia de los gobiernos estatales y municipales y de su papel en la democracia y el desarrollo objeto del análisis. Hubo una casi total ausencia de argumentación sobre el papel que habrían de tener estos niveles de participación—o si habrían de tener cualquier papel— en el proceso de centralización o descentralización buscado.

¹⁹ R. Cordera & C. Tello, *México, la disputa por la nación*, México, Siglo XXI, 1981, p.116.

²⁰ G. Esteva, *La batalla en el México rural*, México, Siglo XXI, 1980, *passim*.

²¹ L. Solis, *Alternativas para el desarrollo*, México, Joaquín Mortiz, 1980.

²² R. Stavenhagen, "Capitalism and the Peasantry in Mexico", *Lat. Am. Persp.*, 18 (1978).

²³ D. Goulet, *Mexico: Development strategies for the future*, Notre Dame, University of Notre Dame Press, 1983.

El nuevo Presidente representó un paso más en dirección de la tecnificación del poder y su distanciamiento de las estructuras caudillescas y fundadas en el regionalismo, proceso ya ampliamente descrito en el pasado²⁴. No obstante, de La Madrid vino también a cambiar el contexto y apoyo de la tecnocracia, alejándose del sustento centralista y casi absoluto de sus antecesores en pos de un "nuevo federalismo". De la Madrid vió en el constitucionalismo federalista mexicano una estructura ya establecida y de fuerte tradición jurídica sobre la cual fundar una profunda reforma política.

La postura de Miguel de la Madrid se puede caracterizar como neo-liberal, toda vez que buscó la modernización de los aparatos económicos y políticos a lo largo de fórmulas pluralistas y fundadas en los principio de representación parlamentaria propios al principio de vinculación territorial²⁵. Esta fórmula le permitió una comprensión más sofisticada del problema del centralismo y de su solución, yendo de la desconcentración unilateral de funciones federales o de la actividad económica de la capital, a la búsqueda de apoyos tendientes a fortalecer primero a los gobiernos estatales y municipales²⁶. Se buscó crear condiciones administrativas tales que permitieran hacer de la descentralización un proceso autosostenido, aunque ligado a una nueva estructura del poder central más normativa y menos interventora.

La "descentralización" fue —en términos muy generales— una política global del gobierno de Miguel de la Madrid, especialmente notoria en la privatización de las empresas

²⁴ M. C. Needler, *Politics and society in Mexico*, Albuquerque, University of Albuquerque Press, 1971.

²⁵ Cabe enfatizar que el parlamentarismo en México había estado dominado por fórmulas de representación corporativa.

²⁶ W.P. Glade, "Distributional and sectoral problems in the new economic policy" en R.E. Camp (Ed.), *Mexico's political stability: The next five years*, Boulder Co., Westview Press, 1986, p. 96.

paraestatales como parte de la política de disminución del subsidio federal al sector privado y de liberación del mercado interno. Puede decirse que la devolución de la política social fue de la mano con la política de reconversión industrial, buscando adecuar las acciones sociales a los requerimientos específicos del crecimiento económico de cada región. Cómo se definirían estos requerimientos y qué consecuencias tendrían para la política de mayor igualdad social también propugnada por de la Madrid es algo que sólo la investigación nos podrá indicar.

"DESCENTRALIZACION DE LA VIDA NACIONAL"

Los cambios en las relaciones centro-locales del sector político, administrativo y social del gobierno se persiguieron principalmente bajo las modalidades de desconcentración y devolución, aunque cabe hablar de privatización si se considera que los recortes sufridos por la burocracia central que no fueron resarcidos por otros órdenes de gobierno disminuyeron la capacidad de oferta de servicios del Estado, oferta que entonces podían o deberí ser provista por la sociedad civil. La devolución y desconcentración de responsabilidades gerenciales, políticas y administrativas a los estados fue evidente en la salud²⁷, la educación²⁸, la vivienda y la reforma agraria²⁹. También se desconcentró en un principio la maquinaria electoral interna al PRI³⁰ y los instrumentos de presupuestación y planeación del desarrollo. Como ya se mencionó, la privatización de las empresas paraestatales fue una política fundamental del gobierno.

²⁷ M. de La Madrid, "Descentralización de la vida nacional", en Miguel de La Madrid *et al.* *La descentralización de los servicios de salud: El caso de México*, México, Miguel Angel Porrúa, 1986.

²⁸ S. Street, *La descentralización en la educación*, ponencia presentada en el seminario "La descentralización de la salud, la educación y la vivienda", México, Centro Tepoztlán, 1987.

²⁹ D. Levy & G. Székely, *Mexico. Paradoxes of stability and change*, (Second edition), Boulder Co., 1987, p. 167.

³⁰ W.A. Cornelius, "Political liberalization...", p.24.

La reducción en el tamaño de la burocracia central afectó a todos los sectores y órganos del gobierno federal. En el primer año se eliminaron 482 de las 1,115 Subsecretarías y Direcciones, representando un recorte del organigrama del orden de 43%. Este proceso desempleó al menos a 20,000 burócratas³¹, a los que se añadieron otros 20,000 en 1985, cuando se recortó otro 20% del organigrama³².

La desconcentración y devolución fueron coordinados por la Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP), por lo que esta misma Secretaría fue desconcentrada a la vez que se transfirió la responsabilidades de presidir los Comités para la Planeación del Desarrollo (COPLADES) a los gobernadores³³. El Presidente Miguel de la Madrid comprendía la "planeación descentralizada" como

...un imperativo para nuestra consolidación como sociedad equilibrada y plenamente desarrollada...la planeación nacional, democrática y participativa, es el instrumento fundamental de la descentralización. La planeación democrática concierne a las acciones de la federación con los estados y con los municipios, influye en sus procesos de diseño, ejecución y vigilancia de las comunidades mismas a través de sus organizaciones obreras, campesinas y populares...Consolidaremos las instituciones estatales de planeación para el desarrollo, e induciremos la creación de los instrumentos municipales de programación [34].

Como muchos de sus antecesores, de la Madrid intentó la desconcentración del sistema de representación del PRI, alejándolo de la estructura corporativa de intereses y basándolo en el principio territorial, sobre todo en el nivel municipal. La historia volvió a repetirse cuando los líderes sindicales y los gobernadores se vieron afectados en su capacidad de decisión en la selección de los candidatos y bloquearon las reformas³⁵.

³¹ J.I. Gentleman, *Mexican politics...*, p. 47.

³² D. Levy & G. Székely *Mexico. Paradoxes of stability and change*, p. 163.

³³ Sobre la historia de los COPLADE ver capítulo anterior.

³⁴ M. de La Madrid, "Descentralización de la vida nacional", p. 8-9.

La privatización del sector paraestatal había sido ya emprendida por López Portillo, quien redujo las 740 empresas heredadas del Echeverriato a 409. Al asumir el poder de la Madrid recortó en 25% su propia herencia y redujo en otro 50% después de la agudización de la crisis en 1985, quedándose ya entonces con menos de 150 empresas. El petróleo, la electricidad, los ferrocarriles y la banca se preservaron dentro del sector público bajo una nueva definición de la rectoría económica del Estado.

RACIONALIDAD DE LA DEVOLUCION DEL SECTOR SALUD

Los cambios en las relaciones centro-locales del sector salud pudieron haber tomado diferentes cauces, entre ellos la privatización, la desconcentración, la mayor delegación hacia agencias paraestatales, o la devolución. Con el fin de comprender las modalidades y peculiaridades de los cambios en este sector haremos una descripción de las fuerzas y conflictos que lo caracterizaron al momento de que se formulaban las políticas de cambio.

Con la crisis económica la presión sobre los servicios de salud aumentó, tanto por parte de sus beneficiarios como de sus trabajadores. Los servicios públicos de salud daban empleo a cerca de 300,000 trabajadores dentro de un mercado superavitario de recursos humanos. Un 17% de los médicos disponibles en el país estaban sin empleo o sub empleados en 1986, totalizando cerca de 13,500 individuos frustrados en sus expectativas profesionales³⁶. Esta situación resultaba potencialmente conflictiva, dada no sólo la creciente dependencia política del gobierno sobre los servidores públicos, sino también la probada combatividad en el pasado de los estudiantes y residentes de medicina³⁷.

³⁵ W.A. Cornelius, "*Political liberalization ...*", p.24.

³⁶ J. Frenk, *Medical modernization in Mexico: paradigms, labor markets, and the State*, ponencia presentada en el XVI Congreso de la Latin American Studies Association, New Orleans LA, 1988.

La seguridad social siempre se ha apoyado en la medicina privada al absorber ésta una parte importante de demanda de servicios de salud que la población derechohabiente realiza. Con la profundización de la crisis en 1983 los derechohabientes incrementaron la utilización de los servicios públicos, demandando por sólo este motivo un 12.6% de consultas adicionales en la seguridad social. Ante la saturación de estas instituciones pero la disminuída capacidad de compra, la población derechohabiente acudió a los servicios de la SSA, pese a que éstos están destinados a población abierta. Los derechohabientes reclamaron en la Secretaría hasta un 10% del volumen de consultas brindadas por las instituciones de seguridad social. La SSA también acolchonó los efectos de la crisis al absorber la demanda de los 1.9 millones de personas que perdieron la cobertura de la seguridad social al ser desempleados del sector formal, población que demandó consultas hasta por 5.2% del total brindado por la Secretaría en 1983. Otro 2% de consultas adicionales fue recibido por parte de las clases medias que, empobrecidas, dejaron de demandar servicios privados^{38,39}. Es muy claro que el sector público de servicios de salud estaba muy ligado a los cambios en la economía nacional, por lo que su privatización hubiera implicado no sólo agravar la situación social, sino también el desmantelamiento de un importante instrumento de legitimación y de control social. Los recortes presupuestales sufridos por la seguridad social —vinculados al incremento de su cobertura en estos años— atestiguan la voluntad del gobierno en el sentido de aumentar la cobertura sin incrementar paralelamente los gastos.

³⁷ E.P. Stevens, *Protest and propaganda in Mexico*, Boston MA, MIT Press, 1974, p. 127.

³⁸ Dirección General de Información y Estadística, *Efectos de la crisis económica sobre la salud*, México, SSA, 1985.

³⁹ M.A. González Block, "El traslape de la demanda..."

El panorama político internacional era muy desfavorable a una política de creciente socialización de los servicios de salud, situación que en parte explica porqué aumentó su cobertura con recursos decrecientes per cápita. El Banco Mundial lanzó en estos años una política de préstamos destinados a los servicios de salud atada a la privatización de la medicina curativa y a la participación del gobierno sólo en los programas preventivos de menor demanda y al subsidio de los grupos más pobres de la sociedad⁴⁰. Esta política fue acompañada de una mayor privatización de los servicios de salud en los países industrializados, que en los Estados Unidos se aparejó al "nuevo federalismo" del Presidente Reagan. Según Palmer y Sawhill, esta política implicó en el vecino país del norte

...una contrarrevolución... después de medio siglo de esfuerzos federales crecientes para estabilizar la economía, asegurar a los individuos contra el infortunio, redistribuir el ingreso y la oportunidad y responder a otras necesidades percibidas a nivel nacional. El núcleo de esta contrarrevolución es la filosofía de un gobierno más limitado. Su articulación por parte de un nuevo presidente más popular dio lugar a un debate fresco acerca de los propósitos del gobierno y sobre la habilidad de los individuos y de las instituciones para avanzar en un ambiente de asistencia federal disminuída [41].

La privatización estuvo muy ligada a la devolución e integración de programas bajo administraciones únicas. Se planteó la necesidad de que

...[los] programas sociales categóricos...sean consolidados en subsidios en bloque [*block grants*] y la autoridad sobre su operación devuelta [*devolved*] a los gobiernos estatales...[toda vez que] lograrían brindar mayores servicios a menor costo por las eficiencias administrativas y proveerían de un vehículo al objetivo de regresar la autoridad a los gobiernos estatales y locales [42].

⁴⁰ World Bank, *Financing health services in developing countries. An agenda for reform*, Washington D.C., The World Bank, 1987, p. 93.

⁴¹ Citado en J.K. Iglehart, "The Reagan record of health care", *New England Journal of Medicine*, 38 (1983), 232-236.

Este movimiento descentralizador fue parte de un nuevo enfoque tendiente a controlar la escalada de los costos de la seguridad social norteamericana, vinculados a la explosión tecnológica de por sí relacionada con la erosión de las ganancias en los productos más tradicionales⁴³.

Es altamente probable —aunque difícil de establecer con certeza— que la creciente dependencia de las agencias financieras internacionales y la influencia de los Estados Unidos haya hecho que México no pudiera menos que atender a las corrientes privatizadoras y limitadoras del vecino país del norte. Máxime que los servicios médicos de la seguridad social carecían de la más mínima regulación tendiente a limitar los costos con equidad, a la vez que estaban comprometidas con programas de solidaridad social que bien podrían percibirse como subsidios irracionales.

Las ayuda norteamericana dirigida al fomento del desarrollo sufrió una reducción importante, seguramente relacionada al recorte al gasto social de este país⁴⁴. Esto afectó señaladamente los programas de planificación familiar, sin que disminuyeran, sin embargo, las presiones tendientes a reducir el crecimiento poblacional. Paralelamente, México perdió oportunidades de acceder créditos de apoyo al desarrollo, al ser reclasificado por el Banco Mundial como país de ingresos medios.

La organización Mundial de la Salud había lanzado en 1978 la declaración de Alma Ata⁴⁵, en la que se establecía la meta de alcanzar "salud para todos para el año 2000", por medio de la estrategia de la atención primaria⁴⁶. La atención primaria de

⁴² *Ibid.*

⁴³ J.K. Iglehart, "The new era of prospective payment for hospitals", *New England Journal of Medicine*, 307 (1982), 1288-92.

⁴⁴ H.J. Wiarda, *Latin America at the crossroads...*, p. 40.

⁴⁵ WHO-UNICEF, *International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, URSS, 1978*.

⁴⁶ OPS-OMS, *Salud para todos en el año 2000. Estrategias*, Washington, OPS,

la salud planteó la mayor participación de los gobiernos en el financiamiento de la salud, priorizando la atención de los grupos más vulnerables y de la modificación de los principales factores que inciden en la salud. La "descentralización administrativa" —se argumentó— era necesaria para conseguir "salud para todos" por que:

Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar [47].

Al abogar por un aumento a los recursos nacionales como locales la declaración de Alma Ata favorecería la centralización sistémica entre niveles de gobierno. No obstante, se presta a ser interpretada en la práctica como una justificación del aumento en las cargas del nivel local y de la sociedad civil, a la vez que de la limitación de la participación del Estado en la provisión de servicios curativos muy seleccionados.

FORMULACION DE LA SECTORIZACION Y LA DEVOLUCION

La formulación de la política de salud del Presidente de la Madrid se realizó principalmente en la Coordinación de los Servicios de Salud (CSS), organismo que él mismo ideó en 1981 —siendo Secretario de Programación y Presupuesto— con el propósito de estudiar la integración de un Sistema Nacional de Salud. El Dr. Guillermo Soberón fue nombrado a dirigir la CSS poco tiempo después de haber cumplido su segundo periodo como rector de la Universidad Nacional Autónoma de México. Su nuevo nombramiento guardó estrecha relación con su gestión universitaria, especialmente con el logro de un acuerdo entre

1980, p. 113.

47 OPS-OMS, *Salud para todos en el año 2000. Estrategias*, p187.

las universidades del país, la Secretaría de Educación Pública y las instituciones de salud tendiente a regular los recursos humanos para la salud⁴⁸. Además, el Dr. Soberón gozaba de prestigio como un hábil negociador, después de haber rescatado a la universidad de los conflictos estudiantiles y laborales que la habían plagado desde 1968.

La CSS era en parte ajena al estilo de la política mexicana, donde las camarillas informales trabajan en dirección de maximizar los réditos políticos y minimizar la generación de conflictos a través de la tolerancia de redundancias y la indefinición de grandes planes o problemas. Como dicen Purcell y Purcell,

...más que planificar o establecer una línea de política gubernamental definida, el sistema en tiempos normales reproduce un flujo continuo de de decisiones públicas beneficiando primero a un grupo de élites y sus áreas de influencia, luego a otro...Este es esencialmente un proceso decisorio que favorece al *status quo* [49].

Soberón y su grupo de técnicos se dió a la tarea de obtener información de todo el sector y estudiar las vías hacia un Sistema Nacional de Salud capaz de proveer de servicios de buena calidad a la totalidad de la población, lo que implicaba superar el déficit de servicios para 14 millones de personas.

El IMSS y sus principales clientes se pusieron inmediatamente a la defensiva ante la amenaza de dominio por parte de la CSS. Fidel Velázquez, máximo líder de la Confederación de Trabajadores de México (CTM) y principal figura del corporativismo obrero fue de los primeros en protestar al sentir amenazados los servicios del IMSS. Ante declaraciones tempranas de Soberón respecto de los fines perseguidos por la CSS, Don Fidel fue con el Presidente a

⁴⁸ Salvo que se indique lo contrario, la información empírica de este capítulo proviene de la entrevista del 22.6.88 a un Ex-Funcionario, Coordinación de los Servicios de Salud.

⁴⁹ J.F.H. Purcell & S Kaufman Purcell, *The nature of the Mexican State*, Washington, 1980, p. 19.

protestar por la intromisión dentro de asuntos privativos al IMSS y sus afiliados. Soberón trató de apaciguar al líder diciéndole que la integración no implicaría la fusión, sino que sólo trataría de rebasar las ya desgastadas fórmulas de la coordinación con el fin de lograr la mejoría de los servicios. A pesar de las argucias semánticas, Soberón encontró una firme oposición a todo lo que se llamara integración, si bien se le ofreció colaboración con vistas a esfuerzos de coordinación tradicional, tendientes a lograr fines de mutuo beneficio. Desde entonces la CSS siempre se refirió a la relación interinstitucional como "coordinación programática", entendiéndose que, sin llegar a la fusión, la coordinación se daría en un más alto nivel y sobre decisiones estratégicas de cada institución.

Ante la amenaza de la integración el IMSS siguió un curso de acción distinto al de Fidel Velázquez, aunque a fin de cuentas complementario. Lejos de limitarse a una negativa que pudiera interpretarse como desafiante de las órdenes del Secretario de la SPP, el IMSS diseñó su propio curso de acción tendiente a anticipar la integración deseada, pero a su manera. En diciembre de 1981 el director del IMSS —Arsenio Farell Cubillas— acudió con el Presidente a pedirle que autorizara la fusión de todos los servicios rurales de la SSA con aquellos de IMSS-COPLAMAR, en torno a un Programa Nacional de Salud Rural bajo el mando del IMSS. El momento era muy significativo, puesto que de la Madrid se encontraba ya en campaña como candidato del PRI, mientras que el Secretario de Salubridad y Asistencia estaba ausente del país. El Presidente autorizó la propuesta en el acto e instruyó al nuevo Secretario de SPP, Ramón Aguirre Velázquez, de que recanalizara los fondos de la SSA de acuerdo al plan.

No obstante, Aguirre Velázquez seguía siendo fiel a de la Madrid y su equipo, por lo que llamó a Soberón para preguntar su opinión como Coordinador de Servicios de Salud. Soberón

opinó que el plan era improcedente, ya que dividiría la infraestructura de la SSA y dificultaría la conformación del Sistema Nacional deseado. Soberón acudió entonces con el Presidente con el propósito de frenar la fusión solicitada por Farell. Estando en la antesala se topó con el Secretario de Salubridad y Asistencia —Mario Calles López-Negrete, quien ignoraba del riesgo que corría su dependencia. No obstante, tal era la despreocupación del entonces Secretario que en su acuerdo con el Presidente antepuso otros asuntos y "olvidó" tocar el tema que tanto preocupaba a Soberón. El Coordinador de los Servicios de Salud fue enérgico con el Presidente y consiguió que retractara su decisión e instruyera a Farell que desde entonces cualquier decisión concerniente a las relaciones interinstitucionales habría de ser aprobada antes por Soberón.

La CSS no descartó la posibilidad de fusionar los servicios de la SSA con aquellos del IMSS y bajo la autoridad de ésta última. No obstante, cuando Soberón acudió meses después con Farell para discutir esta posibilidad el director del IMSS se negó a considerarla, diciendo que ya era inoportuna. No obstante, lo más probable es que la propuesta fuera improcedente por venir de la CSS, toda vez que en sus inicios había sido una medida tendiente a bloquear sus acciones.

La CSS tomó pronto consciencia de los formidables obstáculos en el camino de lograr el Sistema Nacional de Salud. La información que recibían de parte del IMSS a nivel central era poco confiable o en tal sobreabundancia que a los ojos de la CSS se dejó ver el propósito de dificultar su análisis sin que el Instituto pecara de desobediencia. Así las cosas Soberón y su equipo decidieron acudir al nivel estatal con el fin de evadir el poder del centralismo y establecieron convenios con los COPLADE en 20 estados con el fin de realizar diagnósticos y propuestas de integración en este nivel. La planeación desconcentrada logró importantes avances y aliados en los estados, lo que serviría de ejemplo para otras acciones una vez que de la Madrid asumió el poder.

Cabe resaltar aquí la estrecha relación que se dió entre la desconcentración de la CSS como respuesta a las fuerzas fragmentadoras ubicadas a nivel central y la propuesta que más tarde haría este organismo con el propósito de constituir los Sistemas Estatales de Salud

Al 15 de octubre de 1982 la CSS había concluído su análisis del sector salud y proponía tres grandes estrategias conducentes a un Sistema Nacional de Salud equitativo. Las estrategias fueron la sectorización, la "descentralización"⁵⁰ y la reforma administrativa. Las acciones estarían fundamentadas en un nuevo derecho constitucional a la salud. La CSS planteó que:

Hasta ahora se ha aceptado en México la existencia de dos sistemas diferentes de salud: uno, para aquellos que tienen acceso a los servicios de medicina privada o de seguros sociales, y otro, para quienes lo tienen únicamente, y en forma precaria, a las instituciones de asistencia pública. Sin embargo, emerge actualmente otro enfoque: apoyar un desarrollo equilibrado y armónico mediante el reconocimiento de que el derecho a la salud debe traducirse en la protección de la salud, que implica la accesibilidad de la población a servicios médicos homogéneos, completos, escalonados y permanentes, y de que la atención igualitaria es un requisito para la democratización de la sociedad⁵¹.

La política propuesta se fundamentó en un examen detallado de la historia, donde se rastreó la génesis de la fragmentación y centralización de la política de salud del país. Se denunciaron abiertamente los traslapes en la cobertura y la discriminación entre grupos privilegiados y marginados, todo ello resultante de las políticas de apoyo a la industrialización desde 1940. El centralismo —argumentaron— había minado la capacidad a los Servicios Coordinados para organizar servicios eficientes capaces de lograr la satisfacción del derecho a la salud. Las autoridades locales carecían de capacidad para planificar el desarrollo de la infraestructura, implantar los programas prioritarios, utilizar los recursos institucionales de manera

⁵⁰ Ambigüamente definida entre devolución, desconcentración y hasta delegación.

⁵¹ G. Soberón *et al.*, *Hacia un sistema nacional de salud*, México, UNAM, s.f., p. 13.

eficiente como para promover la capacitación del personal. Estas debilidades habían resultado en parte del énfasis dado al programa IMSS-COPLAMAR, en la medida en que su centralismo había llevado a los gobernadores a perder interés en la salud. Además, se agregó, los Comités para la Planeación del Desarrollo en los estados (COPLADE) enfatizaban más las necesidades del centro que aquellos del nivel local⁵².

A pesar de las precauciones recibidas por parte de Fidel Velázquez, el reporte de la CSS denunció que la "autonomía administrativa formal" de la seguridad social bloqueaba la coordinación programática efectiva:

Aunque se han realizado diversos esfuerzos para lograr la coordinación programática, a través de diversos mecanismos, las características institucionales y, sobre todo, su independencia administrativa formal, han representado un obstáculo para la adecuada planeación en salud [53].

El debilitamiento de la autonomía de la seguridad social se consideró fundamental si la autoridad sectorial nacional iba a poder:

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 sólo instancia y de acuerdo con objetivos claramente definidos [54].

Las estrategias propuestas por la CSS fueron entonces las de sectorizar o centralizar las decisiones clave —fusionando con este fin los programas más redundantes— a la vez que descentralizar las operaciones⁵⁵: Las estrategias serían:

⁵² *Ibid.* pp. 68-69.

⁵³ *Ibid* p. 263.

⁵⁴ *Ibid* p.264.

⁵⁵ *Ibid* p. 205.

- 190 - Descentralización y Reforma Estructural

1- Diseñar e implantar un modelo de servicios de salud escalonado y regionalizado.

2- Llevar a cabo las acciones de integración de los servicios de salud de tipo orgánico o estructural y funcional o programático.

3- Impulsar la descentralización de los servicios en el marco del federalismo.

4- Desarrollar un mecanismo participativo para la asignación de recursos a los programas de desarrollo económico y social.

5- Impulsar la participación de la comunidad en la administración de los servicios de salud y en el autocuidado de su salud.

6- Desarrollar centros nacionales de estudio e investigación [56].

La "sectorización" y la "descentralización" fueron pensadas como estrategias mutuamente complementarias, por lo que se propuso en una primera etapa la creación de un instituto descentralizado por función (delegado, según la terminología administrativa), los Servicios Nacionales de Salud. Dichos Servicios tomarían la responsabilidad operativa de la SSA y de sus Servicios Coordinados, permitiendo que la SSA asumiera sus funciones normativas sobre todo el sector. En una segunda fase se irían creando los Servicios Estatales de Salud bajo la responsabilidad política y administrativa de cada entidad (devolución en la terminología administrativa), a la que los Servicios Nacionales le transferirían sus responsabilidades. No obstante, se planteó la posibilidad de una transferencia directa a los estados y sin la necesidad de los Servicios Nacionales allí donde la capacidad administrativa local fuera adecuada⁵⁷.

La CSS no mencionó en detalle cómo habría de manejarse el programa IMSS-COPLAMAR, dejando abierta las alternativas de su fusión a los Servicios Estatales, la simple coordinación programática, o inclusive la fusión con los servicios de la Secretaría bajo un sistema a cargo del IMSS⁵⁸.

La CSS sugirió que las autoridades estatales "descentralizadas" podrían participar por medio de un Sistema

⁵⁶ *Ibid* p. 197.

⁵⁷ *Ibid*. p. 306.

⁵⁸ *Ibid*. p. 310.

Permanente de Planeación al que acudirían también autoridades regionales y nacionales. Dicho sistema sería constituido al refuncionalizar el Consejo de Salubridad General creado por la Constitución en 1917 y hacer miembros de dicho organismo a los directores estatales. Lo que se buscó fue una forma de preservar la autoridad del centro frente a los servicios autónomos estatales, lo que la ingerencia del Presidente sobre el Consejo podría lograr⁵⁹.

Con el fin de unificar al sector salud bajo una autoridad efectiva la CSS propuso desfasar o relegar al Gabinete de Salud creado al principio del sexenio de López Portillo como un primer intento de unificar las decisiones sobre política de salud⁶⁰. Se planteó que el Gabinete

...no deberá desplazar, en cuanto a las funciones de planeación, a la Secretaría que encabece al Sector. De otra forma, la responsabilidad del organismo sectorial se diluiría entre muchos titulares, al tiempo que disminuiría las posibilidades de un trabajo eficaz por parte de una dependencia del propio Ejecutivo [61].

La nueva propuesta de sectorización abarcó firmemente a todas las instituciones del sector público, rebasando las serias limitaciones del decreto sectorizador de septiembre de 1982. La seguridad social y los servicios de las empresas públicas y del Departamento del Distrito Federal quedaron clasificadas bajo la "coordinación programática". No obstante, la medicina privada siguió quedando relegada del control estatal, planteándose sólo su "inducción", a los objetivos y metas nacionales. Ello a pesar de que la CSS le atribuía el 20% de la infraestructura médica disponible, incluyendo un tercio de las camas hospitalarias y el manejo del 65% de los productos farmacéuticos⁶².

⁵⁹ *Ibid.* p. 309.

⁶⁰ *Ibid.* p. 278.

⁶¹ *Ibid.* p. 278.

⁶² *Ibid.* p.69.

LEGISLACION Y RECEPCION DE LAS NUEVAS POLITICAS

El Presidente electo Miguel de la Madrid y sus consejeros más cercanos analizaron la propuesta de la CSS en octubre de 1982, asumiéndola en su totalidad y sin cambios como marco de la política de salud del nuevo gobierno. El Presidente electo pidió a Soberón que conjuntara su propuesta con los resultados de la consulta popular sobre salud organizada por el Dr. Leobardo Ruíz. En la misma reunión de la Madrid solicitó la colaboración de Soberón dentro de su gabinete y le pidió que preparara las iniciativas de ley que brindaran el marco legal al Sistema Nacional de Salud.

La base constitucional del Sistema Nacional de Salud fue dada con la reforma al artículo 4º constitucional, donde se declaró que la salud es un derecho de todo ciudadano y que el Estado tiene la obligación de proveer los medios que faciliten su cumplimiento. La justificación del nuevo artículo 4º constitucional no deja dudas respecto de la intención de apoyar a la nueva autoridad sectorial en el combate de la fragmentación ancestral:

Si lo avanzado es satisfactorio para la Nación, no puede dejarse de reconocer que aún se aprecian graves carencias que no por antiguas son menos lacerantes: todavía no se alcanza el objetivo de la plena cobertura; en algunas áreas existe un manejo dispendioso de recursos y una operación desarticulada; más aún, se advierte una dolorosa discriminación en el campo de la salud...No hemos sido capaces de establecer un sistema nacional de salud...La descoordinación de las distintas dependencias y entidades públicas que actúan en el campo de la salud, genera duplicidades, contradicciones, dispendios de esfuerzos, derroche de recursos y pérdida de tiempo, siempre en perjuicio de México y de los mexicanos [63].

El Congreso también autorizó cambios a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, donde se establecieron las

⁶³ México, "Exposición de motivos correspondiente a la iniciativa de adición al artículo 4o constitucional", en G. Soberón *et al. Derecho constitucional a la protección de la salud*, México, Miguel Angel Porrúa, 1983, p. 173.

nuevas responsabilidades de la SSA como autoridad sectorial. Estas serían:

Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios de salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen [64].

A pesar de la promesa de "preservar y fortalecer la autonomía técnica y orgánica de las entidades sectorizadas"⁶⁵, las nuevas funciones de la Secretaría le permitieron ser parte de los Consejos de Gobierno de las instituciones de seguridad social, con lo que se minó la autonomía política que sustentaba al ámbito técnico.

De la Madrid asumió el poder el 1º de diciembre de 1982 y dió a Soberón las prerrogativas esperadas de la nueva cabeza del sector salud. El Presidente le solicitó sugerencias de personas a fungir como directores médicos del IMSS y del ISSSTE y apoyó la participación del Secretario como miembro de los cuerpos de gobierno de los Institutos. El Presidente también instruyó a los directores generales de la seguridad social de que acudieran con la cabeza del sector a recibir instrucciones. Esto ocurrió según lo esperado con el director del ISSSTE, no así con el del IMSS, el Lic. García Sáinz. Al no acudir con él, Soberón fue en búsqueda de García Sáinz, quien dijo no haber entendido las instrucciones presidenciales. Cuando Soberón se las aclaró, García Sáinz negó cualquier posibilidad de participación del secretario en el Consejo Técnico del Instituto, aduciendo a que el Congreso del Trabajo lo vetaría. Poco tiempo después Fidel Velázquez hizo contacto con Soberón y protestó sus intenciones intervencionistas, recordándole el acuerdo al que habían llegado meses antes y

⁶⁴ México, *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal*, Art. 39.

⁶⁵ Citado en C. Váldez Olmedo *et al. Sistema Nacional de Salud. Avances y Perspectivas*, México, SSA, p. 42.

donde, según don Fidel, Soberón había prometido no entrometerse en los asuntos internos del Instituto. Soberón trató de convencerlo de las bondades de su participación dentro del Consejo Técnico, diciendo que en esta forma él podría autorizarle los presupuestos al Instituto sin necesidad de que acudieran a SPP. Fidel Velázquez no aceptó esta argumentación. Cabe considerar que el asentimiento con esta medida hubiera alejado al IMSS de la esfera de negociación económico-social que se da en el seno de SPP y donde la salud es secundaria.

Ante las barreras a la sectorización Soberón acudió con el Presidente, quien consiguió finalmente su participación dentro del Consejo Técnico. No obstante, mientras que Soberón había sido nombrado Presidente de la Junta de Gobierno del ISSSTE, en el IMSS sólo consiguió ser nombrado como un miembro más del grupo de 12 representantes tripartitas y bajo la presidencia del director general. Esta posición restó poder y prestigio a la figura del Secretario, ya que apareció tan sólo como un representante más del gobierno, quienes habían sido siempre los menos influyentes en el Consejo⁶⁶.

La primera sesión del Consejo Técnico a la que asistió el Secretario a dos semanas del nuevo gobierno resultó muy problemática para el IMSS⁶⁷. La sesión comenzó con la discusión del reporte de una auto-evaluación realizada por el programa IMSS-COPLAMAR, cuya tónica era una demostración de los logros de la colaboración del Instituto con la política sanitaria del gobierno federal. En el reporte se mencionó una cobertura de 18 millones de habitantes del programa IMSS-COPLAMAR y se proponía ampliarla a la totalidad de la población aun desamparada. Lejos de elogiar los logros y propósitos del IMSS, el Secretario refutó las afirmaciones, señalando que estudios realizados por la CSS habían demostrado que el programa sólo cubría entre 10 y 11 millones de habitantes.

⁶⁶ El escaso poder de los delegados del gobierno federal ante el Consejo Técnico es en virtud de que quién representa directamente al Presidente ante el Consejo es el Director General del Instituto.

⁶⁷ IMSS, *Minutas de la sesión del H. Consejo Técnico del IMSS, celebrada el 15 de diciembre de 1982*, México, IMSS, mecanoscrito.

Ante la impugnación los consejeros encomendaron un nuevo estudio al propio IMSS-COPLAMAR, sin que fuera invitada la SSA a participar en su realización⁶⁸.

Durante la misma sesión del Consejo Técnico se evidenció un desacuerdo entre los consejeros, donde se puso en entredicho la legalidad de las acciones del IMSS en el manejo del programa de solidaridad social. Esto sucedió a raíz de la sugerencia por parte del programa IMSS-COPLAMAR de que se ampliara el Programa Nacional de Solidaridad Social a la totalidad de la población desamparada. La sugerencia tenía el claro propósito de que su aceptación en presencia del Secretario asegurara la vida del programa, frente a las amenazas de fusión de los servicios a población abierta. No obstante, el Secretario del Consejo hizo un comentario que suscitó toda una controversia: Objetó que se inmiscuyera en la propuesta de ampliación de IMSS-COPLAMAR al Programa Nacional de Solidaridad Social, diciendo que:

Nosotros tenemos un programa de Solidaridad Social que la Asamblea año con año dota de una cantidad determinada...siento una especie de confusión entre IMSS-COPLAMAR y esa labor que desarrollamos en el Instituto de solidaridad social que nunca debe confundirse. Porque precisamente creo que el éxito de este programa [IMSS-COPLAMAR] fue el planteamiento desde un principio en el que los tres sectores hicimos mucho incapie de aceptar aquello como una colaboración con el Ejecutivo Federal y mediante un contrato en el cual se definió clarísimamente que este plan de solidaridad al campo era obra del Ejecutivo Federal con sus propios recursos que nos restituiría y el Instituto le dió una cosa que tiene un gran valor, pero que no ha significado tangiblemente un costo a cargo del Instituto...[M]e preocuparía que llegáramos a confundir los términos, porque esto debe estar perfectamente separado ya que una cosa es lo que destinemos como Instituto a solidaridad social y otra cosa es la aceptación de hacernos cargo en forma transitoria puede ser, por los años que el Ejecutivo así lo considere conveniente, pero no como una obligación propia, sino como una colaboración que quisimos darle con muchísimo gusto al señor Presidente de la República para que iniciara esta labor en el campo [69].

⁶⁸ El estudio presentado más tarde confirmó la cobertura propuesta por el Dr. Soberón, asignándola en 9,653,129. No obstante, se insistió en que había una cobertura potencial de 18,053,667. Ver IMSS, *Informe al H. Consejo Técnico*, México, mimeo, s.f. p. 9.

Otro consejero habló inmediatamente en defensa de la separación entre solidaridad social y el programa IMSS-COPLAMAR, diciendo que en el pasado el Consejo había dado instrucciones de que se mantuvieran por separado las cuentas de cada programa, puesto que en una contribuía el IMSS, y en la otra no. Sin embargo, la confusión fue total cuando el Presidente del Consejo informó que

Existía el programa de solidaridad social en el que había una contribución de acuerdo a la ley vigente desde 1973. Sin embargo, hasta mi nivel de información y de las cifras a las que he tenido acceso, al arrancarse en una escala totalmente distinta el Programa IMSS-COPLAMAR, de hecho se difirió, se pospuso, desapareció por llamarlo de algún modo, el programa de solidaridad social, incorporándose en conjunto al Programa IMSS-COPLAMAR, de tal manera que lo que hay ahorita es una sola cuenta IMSS-COPLAMAR con clarísima distinción frente a las cuentas generales del Instituto. Si la contribución de los 450 ó 600 millones aprobados en algún año por la Asamblea quedó desincorporado porque el total de los costos lo absorbió la Federación [70].

Esta declaración inesperada aceptó que el IMSS había dejado de cumplir con el mandato legal —expedido en 1973— de costear una parte del Programa de Solidaridad Social. La declaración sugiere también que los miembros del Consejo Técnico consideraban al programa IMSS-COPLAMAR como una forma de mantener a un mínimo el cumplimiento de las aún vigentes obligaciones legales. La revelación de esta situación —comprometedora al estar presente el Secretario de Salubridad y Asistencia— al parecer motivó a otro consejero a decir que:

Para nosotros es una novedad lo que se está indicando, porque además tenemos que responderle a la Asamblea del gasto que se estableció y a donde nosotros pagábamos el 40 por ciento por una parte, y el ejecutivo federal el 60 por ciento en los planes de solidaridad social, distintos de los de IMSS-COPLAMAR. No hubo ningún acuerdo de Consejo autorizando la fusión de los dos sistemas, no lo hubo, no lo hubiéramos aprobado por la sencilla razón de que era un asunto en donde teníamos nosotros muchísimo

⁶⁹ IMSS, *Minutas de la sesión del H. Consejo Técnico...* p. 26.

⁷⁰ *Ibid.*, p.35.

cuidado desde el primer momento en separar los conceptos...De tal manera que si les parece a ustedes podríamos rogar al señor Director general que en el siguiente o siguientes reuniones agotemos este tema de IMSS-COPLAMAR, de solidaridad social, todos estos aspectos en que está de por medio algo de gran importancia que es la salud en el campo. Tanto más que existen ciertas resoluciones en los términos de Iniciativas de Ley enviadas al Congreso, sobre problemas de salud. El señor Secretario de Salubridad está más enterado que todos nosotros. Y en esas condiciones, claro está que *mientras no lo apruebe el Congreso no hay una Ley al respecto* [Nuestro énfasis] [71].

El Secretario de Salubridad y Asistencia no participó en este debate, si bien la referencia que se le hizo al final denotó claramente que la confusión entre los consejeros y el afloramiento de las razones detrás de IMSS-COPLAMAR habían debilitado la defensa del programa frente a las iniciativas de ley que el Secretario estaba impulsando en dirección de la sectorización.

Durante la siguiente reunión del Consejo Técnico se aclaró que, en efecto, siempre se habían mantenido las cuentas separadas de los dos programas y que lo único que se había fusionado era su programación y administración. No obstante, el reporte decía explícitamente que las contribuciones del IMSS habían disminuído del 14.5% en 1979 a 8.2% en 1982. Este decremento se justificó aduciendo a que el Instituto se había visto obligado a proteger el balance financiero de las prestaciones de la población asegurada, según lo dicta el artículo 239 del reglamento interno del IMSS⁷². A fin de cuentas, el IMSS manejó como un todo la economía política de la solidaridad social, transfiriendo a los aportes federales el 43.4% de las obligaciones establecidas por la ley de 1973.

Era evidente que el Consejo Técnico del IMSS estaba exponiendo al exterior demasiados "secretos" políticos, guardados celosamente tras años de autonomía. No sorprende entonces que a raíz de estos eventos el Consejo Técnico optó

⁷¹ *Ibid.*, p. 36.

⁷² IMSS, *Informe al H. Consejo Técnico...*p. 9.

por aislar al Secretario de este cuerpo decisorio⁷³. Desde entonces la agenda fue repleta de asuntos triviales, como la ventilación de quejas de derechohabientes particulares. Además, el IMSS comenzó a boicotear otras áreas de la sectorización, como la integración de los Grupos Interinstitucionales de Salud que se dedicarían a la elaboración de normas sectoriales. Al ver que la presencia de la cabeza de sector dentro del Consejo Técnico obstaculizaba el logro de las metas de la sectorización, Soberón no volvió a participar como consejero y envió desde entonces en su representación al Subsecretario de Planeación.

Soberón utilizó canales más cercanos a la autoridad del Presidente con el fin de implantar la sectorización, especialmente al Gabinete de Salud y el Consejo de Salubridad General, cuerpos que la CSS había considerado en su momento como estorbos potenciales para la sectorización⁷⁴. El acudir a ellos significó entonces el fracaso de la SSA como autoridad única del sector, teniendo que aceptar la dispersión de su poder bajo la ingerencia de otras instancias de planeación. Fue en el seno de la primera reunión del Gabinete de Salud que el Presidente de la Madrid estableció las líneas generales de la sectorización y la "descentralización" frente a los Directores Generales de todas las instituciones de salud del gobierno federal. El Presidente dijo que

La integración del sector salud tiene dos modalidades; en primer lugar, una coordinación funcional y programática de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Instituto Mexicano del Seguro Social y del ISSSTE; pero también debemos caminar con la prudencia, pero con la firmeza y perseverancia suficientes a la integración orgánica a nivel de cada uno de los Estados de la República, respecto a los servicios de salud a población abierta [75].

⁷³ Entrevista 29.6.88, Secretario de Salud.

⁷⁴ G. Soberón *et al.*, *Hacia un sistema nacional de salud*, p. 278.

⁷⁵ México, *Instalación del Gabinete de salud del poder Ejecutivo*, México, enero de 1988.

La sectorización se limitó en la práctica a la ejecución de programas muy seleccionados y de claros beneficios para la mayoría de los participantes, como la configuración del cuadro básico de medicamentos y el nombramiento de diversos Consejos, como el de Formación de Recursos Humanos, el Consejo Contra las Adicciones y el Consejo Nacional de Prevención del SIDA. También se formaron los grupos interinstitucionales con la misión de establecer una normatividad homogénea al sector. No obstante, sólo logró realizar la mayor parte de sus metas el grupo de planificación familiar, toda vez que allí siguieron confluyendo algunos recursos internacionales que por virtud de la sectorización fueron controlados por la Secretaría ^{76,77}. En la mayoría de estos grupos el IMSS se limitó a una participación simbólica con funcionarios de bajo nivel.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

La política de sectorización fue formulada con el propósito de racionalizar la política de salud, proponiendo la ciudadanía como principio supremo de asignación de recursos. Se buscó con ello rebasar la diversidad y competencia entre los criterios de asignación basados en el poder de compra, de la posición en el trabajo o bien por el principio de la caridad y la asistencia⁷⁸. No obstante, el derecho a la salud y la sectorización no iban a eliminar las fuentes de estos principios alternativos y concretos de legitimación; más bien, era una respuesta a esta diversidad, una forma de amalgamarla y de asimilar sus conflictos. Como dijo Kaplan en su apología de la sectorización:

⁷⁶ Se formaron grupos interinstitucionales en las siguientes áreas: programación, información, evaluación, asistencia, salud materno-infantil, educación para la salud, efectos medioambientales en la salud, mínimos de salud, planificación familiar, programas preventivos, y salud ocupacional y rehabilitación.

⁷⁷ Sector Salud, *Documentos elaborados por los grupos interinstitucionales en 1983*, México, Sistema Nacional de salud, 1984.

⁷⁸ J. Frenk and A. Donabedian, "State intervention in medical care: types, trends and variables", *Health Policy and Planning*, 2 (1987), 17-31.

- 200 - Descentralización y Reforma Estructural

Las decisiones para una política, y para la prestación de los servicios de la salud, se dan, se cumplen, producen resultados, dentro de un *ambiente político general de la política y de los servicios de salud...* A esta pluralidad, heterogeneidad y complejidad de los *centros de interés, de poder y de decisión...* se debe una *proliferación de racionalidades*: de actores, de funciones, de fines...Ello implica el desarrollo de un Sistema Nacional de Salud, sobre la base y dentro de los marcos de un Sistema Nacional de Planeación [79].

La pugna por los recursos a través de los distintos principios de organización se vió acrecentada con la sectorización, al amenazarse la autonomía de la seguridad social. El decremento de las recursos disponibles a la seguridad social *vis-à-vis* la población abierta hicieron efectivo uno de los principios de la sectorización, si bién fue un resultado obtenido fuera de la negociación sectorial. En efecto, los decrementos se explican en gran parte por un aumento a la población cubierta por la seguridad social y a menores aportes federales, ambas políticas establecidas directamente por el jefe del ejecutivo. La sectorización no consiguió que el Secretario de Salud tuviera una ingerencia directa sobre la planeación y presupuestación de la seguridad social, limitándose a ser sólo comentarista del proceso y a emitir normas de caracter optativo.

El IMSS o cualquier otra institución o grupo social tuvo muy poca ingerencia directa sobre la Coordinación de los Servicios de Salud y su formulación de las políticas de sectorización y "descentralización". Las influencias fueron sólo reactivas y limitativas, dejando a pesar de ello amplio espectro para la formulación y legislación de las medidas. Esta situación llevó a que se debatiera la cuestión entre los grupos del poder estatal en el terreno de la implantación, modificándose —en ocasiones erráticamente— las propuestas originales.

⁷⁹ M. Kaplan, "El derecho a la protección de la salud y el estado social de derecho", en G. Soberón *et al.*, *Derecho constitucional a la protección de la salud*, p. 58.

VIII

Implantación de la Devolución

En este capítulo se analiza el proceso de implantación de la política "descentralizadora" en las distintas fases y definiciones que le fueron propias. Si bien los principales actores son la SSA y el IMSS, también se analizan las pugnas al interior de la Secretaría como determinantes de la definición e implantación. Seguidamente se analiza la adopción selectiva y la interrupción de la implantación, sacando conclusiones a partir de este análisis sobre las relaciones de poder en pugna y su postura frente a la política "descentralizadora".

PUGNA POR LA DEFINICION DE LA POLITICA

El proceso de formulación de la política de salud de la administración de Miguel de la Madrid fue un proceso más técnico que político, llevado a cabo principalmente por expertos en la Coordinación de los Servicios de Salud. De allí que el resto de los trabajadores de la salud y el público en general sólo tuviera acceso a sus postulados básicos, por medio de las reformas al artículo 4º constitucional y de las iniciativas de ley, como la Ley General de Salud. Tanto los funcionarios de la SSA como del IMSS y del ISSSTE pudieron entonces formarse sus propias ideas sobre el significado de la política de "descentralización" y sobre las estrategias disponibles para sacar provecho de las oportunidades, o bien para defenderse de sus efectos negativos.

La "descentralización" se interpretó inicialmente como un mandato en el sentido de continuar el proceso de

desconcentración de funciones iniciado por López Portillo, tanto en el IMSS como en la Secretaría de Salud. Dicha interpretación fue promovida por el enfoque fundamentalmente desconcentrador y confinado a la SSA que avanzó el Secretario del ramo en el seno del Gabinete de Salud al iniciarse el sexenio. Soberón estableció que.

La descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas supone fundamentalmente la redistribución de competencias entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia y las entidades federativas y los municipios, el traslado consecuente a estas instancias de funciones, programas y recursos para la operación de los servicios, conservándose las atribuciones de planeación, normatividad, control y evaluación [1].

No es de sorprender entonces que el IMSS procedió a implantar su propia versión de la descentralización. Cuando se extinguió COPLAMAR —política del sexenio anterior— el Presidente decretó que los servicios de salud a su cargo fueran responsabilidad exclusiva del IMSS, bajo el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria establecido en 1973. La desaparición de COMPLAMAR delegó entonces responsabilidades federales a un organismo paraestatal, si bien la federación continuó con su compromiso de financiar al 100% las unidades médicas creadas bajo COPLAMAR².

Paralelamente a la delegación de IMSS-COPLAMAR, el IMSS amplió la participación oficial en los Consejos Estatales de Solidaridad Social, dando cabida a la SSA, la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología y a la Secretaría de Programación y Presupuesto. Esta medida pretendió profunizar la desconcentración iniciada en el sexenio anterior, a la vez que crear ampliar el ámbito de control del programa de Solidaridad Social dando así cumplimiento con la sectorización. Como dijo el Director General del IMSS al anunciar estos cambios:

¹ México, *Instalación del Gabinete de salud del poder Ejecutivo*, México, enero de 1988.

² El Programa de Solidaridad Social siguió llamándosele informalmente después de la extinción de la COPLAMAR como "programa IMSS-COPLAMAR".

- 203 - Descentralización y Reforma Estructural

...se ha instrumentado un sistema de acción comunitaria que se sustenta en el trabajo organizado de Comités de Salud, los cuales se forman en cada comunidad auxiliados y asesorados por el personal del IMSS y la acción coordinadora de un Consejo Estatal de Vigilancia, integrado por las diversas autoridades del sector salud, Gobierno Estatal, Municipal y dirigentes de las asociaciones campesinas e indígenas...Esta nueva concepción de la salud comunitaria como pivote del desarrollo comunal y regional, es la más clara expresión de un proceso de desconcentración operativa y de un esfuerzo serio, maduro y consistente para propiciar el establecimiento de una sociedad más igualitaria y hacer efectivo el derecho constitucional a la salud, acorde a los principios filosóficos que animan los propósitos de la presente administración [3].

A la vez que el IMSS implantaba su propia versión de la descentralización, descalificó ante los gobernadores la capacidad de la SSA para recibir el programa de solidaridad social. La crítica estaba referida a la capacidad de la SSA como órgano aplicativo, desconociéndose la propuesta de crear los Servicios Estatales de Salud que, según las propuestas de la Coordinación de los Servicios de Salud, habrían de desarrollar la capacidad aplicativa de los Servicios Coordinados. El IMSS argumentó que los Servicios Coordinados carecían de la infraestructura administrativa necesaria para asimilar su vasto programa, lo que implicaría irremediablemente su deterioro al ínfimo nivel de los servicios de la Secretaría. Además, la Secretaría no podría sufragar costos administrativos en que incurría el propio Instituto voluntariamente⁴. Los resultados de la "descentralización" integrativa no podrían menos que ser negativos para el IMSS:

La política de descentralización, propósito encomiable, debe ser paulatina y reflexiva, sin embargo, su expresión pública, lejos de crear conciencia para su adopción, ha provocado inquietud e inestabilidad del personal y de las propias comunidades, quienes advierten con justificado temor, no la superación de una etapa, sino el regreso a condiciones de ineficacia operativa o de inexistencia de servicios [5].

³ IMSS, *Consideraciones sobre la descentralización del programa IMSS-COPLAMAR*, México, IMSS, mecanoscrito, abril de 1983, p. 4.

⁴ *Ibid.*, p. 9-11.

La SSA respondió con titubeos y contradicciones ante los ataques del IMSS y el *fait accompli* de la desconcentración de IMSS-COPLAMAR. Hacia marzo de 1983 la Secretaría definió una estrategia tendiente a la "descentralización", dirigida por una "Comisión para la Descentralización de la SSA", donde se planteó dar continuidad a la desconcentración iniciada en la administración anterior. El único cambio fue que ahora se "buscaría la participación de las entidades federativas en la actividad sanitaria"⁶. Fue sorprendente la falta de propuestas imaginativas que desarrollaran el amplio y detallado programa propuesto por la Coordinación de Servicios de Salud.

Frente a los ataques del IMSS, la SSA mostró una actitud defensiva. Los asesores del Secretario ensalsaron las virtudes de su dependencia y cuestionaron los reclamos de excelencia y eficiencia del programa IMSS-COPLAMAR. Según ellos el programa sólo era un instrumento de promoción de la imagen de su Director General, única razón que tenían para conservarlo. Brillaron por su ausencia los análisis de fondo del conflicto, como las propuestas audaces tendientes a superarlo a favor del Sistema Nacional de Salud.

Sólo el Oficial Mayor, Lic. Ruíz Massieu, hizo una propuesta concreta —aunque también teórica y vacilante— ante el reto de dar sentido concreto a la "descentralización":

La descentralización del programa, *en su caso*, tendrá que ser gradual a fin de que no se deteriore la prestación de los servicios por falta de capacidad técnica y administrativa...Desde un punto de vista teórico la SSA debe examinar distintas opciones: a) Descentralización de IMSS-COPLAMAR a los estados con integración orgánica de SSA; b) Descentralización de IMSS-COPLAMAR a los estados sólo con integración programática con SSA en un Sistema Estatal de Salud; c) Mayor injerencia del gobierno del estado en IMSS-COPLAMAR más la opción b) [7] [Nuestro énfasis].

⁵ *Ibid.*, p. 11.

⁶ SSA, "Acuerdo que crea la Comisión de la Descentralización y Desconcentración de la Secretaría de Salubridad y Asistencia", *Salud Pública de México*, 25 (1983), 331-332.

⁷ SSA, *Comentarios del oficial Mayor al documento del IMSS sobre la posibilidad de descentralizar el programa IMSS-COPLAMAR*, México, mimeo, s.f.

Hacia agosto de 1983 el Presidente expidió el primer decreto orientador de la política descentralizadora, otorgando a la SSA las facultades para coordinar el proceso. No obstante, quedó sin mencionarse el papel del IMSS y el destino del programa IMSS-COPLAMAR⁸. Más aún, se definía el proceso exclusivamente como de desconcentración de la Secretaría, facultando a los gobernadores a participar en los servicios de salud por medio de consejos estatales⁹.

En noviembre de 1983 la Secretaría produjo el primer borrador de un "Plan para la Descentralización", donde se llamó a la desconcentración del programa IMSS-COPLAMAR bajo la estructura del IMSS y a su "coordinación programática" con los Servicios Coordinados en cada entidad. Por vez primera apareció una mención a la "descentralización" integrativa de servicios, que se llevaría a cabo sólo de manera "piloto" en tres estados y en el Distrito Federal.

Paralelamente a estas acciones la SSA se dió a la reforma administrativa y a la desconcentración interna, procesos que respondían sobre todo a las medidas de austeridad. Con este fin se eliminaron 60 Direcciones Generales, transfiriéndose sus funciones a las jefaturas estatales o a viejas y nuevas Direcciones Generales globalizadoras. Entre las Direcciones Generales eliminadas estuvo la de Servicios Coordinados, que fue reemplazada por la Dirección de Coordinación Regional, de mucho menor tamaño y sólo con las funciones de relacionar a las jefaturas estatales con las Direcciones substantivas y de planeación.

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 SSA para llevar adelante el cambio estructural propuesto. El Secretario se vió ante un dilema:

⁸ Diario Oficial (1983); 30 de agosto, p.11-13.

⁹ M. de la Madrid *et al.* *La descentralización de los servicios de salud: el caso de México*, México, Porrúa, 1986, p. 252.

"fortalecer los servicios de salud para descentralizarlos, o descentralizarlos para fortalecerlos". La coyuntura le llevó a optar por la segunda alternativa, si bien se preocupó por que al momento de la descentralización se reforzara aunque fuera mínimamente a los servicios estatales¹⁰.

Fue en este contexto que la SSA definió la "descentralización" como devolución, lo que llevó a un cambio de estrategia. El Secretario echó mano del Oficial Mayor, Ruíz Massieu, cambiándolo al puesto de Subsecretario de Planeación¹¹. Más experimentado, audaz y con el adecuado apoyo político ante SPP, Ruíz Massieu se propuso "descentralizar" hasta 12 estados de manera definitiva y antes de 1986. El IMSS no se quedó a la expectativa y propuso —como ya lo había hecho con López Portillo— que se fusionaran las unidades rurales de la Secretaría en torno al programa IMSS-COPLAMAR. Lo novedoso esta vez fue que estas medidas darían cumplimiento a la "descentralización", toda vez que IMSS-COPLAMAR ya operaba de manera desconcentrada. Se argumentó que de esta forma se asegurarían las bases para establecer servicios estatales sólidos.

La nueva propuesta del IMSS fue muy diferente a lo que el gobierno federal pretendía, ya plenamente definida como una descentralización bajo la modalidad devolucionaria e integrativa. El IMSS publicó en apoyo a su propuesta un "diagnóstico de salud", donde glorificó las acciones del programa y anunció unilateralmente su extensión por medio del Sistema Nacional de Salud Rural:

En atención a los planes sectoriales y a las políticas que ha definido el estado mexicano para el sector salud, se contempla como propósito a lograr en un futuro próximo la protección de la salud del total de la población rural mediante la constitución de un Sistema Nacional de Salud Rural o bien de un Subsistema de Salud. Para esto se plantea la posibilidad de incorporar al

¹⁰ Entrevista 29.06.88, Secretario de Salud.

¹¹ Ruíz Massieu ya había tenido experiencia en la implantación de la desconcentración de la Secretaría en el sexenio anterior, cuando fungía como Director de Asuntos Jurídicos.

- 207 - Descentralización y Reforma Estructural

Programa Nacional de Solidaridad Social los Centros de Salud "C" que actualmente opera la Secretaría de Salubridad y Asistencia en localidades menores de 10,000 habitantes [12].

El Director General del IMSS se embarcó en una campaña de promoción de su propuesta y de desprestigio de aquella de la Secretaría, dirigiéndose personalmente con los gobernadores. Ante la imposibilidad de diálogo el Secretario rechazó de nuevo los argumentos, viendo en ellos sólo un truco para reducir las posibilidades del Sistema Nacional de Salud^{13,14}.

IMPLANTACION DE LA POLITICA "DEFINITIVA"

Hacia principios de 1984 el conflicto entre la Secretaría y el IMSS era intenso y preocupante, ya que amenazaba la capacidad normativa de la para entonces reducida y rebautizada Secretaría de Salud. La nueva estructura de la Secretaría ya no estaba orientada a operar servicios, lo que hacía impostergable la participación de los gobiernos estatales. Además, si no se daba la devolución y fracasaba la sectorización, la Secretaría de Salud se quedaría con muy poco que normatizar¹⁵.

Preocupado por la situación, Soberón denunció ante el Presidente la campaña de desprestigio que García Sáinz había orquestado, solicitando del Presidente una decisión a favor de la propuesta de la Secretaría de Salud. El Presidente procedió a expedir en marzo de 1984 un segundo decreto que significó el *ultimatum* para la extinción del programa IMSS-COPLAMAR¹⁶. Por vez primera el Presidente dejó en claro que la

¹² IMSS, *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México*, México, IMSS, 1983, p. 41.

¹³ Entrevista 29.06.88, Secretario de Salud.

¹⁴ En el capítulo anterior se abunda sobre la política de sectorización y la fortuna que tuvo el Secretario frente al IMSS.

¹⁵ Entrevista 4.12.87, Funcionario, Oficialía Mayor, SSA.

¹⁶ Entrevista 9.12.87, Funcionario, Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR.

"descentralización" habría de integrar a dicho programa bajo la autoridad de los Servicios Estatales, la normativa de la Secretaría de Salud y por medio de un Comité Nacional para la Descentralización compuesto de representantes de las dos instituciones en cuestión^{17,18}. La implantación de la devolución integrativa quedó así bajo la autoridad de la Secretaría, específicamente de la Subsecretaría de Planeación y su Dirección General de Descentralización.

Con el fin de asegurar el cumplimiento del nuevo decreto Soberón exigió por medio del Presidente la renuncia del Coordinador General de IMSS-COPLAMAR y el nombramiento de alguien de su propio equipo¹⁹. Dicha exigencia fue rechazada por García Sáinz, lo que llevó a que el Secretario de Programación y Presupuesto, Salinas de Gortari, mediara en el conflicto. Finalmente aceptó a que García Sáinz asintió a remover a su coordinador, y Soberón a que el sustituto fuera alguien que él aceptara, pero proveniente de las filas del propio IMSS. Terminaron en esta forma los conflictos entre instituciones y modelos, pasándose de la desconcentración fragmentaria a la devolución integrativa.

El "Comité Nacional para la Descentralización" se estableció a nivel nacional y en cada entidad federativa, con el fin de echar a andar la coordinación programática e implantar la fusión orgánica cuando se maduraran sus metas. El Comité se dividió a nivel central en distintos subcomités, encargados cada uno de establecer las metas específicas para la coordinación programática y las normas de los nuevos Servicios Estatales²⁰.

El desempeño del Subcomité para el Modelo de Atención

¹⁷ Diario Oficial (1984); 8 de marzo, p.19-22.

¹⁸ Para entonces la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió su nombre al de Secretaría de Salud, como símbolo de sus nueva identidad.

¹⁹ Entrevista 29.06.88, Secretario de Salud.

²⁰ Estos sub-comités fueron los del modelo de atención, administración, logística, enseñanza, aspectos legales, regulación sanitaria e información. Ver SSA, *Descentralización de los servicios de salud a población abierta. Avances y perspectivas*, México, SSA, 1987, p. 30.

demonstró claramente las consecuencias de los cambios en la estructura en la Secretaría de Salud y sus consecuencias para la devolución. El Subcomité reunió tanto a funcionarios de las áreas sustantivas como de la planeación, tanto de la Secretaría de Salud como de IMSS-COPLAMAR. La Dirección General de Regulación de Servicios de Salud fue encargada dentro de la Subsecretaría de Servicios de Salud del desarrollo e implantación de la normativa del modelo de atención bajo el cual se aplicarían los programas normatizados por las otras direcciones sustantivas.

El esquema de interacción que permitiera el tránsito de una Secretaría ejecutiva a una normativa nunca quedó muy claro en la mente de los funcionarios. A pesar de la división en áreas sustantivas y adjetivas con vistas a la promulgación de normas y la supervisión, cada Dirección tendió a desarrollar su propio modelo de atención. Además, la Subsecretaría de Planeación siempre reclamó un papel en la definición sustantiva del dicho modelo, si bien desde una perspectiva financiera y logística. La pugna más sobresaliente en torno al modelo de atención 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 tratando de justificar una u otra posición como legítima intérprete del modelo de la atención primaria (APS) propuesto por la Organización Mundial de la Salud^{21,22}.

Los funcionarios más allegados a la planificación familiar interpretaron la APS como la conjunción de aquellos programas verticales y selectivos prioritarios para la atención de los principales problemas de salud de la población. Funcionarios de la Dirección de Medicina Preventiva —ocupados de una gama

²¹ UNICEF-WHO, *Declaración de Alma Ata*, WHO, Alma Ata, 1978.

²² Entrevistas 14.1.88, Funcionario, Dirección General de Regulación de Servicios de Salud; 2.2.88, Funcionario, Dirección General de Medicina Preventiva; 12.10.87 Funcionario, Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR; 8.12.87, Funcionario, Oficialía Mayor, SSA.

más amplia de problemas de salud— se pronunciaron por una concepción integrada y horizontal de prestación de servicios, dando mayores facultades al nivel local y mayor laxitud en sus responsabilidades²³.

Los funcionarios de las direcciones substantivas coincidieron en la necesidad de eliminar las cuotas de recuperación hasta entonces vigentes en la Secretaría, con el fin de proveer los servicios de manera gratuita aunque con participación comunitaria. Esta postura había sido prestigiada después de la experiencia de IMSS-COPLAMAR, cuyo modelo de participación comunitaria se apegó más a la concepción anticipatoria y conscientizadora de la APS. En contraste, los funcionarios de planeación se opusieron tajantemente a sacrificar los ingresos provenientes de las cuotas de recuperación. Argumentaron no sólo su valor para suplementar el financiamiento en épocas de crisis, y lo vieron también como un mecanismo en la regulación de la demanda y en la eliminación del paternalismo tan característico del programa IMSS-COPLAMAR. El pago de cuotas —se planteó— permitiría mayor participación de la población en el reclamo de un buen servicio²⁴.

Los funcionarios de la Subsecretaría de Planeación disintieron también de sus colegas del "área substantiva" en cuanto a las relaciones que habrían de privar entre los tres niveles de atención de la Secretaría de Salud, esto es, los centros de salud, los hospitales con especialidades básicas y los hospitales nacionales o regionales de alta especialización. El personal médico que había estado asociado a la atención hospitalaria abogó porque los hospitales de segundo nivel fueran manejados directamente por las autoridades de los Servicios Estatales de Salud, donde —decían— se les daría el

²³ Entrevista 14.1.88, Funcionario, Dirección General de Regulación de Servicios de Salud.

²⁴ Entrevista 14.1.88, Funcionario, Dirección General de Regulación de Servicios de Salud; Observación Participante, Taller Sobre Financiamiento del Sector Salud, SSA, Monterrey, 87.10.23.

apoyo administrativo necesario que garantizara los suministros. Los planificadores argumentaron a favor de la incorporación de los hospitales a las jurisdicciones que en teoría desconcentraban la administración estatal²⁵. En esta forma —decían— se relacionarían más con los centros de salud en su área de influencia, logrando la referencia y contrarreferencia de los pacientes. Los planificadores abogaron también por que los hospitales de segundo nivel establecieran relaciones normativas con los de tercer nivel, completando así un sistema de atención integral²⁶.

Después de meses de argumentación, recambio de representantes y otras irregularidades en la conducción de las juntas, el Secretario de Salud y el Oficial Mayor se impacientaron, sintiendo que se estaban escapando oportunidades políticas para llevar adelante la "descentralización". Los altos funcionarios lanzaron un *ultimatum* a las Direcciones Generales para que terminaran un modelo de atención en el que todos coincidieran, lo que llevó a la adopción casi íntegra del antiguo modelo de IMSS-COPLAMAR. Esto pese a que sus funcionarios habían ya dejado de asistir a las juntas, aduciendo a que no tenían por qué asistir a los conflictos internos de la Secretaría. El modelo de IMSS-COPLAMAR concilió las diferencias, tanto por su amplia documentación y normativa, por su prestigio ganando gracias a las bien orquestadas relaciones públicas del IMSS, como por la decisión política para tomar aquellas medidas que menos afectaran la calidad del programa. La opinión de los funcionarios de IMSS-COPLAMAR fue que la decisión había llevado a aceptar tanto los aciertos como los errores del modelo²⁷.

²⁵ Cabe enfatizar que la jurisdicción sanitaria en México ha existido más como nivel teórico que real, dada la escasez de recursos y el propio centralismo.

²⁶ Entrevistas 12.10.87 Funcionario, Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR; 9.11.87, Funcionario, Dirección General de Evaluación.

²⁷ Entrevista 4.12.87, Funcionario, Oficialía Mayor, SSA.

En cuanto a la relación con los hospitales, estos dependerían finalmente de las autoridades estatales, ganado la postura centralizadora del personal médico. No obstante, los planificadores lograron retener el sistema de cuotas de recuperación. Cabe aquí mencionar que meses más tarde se eliminaron dichas cuotas del medio rural en la mayoría de los estados que procedieron con la devolución, al detectarse molestias por parte de la población. Según las autoridades ésta ya se había acostumbrado a recibir servicios de forma virtualmente gratuita en las unidades médicas y hospitales provistos por el programa IMSS-COPLAMAR.

El Modelo de Atención fue publicado finalmente en dos partes: La primera —escrita por la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud— trató de conciliar las posturas de la subsecretaría de Servicios de Salud en torno a los aspectos substantivos del modelo. La segunda parte quedó a cargo de la subsecretaría de Planeación y abordó la normativa de las relaciones globales del sistema de salud y de su financiamiento²⁸.

Según el sentir de las áreas substantivas, la definición y el control de la "descentralización" había sido ganado por la Subsecretaría de Planeación, cuando que sólo tenía la responsabilidad de coordinar el proceso²⁹. Esta opinión se explica en parte por el dominio político ejercido a nivel nacional por la Secretaría de Planeación y Presupuesto, en donde los funcionarios de planeación de la Secretaría de Salud tenían fuertes relaciones personales. La marginación del proceso decisorio de las áreas substantivas se explica también por la dificultad del personal médico para adaptarse a la misión regulatoria de la Secretaría. En efecto, mientras que los funcionarios de planeación manejaban con soltura y

²⁸ Entrevista 14.1.88, Funcionario, Dirección General de Regulación de Servicios de Salud. Una revisión de la copia del modelo del Director General de Regulación mostraba fuerte desgaste de las páginas de la sección a su cargo, mientras que la segunda sección estaba prácticamente sin abrirse.

²⁹ Entrevista 2.2.88, Funcionario Dirección General de Medicina Preventiva.

profesionalismo la jerga técnica y procedimientos de regulación legal y normativa, la mayoría del personal de las áreas substantivas estaba acostumbrado al control personal directo sobre programas que por décadas habían manejado con gran autonomía.

El clivaje entre médicos salubristas y licenciados o científicos planificadores se expresó también en un conflicto de generaciones. Los jóvenes planificadores comenzaron tácita o abiertamente a marginar a los "viejos salubristas" de los puestos en los que se habían encumbrado desde hacía muchos años³⁰. Ante el embate, los salubristas denunciaron que la "descentralización" había perdido de vista el cómo la reforma administrativa estaba impactando en la efectividad de los programas. La gran cantidad de publicaciones oficiales y reuniones sobre "descentralización" originadas y dominadas por personal de planeación, y la escasez de material referido a problemas sustantivos, era —según los salubristas— evidencia de ello.

Los conflictos a nivel central llevaron a que se prestara poca atención a los Comités Estatales para la Planeación (COPLADE) en la génesis del modelo de atención que seguirían los Servicios Estatales de Salud. Los estados sólo intervinieron en la legitimación del producto final y, aun allí, mostraron una participación casi nula (ver capítulo 9)³¹. También se dió un fuerte centralismo en la elaboración de instrumentos que por su naturaleza ameritaban la participación intensa de estados y municipios. Tal fue el caso de la regionalización estatal de los servicios, instrumentos que habían sido ideados con el fin de apoyar la coordinación programática entre instituciones y después la expansión y control de los Sistemas Estatales de Salud. El IMSS actuó con su característica autonomía y produjo sus propias regionalizaciones en los estados donde la devolución no iba a ser implantada³². Los costosos mapas que

³⁰ Editorial, *Revista Higiene*, No. 5, 1988.

³¹ Entrevista 2.2.88, Funcionario Dirección General de Medicina Preventiva.

³² IMSS, *Atlas IMSS-COPLAMAR, Volumen 5, Oaxaca, Puebla, Tlaxcala y*

resultaron, sin embargo, no representaron la infraestructura de la Secretaría de Salud o la del propio IMSS. Sirvieron entonces al propósito opuesto de obstaculizar la coordinación programática entre las instituciones y reforzar la imagen de que IMSS-COPLAMAR era autosuficiente.

Las autoridades estatales sintieron que las regionalizaciones hechas por la Secretaría de Salud habían conseguido más cumplir con la forma que aportar un instrumento útil. La elaboración fue apresurada y se basó en un ejercicio de mapeo en el Distrito Federal, lo que no permitió apreciar con suficiente detalle la problemática local y regional. Si bien las autoridades estatales realizaron algunas visitas de campo, en general no se consideraron las preferencias o rutinas de la población. Todo ello resultó en múltiples imprecisiones que restaron confiabilidad al instrumento³³.

Las autoridades estatales recibieron las normas producidas por cada una de las comisiones al momento de la devolución formal de los servicios. Las pocas copias disponibles fueron recibidas más como símbolo del nuevo estatus, que como instrumentos para la coordinación programática, la operación y el control de los servicios³⁴.

ADOPCION SELECTIVA

Hasta ahora se ha descrito la relación entre la formulación e instrumentación de la descentralización y las relaciones interinstitucionales. Poco se ha dicho sobre cuál fue la relación con los estados que habrían de recibir las nuevas responsabilidades. Al examinar el proceso de adopción a nivel

Veracruz, México, IMSS, 1987.

³³ Entrevistas 87.10.02, Funcionario, Servicios Estatales de Salud, Guerrero; 14.1.88, Funcionario, Dirección General de Regulación de Servicios de Salud; 8.1.88, Funcionario Coordinación del Programa IMSS-COPLAMAR.

³⁴ Una revisión de las normas en las oficinas tanto del Director de Servicios estatales en Guerrero, como de su Director de Planeación, revelaron muy poco desgaste, si bien estaban accesibles.

estatal se examinará cómo la política centralmente formulada y diseñada fue afectada por las particularidades de los estados. Cabe enfatizar que dichas particularidades estuvieron fuertemente influenciadas por la historia del centralismo en cada entidad.

Las autoridades de la Secretaría de Salud pensaron en un inicio que si bien la "descentralización" sería casuística y gradual, se cumpliría en todos los estados de la república antes del fin de la administración. No obstante, sólo 14 estados lograron dar cumplimiento al proceso, 12 en una primera etapa que culminó justo antes del recrudecimiento de la crisis en 1985, y dos que se añadieron en 1987³⁵. Los estados que procedieron a la devolución abarcaron al 40% de la población no asegurada residente fuera del Distrito Federal, y contaron con el 45% de la infraestructura de servicios destinada a esta población³⁶.

¿Tenían características peculiares los estados devolucionados? Un análisis de regresión efectuado sobre los principales indicadores socioeconómicos y de servicios de salud a nivel de cada estado dejó ver que la región compuesta de los primeros 12 estados no se diferenciaba de aquella formada con el resto de entidades del país, salvo que la región devolucionada estaba ligeramente más urbanizada³⁷. No

³⁵ Los estados descentralizados para 1987 eran Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, Morelos, Nuevo León, Quintana Roo, Querétaro, Sonora, Tabasco, y Tlaxcala.

³⁶ No obstante, las autoridades de IMSS-COPLAMAR reclamaron más tarde que ellos seguían cubriendo un 44% de la población no asegurada. Esta aseveración implica que en los estados centralizados la Secretaría sólo cubría a lo mucho el 16% de la población. Ver Dirección General de Evaluación, G. Velázquez, *Estado que guarda el programa IMSS-COPLAMAR al término del primer trimestre del año 1987*, México, IMSS, mecanoscrito, 8 de julio de 1987.

³⁷ La urbanización fue el único indicador cuya diferencia entre las dos regiones fue estadísticamente significativo. Ver M.A. González Block, M.A., "Comentarios a la descentralización de los servicios de salud" en B. Torres (Ed.), *Descentralización y democracia en México*, México, El Colegio de México, 1986, p. 202.

obstante, si se diferencia la infraestructura de servicios a población abierta según su institución, resulta que la región devolucionada contenía sólo 25.8% de las unidades de primer nivel del programa IMSS-COPLAMAR (cuadro 8)³⁸.

Es evidente que en la mayoría de los 12 estados escogidos para la devolución los conflictos entre el y la SSA y el IMSS en torno a la integración orgánica estarían en un mínimo. Las excepciones son los estados de Guerrero, México y Jalisco, que concentraban el 55% de las unidades IMSS-COPLAMAR transferidas. Estas excepciones permiten preguntarnos cuáles fueron las variables que permitieron superar los conflictos esperados.

La adopción en Guerrero puede explicarse por el peso político que tanto el Secretario de Salud como el Subsecretario de Planeación tenían en la entidad³⁹. Ambos eran oriundos a Guerrero, a la vez que fuertes candidatos para gobernarlo. El peso político bien pudo haber logrado por sí mismo que el IMSS cediera su segundo bastión nacional, con 169 unidades y 2 hospitales. Más allá del poder, el interés de los funcionarios federales en la gubernatura de su estado natal bien pudo influir en la decisión para llevar a cabo la "descentralización"⁴⁰. La devolución tenía aparejado un importante flujo de recursos destinados a fortalecer la infraestructura estatal, lo que no sólo daría prestigio a las autoridades sectoriales en pos de sus fines políticos, sino que también les daría recursos para gobernar después.

Esta interpretación encuentra respaldo al constatarse el fuerte centralismo que ha caracterizado a Guerrero en los últimos 15 años, periodo en el que tres gobernadores fueron depuestos por el Presidente de la República. La devolución

³⁸ De allí la mayor urbanización de los estados descentralizados, toda vez que las unidades de IMSS-COPLAMAR se destinaron principalmente a los estados con población dispersa.

³⁹ Entrevista 12.10.87, Ex-Delegado del IMSS en Guerrero.

⁴⁰ A un año de la descentralización el Subsecretario asumió la gubernatura una vez que Soberón declinó la oportunidad.

comenzó a implantarse también a sólo un año del fin de la administración del gobernador en turno, por lo que tenía poco que ganar o perder si trataba de influir en esta cuestión. El gobernador mostró así muy poco interés por la 'descentralización' de los servicios de salud⁴¹ La devolución en Guerrero nos demuestra que la "voluntad política" para llevar a cabo el proceso debía darse no sólo por parte de los gobernadores —según lo veían los funcionarios siguiendo una ideología republicana—, sino también —y quizás de manera más importante— por las autoridades centrales.

El estado de México fue uno de los últimos en ingresar a la lista de estados a ser "descentralizados", papel que consiguió una vez que el jefe de los servicios locales de la Secretaría de Salud — Gustavo Baz Díaz -Lombardo— ejerció presiones al efecto⁴². Baz había tenido una larga trayectoria en el estado, no sólo por sus propios logros en la implantación de un novedoso sistema de atención primaria, sino por el ascendente de su padre, quien había sido gobernador de la entidad y primer Secretario de la SSA.

En su carrera como administrador de los servicios locales Baz había demostrado mucha creatividad, de hecho ejerciendo un dominio más descentralizado del que se acostumbraba dentro de la Secretaría. El conseguirle al estado autonomía en materia de servicios de salud fue un paso lógico en su carrera política. En el caso del estado de México fue entonces una presión mixta a nivel estatal y federal la que logró rebasar las trabas a la devolución.

El estado de Jalisco no sólo contiene a una importante población dispersa, sino que también es la tercera fuerza industrial del país. El gobernador en turno —Alvarez del Castillo— fue además, a decir de los lugareños, un iluminado en materia de política social. La riqueza en el estado había permitido una importante inversión propia en materia de

⁴¹ Entrevista 12.10.87, Ex-Delegado del IMSS en Guerrero.

⁴² Entrevista 10.09.87, Funcionario, Instituto de Servicios de Salud del Estado de México.

servicios de salud, como un gran hospital de segundo y tercer nivel. Todo ello permite establecer la hipótesis de que fueron fuerzas locales las que impulsaran la devolución en Jalisco, pese a las resistencias esperadas del IMSS.

La adopción de la devolución se relacionó también a una mayor participación de los estados recipientes en el financiamiento de la salud previo a esta decisión (cuadro 9)⁴³. Este fenómeno indica que las autoridades centrales entablaron los convenios con los gobernadores que mayor disposición tenían para recibir las nuevas responsabilidades y que coincidía con quienes ya habían logrado una mayor descentralización financiera. La estrategia permitió sin dudas reducir los posibles obstáculos, a la vez que alcanzar los mejores resultados. Demuestra también que al "descentralizar", los decisores no se preocuparon tanto por aliviar la carga financiera de la federación como de dar cumplimiento a una política.

Al examinar los estados "problema" en la devolución emergió una variedad de factores que permiten explicar la adopción frente a la adversidad. Cabe ahora analizar las razones detrás de la no adopción. Con este fin tomamos al estado de Oaxaca, que presenta un caso especial en la no adopción. Oaxaca estuvo en la lista de los primeros estados a "descentralizar", y llegó a ser donde primero se firmó el convenio preparatorio. De tener este honor pasó ser el único estado donde la devolución abortó. El análisis del proceso de adopción primero, y luego de interrupción, promete revelar las razones políticas detrás de la no-adopción.

Oaxaca representa uno de los estados más pobres, étnicamente diferenciados y montañosos del país, características que comparte con Guerrero y Chiapas. Relacionado a esto, Oaxaca concentraba el 11% del total de unidades de primer nivel de IMSS-COPLAMAR, con 326, lo que

⁴³ La evolución del financiamiento a raíz de la descentralización se analiza en el siguiente capítulo.

significó que IMSS-COPLAMAR tenía mayores recursos que la propia Secretaría de Salud, con sólo 140 unidades de primer nivel. Por su geografía y política institucional Oaxaca parecía ser uno de los estados más difíciles de ser devolucionado. No obstante, el Dr. Soberón y el gobernador Vázquez Colmenares, se dieron cita el 21 de marzo de 1985 en Guelatao, Oaxaca, donde firmaron el "Convenio de Descentralización", estableciendo que en tres meses se completaría la transferencia. La cita para signar el acuerdo en el lugar de nacimiento y aniversario de Benito Juárez, impulsor del liberalismo mexicano, fue simbólica de los propósitos políticos de la devolución en este estado.

A principios de 1985 Oaxaca vivió una crisis dentro de la ya larga trayectoria del movimiento autonomista liderado por la Coordinación Campesino-Estudiantil del Istmo, mejor conocido por las siglas de la COCEI⁴⁴. La COCEI luchó por conservar el gobierno de oposición de Juchitán, contra la protesta de las clases medias y la suspensión de presupuestos por parte del estado y de la federación⁴⁵. Una de las políticas de la COCEI era el establecimiento de servicios de salud en Juchitán, lo que habían logrado por medio de la recaudación local de impuestos y la construcción de varios centros de salud⁴⁶.

Cabe plantear que la adopción de la devolución de la salud en Oaxaca estaba plena de significado como política de autonomía respecto del gobierno federal. La "descentralización" demostraba que no sólo la COCEI, sino también el PRI, estaban interesados en la salud desde una postura localista. Este argumento encuentra respaldo en el hecho de que fue un reconocido médico y diputado local el encargado de mediar entre el gobernador y la COCEI, y quién ofreció gestionar la

⁴⁴ J.W. Rubin, "State policies, leftist opposition and municipal elections: the case of the COCEI in Juchitán", en A. Alvarado (Ed.), *Electoral patterns and perspectives in Mexico*, La Jolla CA, Center for US-Mexican Studies, 1987, p. 137-138.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 144-145.

⁴⁶ J.W. Rubin, comunicación personal.

construcción de un hospital en la localidad ante las autoridades federales⁴⁷.

Casi inmediatamente después de la firma del convenio los conflictos regionales adquirieron una dimensión más amplia, cuando las élites juchitecas consiguieron apoyo a nivel estatal y los comerciantes monaron una huelga exigiendo que Vázquez Colmenares aplastara a la COCEI. La respuesta no se hizo esperar y el gobierno de oposición fue depuesto, aduciéndose a que habían propiciado hechos violentos.

Vázquez Colmenares acudió a las conocidas estrategias centralistas empleadas en la cooptación ya no sólo a los disidentes de izquierda, sino también ahora a los de derecha. En poco tiempo consiguió que la Secretaría de Salud autorizara la construcción del hospital en Juchitán⁴⁸, retribuyendo a la clase media los impuestos "forzados" a que habían sido sometidos por la COCEI para, entre otras cosas, construir centros de salud.

El aborto del proceso devolucionario en Oaxaca no fue anunciado públicamente, dejando simplemente de considerarse en la instrumentación. Las autoridades de la Secretaría de Salud adujeron en su mayor parte que se debió a la "complejidad del estado". Por "complejidad se entendía la pobreza, dispersión demográfica, etnicidad y — en un segundo plano— la variedad de programas de salud en operación dentro del Estado. También se mencionó la falta de recursos financieros a nivel estatal a ser comprometidos en la devolución. Otros informantes adujeron a la falta de interés del gobernador entrante después que Vázquez Colmenares aceptara un puesto federal⁴⁹. En contraste, los funcionarios de IMSS-COPLAMAR consideraron que lo único importante detrás

⁴⁷ Entrevista 3.11.87, Funcionario, Servicios Coordinados de Salud Pública, Oaxaca.

⁴⁸ Entrevista 29.06.88, Secretario de Salud.

⁴⁹ Entrevistas 21.10.87 y 3.11.87 y 10.12.87, funcionarios, Jefatura de Servicios Coordinados de Salud Pública, Oaxaca; 4.12.87, Funcionario, Subsecretaría de Planeación; 15.12.87, Dirección General de Descentralización y Modernización Administrativa; 4.12.87, Funcionario, Oficialía Mayor, SSA.

del aborto había sido el problema político en la entidad. Dichos funcionarios manejaron una versión muy detallada sobre la toma de decisiones, haciendo coincidir la reunión abortiva entre Soberón, García Sáinz y el gobernador Vázquez Colmenares con la huelga de comerciantes en el estado⁵⁰. No obstante, las más altas autoridades de la Secretaría de Salud negaron que estos eventos siquiera se hubieran dado⁵¹. Es evidente que los conflictos en Oaxaca dieron a IMSS-COPLAMAR una oportunidad para manejar la situación a su favor, viéndose como la única institución capaz de enfrentar con éxito todo lo que aparecían como problemas a la Secretaría de Salud.

La interpretación de los funcionarios de la Secretaría de Salud sobre las razones detrás del aborto de la devolución en Oaxaca son cuestionables no sólo a la luz de los eventos en el estado, sino sobre todo al compararse la decisión con aquella favorable a la adopción en Guerrero. Ambos estados comparten las características geográficas, étnicas y pluriinstitucionales que en Oaxaca se adujeron en la explicación del aborto. No obstante, en Guerrero procedió la decisión por estar fuertemente apoyada desde el centro. Esta comparación demuestra que la devolución fue favorecida por su posibilidad de cooptación de fuerzas opositoras localistas en conflictos de baja intensidad. La acción centralista fue, sin embargo, favorecida cuando los conflictos se transformaron en estatales y cuando amenazaron desde varios frentes a la autoridad de los gobernadores. Aquí la federación actúa como fuerza conciliadora de los conflictos locales.

INTERRUPCION

El decreto presidencial de marzo de 1984 estableció que los primeros estados se "descentralizarían" durante 1985, culminando este proceso en la totalidad del país durante 1986⁵². Sin embargo, ésto se cumplió sólo en su primera

⁵⁰ Entrevista 8.1.88, Funcionario, Coordinación del Programa IMSS-COPLAMAR.

⁵¹ Entrevista 29.06.88, Secretario de Salud.

parte. ¿Qué llevó a la interrupción de la política de implantación? ¿Qué podemos aprender de la interrupción?

Según las autoridades de la Secretaría de Salud, la crisis económica redujo los flujos presupuestales necesarios en la modernización y dotación de nuevas plazas a la administración y planeación en los estados. Además, en estas fechas el IMSS lanzó una "piedra en el camino" adicional a las ya superadas por la Secretaría de Salud, piedra que resultó insalvable ante la coyuntura.

La devolución de los 12 estados durante 1985 produjo una situación de equilibrio entre los distintos grupos contendientes, al haberse cubierto con los nuevos servicios al 35.7% de la población abierta a nivel nacional, mientras que IMSS-COPLAMAR había conservado el 72% de sus unidades y el 60% de su cobertura⁵³. La interrupción era entonces una medida bienvenida en la Secretaría de Programación y Presupuesto ante la crisis y ante el IMSS dada la oportunidad de rescatar el programa. La Secretaría de Salud podía también ufanarse de haber logrado un avance considerable.

Pese a la crisis, es evidente que la decisión presidencial que interrumpió el proceso fue tomada a raíz de las críticas interpuestas por el IMSS. La orquestación de la protesta coincidió además con tres eventos que auspiciaron sus posibilidades de éxito: Justo después de haberse adoptado la devolución en Guerrero, Ruíz Massieu abandonó la subsecretaría de Planeación para asumir la candidatura de la gubernatura de este mismo estado. En esta posición cualquier denuncia de fracasos sobre la devolución de la salud, máxime en Guerrero, comprometerían fuertemente la imagen de quien fuera arquitecto del proceso.

La vacante dejada por Ruíz Massieu fue llenada por un

⁵² M. de la Madrid *et al.* *La descentralización de los servicios de salud: el caso de México*, p. 257.

⁵³ Basado en información presentada en, SSA, *Descentralización de los servicios de salud a población abierta. Avances y perspectivas*, México, SSA, 1987, p. 35-36.

médico proveniente de la misma Subsecretaría, decisión que puede comprenderse como un intento por conciliar los conflictos entre planificadores y salubristas dentro de la Secretaría de Salud. No obstante, el nuevo funcionario carecía de las conexiones políticas que su antecesor tenía con la poderosa Secretaría de Programación y Presupuesto, lo que debilitó al proceso "descentralizador" en su conjunto⁵⁴. Para completar el cuadro, en estas fechas el Secretario de Salud salió a Ginebra donde atendió asuntos internacionales durante varias semanas.

En esta coyuntura el IMSS lanzó un ataque frontal contra la Secretaría de Salud, denunciando ante el presidente el deterioro de los servicios ex-IMSS-COPLAMAR en el estado de Guerrero. En los mismos días se suscitó la invasión del hospital ex-IMSS-COPLAMAR de Huitzucó por lugareños, quienes protestaron por la instauración de cuotas de recuperación y la falta de servicios. En efecto, con la integración orgánica las nuevas autoridades no habían conseguido la plaza de cirujano del hospital, con lo que los servicios disminuyeron drásticamente durante varios meses⁵⁵.

La Secretaría de Salud se encontró sin quién la defendiera ante el Presidente, pese a que existían buenos argumentos para ello. Se sabía que el IMSS no había cumplido con el compromiso pactado de retener al personal hospitalario durante los tres meses subsiguientes a la fusión orgánica, retiro que bien pudo haberse evitado. Además, sospecharon fuertemente que la invasión popular había sido orquestada por personal de IMSS-COPLAMAR con el fin de llamar la atención nacional⁵⁶.

⁵⁴ Entrevista 4.12.87, Funcionario, Oficialía Mayor, SSA.

⁵⁵ Entrevistas 4.12.87, Funcionario, Oficialía Mayor, SSA; 12.10.87, Ex-Delegado del IMSS en Guerrero.

⁵⁶ Más tarde la Secretaría de Salud aceptó que la demanda de consultas en las unidades ex-IMSS-COPLAMAR había descendido en 37% entre 1985 y 1986, siendo el estado con mayor deterioro a nivel nacional. No obstante, argumentaron que la baja había sido compensada con un 45% de aumento en las unidades de la Secretaría, dando así un saldo positivo de 10%. El equilibrio en la demanda fue explicado aduciendo a que cuando IMSS-COPLAMAR ofrecía

El Presidente ordenó una evaluación inmediata de las denuncias, a ser realizada por la Contraloría General de la Federación y por SPP. La evaluación fue negativa, "demostrando" el deterioro de los servicios aducidos por el IMSS. Sobre estas bases se ordenó la interrupción de la adopción de la devolución en los estados restantes, hasta que no se diera un reporte detallado y conjunto por parte de IMSS y la Secretaría de Salud donde se establecieron las causas del deterioro y las formas de evitarlo en un futuro⁵⁷.

El reporte detallado tardó un año en completarse, cuando la crisis económica imposibilitó la obtención de los recursos necesarios para implantar la devolución⁵⁸. Además, la administración federal se encontraba en la etapa de consolidación de lo logrado. Por otra parte los gobiernos estatales aún centralizados habían reducido considerablemente su "voluntad política", ante las dudas que el caso Guerrero había sembrado entre ellos. El gobernador de Zacatecas, por ejemplo, abogó entonces a favor de la propuesta de que la "descentralización" e "integración orgánica" se hiciera bajo la estructura administrativa de IMSS-COPLAMAR⁵⁹.

La Secretaría de Salud logró reivindicarse con el Presidente y consiguió que dos pequeños estados se "descentralizaran" a fines de 1986, —Quintana Roo y Aguascalientes— donde sólo había 57 unidades de IMSS-COPLAMAR. Esta decisión demuestra

servicios gratuitos, la población acudía a ellos pese a que tuvieran unidades de la Secretaría de Salud más cercanas, situación que cesó al emparejarse el modelo de atención.

⁵⁷ Entrevistas 87.23.10, Funcionario, Comisaría del Sector Salud y Seguridad Social, SECOGEF; 9.11.87, Funcionario, Dirección General de Evaluación, SSA; 4.12.87, Funcionario, Subsecretaría de Planeación; 8.12.87, Funcionario, Oficialía Mayor; 15.12.87, Funcionario, Dirección General de Descentralización y Modernización Administrativa; 8.1.88, Funcionario, Coordinación del Programa IMSS-COPLAMAR.

⁵⁸ Entrevista 29.06.88, Secretario de Salud.

⁵⁹ Entrevistas 4.12.87, Funcionario, Oficialía Mayor, SSA; 12.10.87, Funcionario, Dirección General de Coordinación Regional y Sectorial, SSA; 29.06.88, Secretario de Salud; 8.1.88, Funcionario, Coordinación del Programa IMSS-COPLAMAR.

que la política devolucionaria se mantuvo pese a la tormenta, si bien se mantuvo un curso de baja resistencia con el IMSS.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

Los esfuerzos tan tenaces que el IMSS realizó por retener el programa IMSS-COPLAMAR permiten hacer algunas afirmaciones respecto de la dinámica del sector salud y del papel de la devolución. Es evidente que el IMSS no asimiló esta política como una forma conveniente para deshacerse de un programa estorboso. De ser el caso, el conflicto ante la extinción se habría limitado a un ritual de escisión. Cualesquiera que hubieran sido los costos del programa de solidaridad social sufragados por el IMSS, es claro que las ventajas siempre fueron mayores. ¿Pero cuáles eran estas ventajas?

Podría pensarse que el IMSS se preocupó sinceramente por la salud de la población marginada y que la defendió de la ineptitud de la Secretaría. Bajo esta explicación la resistencia del IMSS debería interpretarse como altruista. No obstante, los hechos narrados dejan ver que había claros intereses políticos. Por otra parte, el Presidente siempre arbitró entre la Secretaría de Salud y el IMSS, favoreciendo con la decisión de implantar a la Secretaría, para luego interrumpir ante los reclamos del IMSS. Si bien los argumentos fueron de carácter técnico, la atención prestada al más alto nivel deja ver que se trató de un asunto vital en ambas instituciones.

La devolución implicó a la Secretaría el poder establecer un Sistema Nacional de Salud dentro del cual realizar su nueva vocación regulatoria. Cabe pensar que IMSS-COPLAMAR servía al IMSS una doble función financiera y política. Financiera en la medida en que el manejo de los fondos federales del programa sirvió para reducir las contribuciones que por ley la institución daba a una mínima parte del programa de solidaridad social⁶⁰. Política en cuanto que la extinción del programa afectó tanto a las unidades COPLAMAR como a las CONASUPO, establecidas bajo la ley de 1973. La extinción de

⁶⁰ Ver el capítulo VII.

IMSS-COPLAMAR exponía entonces al IMSS a una nueva definición de las atribuciones de la solidaridad social con consecuencias impredecibles para el Instituto⁶¹. Cobra relevancia el hecho de que esta temática nunca fuera abordada abierta y directamente por el IMSS a todo lo largo del periodo analizado.

Las razones políticas detrás de la retención del programa IMSS-COPLAMAR se vinculan con la pretensión del IMSS de incorporar dentro del programa a las unidades rurales de la Secretaría de Salud, para crear el Sistema Nacional de Salud Rural. Esta alternativa le daría al Instituto la posibilidad de implantar una política social tanto en el medio rural como en el urbano, que la consolidara como instrumento con gran poder *vis-à-vis* la federación. Lejos de tender el camino hacia la equidad de la seguridad social, la política permitiría establecer una pinza de control social a cargo de las estructuras corporativas, reproduciéndose como instancias ineludibles en la representación vertical y autoritaria de los intereses de la sociedad.

Los conflictos en la implantación selectiva de la devolución y hasta su interrupción demuestran el carácter centralista de la transformación de las relaciones centro-locales. La situación de los grupos sociales a nivel estatal y municipal no influyeron para la implantación, como tampoco lo hicieron durante la etapa de formulación. Por el contrario, los movimientos autonómicos en Oaxaca parecen haber sido una razón para la no implantación, mientras que el alto grado de control federal sobre la política estatal en Guerrero —sobre todo de parte de la SSA— jugó a favor. Todavía más, las protestas aisladas de parte de la población a raíz del deterioro de los servicios en los estados descentralizados fueron manejados abilmente por el IMSS para interrumpir el proceso, y no influyeron en que se diera en vez una mejor coordinación sectorial con vistas a hacer realidad el Sistema Nacional de Salud. Bajo estas circunstancias, ¿Qué consecuencias tuvo la política devolucionaria?

⁶¹ Véase la discusión sobre el programa IMSS-CONASUPO en el capítulo 6.

IX

Consecuencias de la Devolución

Los capítulos anteriores brindaron el marco histórico de la devolución de los servicios de salud y el proceso político en la formulación e implantación de la estrategia. Se vió cómo la élite gobernante definió e implantó una nueva relación con los estados y cómo intentó hacer congruente su relación con el IMSS a raíz de esta propuesta. Pasamos ahora a interrogar la capacidad del proceso devolucionario para apoderar la acción sanitaria de los grupos sociales y de las autoridades a nivel estatal y municipal.

Primeramente analizaremos los resultados de la devolución sobre la estructura de los Servicios Estatales de Salud (SES) y los compararemos con la situación centralizada. Con este fin tomamos la experiencias de los funcionarios a nivel central y de aquellos de Guerrero y Oaxaca a nivel estatal. Seguidamente analizamos un aspecto de la efectividad de los Servicios Estatales de Salud —el control del paludismo—, bajo el supuesto de que la devolución de un programa tradicionalmente vertical y centralizado arrojará interesantes experiencias. Finalmente analizamos los procesos de planeación sectorial y regional a nivel estatal y municipal así como las consecuencias de la devolución sobre la equidad en la entrega de servicios de salud a la población. Se compararán las experiencias de Guerrero y de Oaxaca, siendo que el primero se descentralizó bajo un modelo devolucionario mientras que el segundo continuó desconcentrado.

El interés por observar la planeación y la entrega de servicios radica en su capacidad de explicar las características y cambios a los principios de asignación de recursos y servicios de salud entre los distintos grupos socioeconómicos a raíz de la devolución. Dichos principios se traducen en disparidades entre necesidades de salud y servicios capaces de satisfacerlas, problema conocido como inequidad. Se usaron dos enfoques para establecer el impacto de la devolución sobre la equidad: El primero analizó los procesos en la asignación, específicamente la mecánica de los COPLADE como foros de negociación entre distintos intereses. Seguidamente se analizó el resultado de los procesos de asignación sobre la equidad, observando la dinámica de algunos indicadores de servicios de salud entre categorías poblacionales con distintos riesgos para la salud y con distintas necesidades de servicios¹.

El diseño metodológico buscó diferenciar analíticamente — para luego interrelacionar— el impacto de la crisis económica de aquel de la devolución. Se buscó conocer cuál fue el impacto de la crisis en ausencia de la devolución, y cuál fue el beneficio específico de la devolución allí donde ésta si ocurrió. Con el propósito de contestar a estas preguntas se llevó a cabo la observación en Guerrero y Oaxaca de acuerdo al modelo de casos comparados descrito en el capítulo metodológico.

Cabe enfatizar que el proceso tendiente a la devolución de los servicios de salud en Oaxaca y Guerrero fue peculiar respecto de aquél en otras entidades del país, como ya se describió con anterioridad. La "amenaza" de la devolución en Oaxaca y su aborto no oficializado bien pudieron haber llevado a que en este estado la planeación de IMSS-COPLAMAR se replegara más al centro y fuera del ámbito de la planeación sectorial, como una estrategia defensiva contra la integración. En Guerrero, por el contrario, la fuerza política del

¹ Ver capítulo III.

Subsecretario de Planeación de la Secretaría de Salud y después gobernador bien pudo implicar mayor integración sectorial a nivel estatal. Guerrero representa así un extremo en la devolución a nivel nacional, mientras que Oaxaca ocupa un extremo en la centralización a este nivel.

El modelo comparativo permite entonces conocer la forma en que se lleva a cabo la planeación bajo condiciones extremas de centralismo y devolución, situación que puede mostrar con mayor claridad el sentido de la relación y sus consecuencias sobre la planificación de los servicios de salud.

ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

Devolución política

La implantación de la devolución a nivel central y su adopción en 14 estados llevó a nuevas relaciones centro-locales entre los Servicios Estatales de Salud (SES), gobiernos estatales y municipales y la Secretaría de Salud. Analizaremos primero el cambio en la transferencia de responsabilidades políticas sobre la salud y los servicios a los estados y municipios. ¿A qué grado llevó la devolución a que los estados asumieran como propios los reclamos y responsabilidades por la salud de sus poblaciones? ¿En qué medida la federación continuó desempeñando funciones políticas contrarias a la devolución planteada?

Los SES fueron creados bajo una variedad de formas institucionales diseñadas por la federación de acuerdo a ciertas normas. Las opciones eran: Secretarías de Salud como parte del ejecutivo estatal; Departamentos de Salud dependientes de otras Secretarías, v.g. de Bienestar y Desarrollo; y organismos paraestatales del gobierno estatal, tal como un Instituto Estatal de Salud. Los gobernadores y la legislatura local podrían escoger del menú el modelo que más conviniera a sus intereses soberanos y forma particular de gobierno, legislándolo dentro de su Ley Estatal de Salud.

Además. los estados tenían abierta la posibilidad de llevar la devolución hasta el nivel municipal, situación que sólo fue aprovechada cabalmente por unos pocos, entre ellos Guerrero.

La devolución municipal fue formulada para aquellos municipios con una importante concentración urbana, como Guadalajara, Monterrey y Acapulco². No obstante, en Guerrero se firmaron "acuerdos de descentralización" con más de las dos terceras partes de los 70 municipios. La devolución de Acapulco fue un caso muy especial, dándosele gran autonomía política respecto del nivel estatal y — por medio de varios convenios de financiamiento y cooperación— una relación mucho más directa con la federación.

Guerrero se "descentralizó" en diciembre de 1985 bajo la forma de una Secretaría Estatal de Salud. No obstante, el gobernador entrante menos de dos años después, Ruíz Massieu, le cambió su forma a organismo paraestatal y siguiendo sus prerrogativas políticas, creando los Servicios Estatales de Salud. Dichos SES dependieron del ejecutivo estatal a través de una "supersecretaría" de Desarrollo y Bienestar Social. Los SES se conformaron con una Dirección General Operativa, gobernada por medio de un Consejo. La Dirección Operativa habría de encargarse de la administración de los servicios con base en una relación muy directa con la federación, mientras que el Presidente del Consejo establecería las relaciones sectoriales e intersectoriales. El gobernador consideró que con esta estructura lograría un mayor control, dada la ineficiencia de la burocracia de su propio gobierno, a la vez que los SES podrían mantener una relación más estrecha con las autoridades federales como con los problemas de salud en el territorio.

El Secretario de Salud que removió Ruíz Massieu era guerrerense, pero con una larga trayectoria médica en el Distrito Federal, lo que era usual dentro de la estructura de los Servicios Coordinados. El gobernador rompió con este patrón

² Dirección General de Coordinación Sectorial, *Programas municipales de salud para la descentralización*, México, SSA., s.f.

centralista e instaló en la Dirección operativa a un médico y político de Taxco. La Presidencia del Consejo la confirió a otro médico y político de distinto grupo político residente en Acapulco, en un aparente gesto de negociación. Los SES fueron entonces fuertemente politizados al encargarse a líderes estatales más en función de su poder regional que de su capacidad técnica y papel en la política de la burocracia federal³.

Los servicios de Acapulco permanecieron muy autónomos respecto de los Servicios Estatales, a pesar de la politización de estos últimos. No obstante, el gobernador —en consonancia con la federación— estableció una relación mucho más directa con estos servicios, atendiendo personalmente a la problemática de la principal ciudad del estado y puerto turístico del país. El gobernador logró este control al ratificar a su padre como Director de Servicios Municipales de Salud en esta entidad. Este connotado médico acapulqueño llevó a cabo la devolución de dichos servicios cuando su hijo ocupó la Subsecretaría de Planeación de la Secretaría de Salud.

La politización de los SES llevó a que el Director operativo removiera a buena parte de sus mandos medios, pese a que ya habían sido entrenados por la federación en el ejercicio de sus nuevas responsabilidades descentralizadas. Esto causó preocupación entre los trabajadores de confianza, acostumbrados a mayor seguridad en el trabajo bajo el centralismo. También preocupó a las autoridades centrales, quienes habían hecho esfuerzos por reforzar la estructura administrativa local. Además, los nuevos funcionarios desconocían la normativa y los procedimientos acostumbrados bajo el centralismo y generaron problemas de comunicación con la federación⁴.

³ Entrevistas 87.10.01, ex-Funcionario, Secretaría de Salud de Guerrero, y 9.11.87, Comisario para la descentralización en Guerrero.

⁴ Entrevista 9.11.87, Comisario para la descentralización en Guerrero.

La politización llevó también a que se produjera una dualidad de poder entre el Director Operativo y el Presidente del Consejo. Cada uno consideró que era la máxima autoridad de los servicios, y procedió a emitir acuerdos con los subordinados o con las autoridades estatales y federales. Sus atribuciones formales estuvieron muy traslapadas, ya que, entre otros problemas, las relaciones sectoriales se dieron en función de acuerdos federales, implicando a las dos autoridades de los SES. Además, ambos funcionarios acordaban con el gobernador y con el Secretario de Desarrollo y Bienestar Social. A esto hay que añadir que el poder del Presidente del Consejo fue mucho mayor y mantuvo sus oficinas en Acapulco, donde también ejercía como cardiólogo. La interacción entre la organización formal y la realidad del poder creó un enjambre de líneas de mando y mucha confusión a todos los niveles⁵.

En Oaxaca la devolución llegó sólo hasta la promulgación de la Ley Estatal de Salud, estableciendo la responsabilidad del gobierno local por los asuntos de salud de la población. A pesar de que los servicios nunca fueron incorporados al gobierno estatal, el gobierno sí obtuvo la devolución política de la salud. En esta forma el gobernador procedió a nombrar a un Secretario de Salud, si bien hizo coincidir el nombramiento en la misma persona del jefe de los servicios federales.

El poder del gobernador no llegó más lejos de ejercer influencia sobre el jefe de los servicios, quién era invitado a las giras por el estado como Secretario de Salud. El gobernador lo presentaba como su funcionario, a quien la población debería acudir si quería resolver problemas con los servicios en los municipios. Se estableció en esta forma una coordinación muy directa y efectiva entre los dos niveles de gobierno. No obstante, los mandos medios llegaron a sentir que el gobierno estatal manipulaba al jefe ilegítimamente y protestaron por su ausencia y la incapacidad de responder a las ordenes emitidas

⁵ Entrevista 87.10.02, Funcionario, Jurisdicción Chilpancingo, SES Guerrero.

por el centro. No obstante, la autoridad central lo mantuvo en el cargo, sin que para ello se consultara al gobernador⁶.

La devolución política mostró similitudes de carácter estructural a nivel nacional en virtud de la expedición de las Leyes Estatales de Salud en todas las entidades. Los gobiernos estatales devinieron los responsables políticos por mandato legislativo de la salud de su población. Desde ese momento quedaron expuestos a las demandas de individuos, autoridades municipales, asociaciones ocupacionales o del propio gobierno federal. La responsabilidad por la regulación sanitaria sí fue objeto de una mayor descentralización, estableciéndose claramente las responsabilidades que habría de cubrir cada nivel de gobierno⁷.

Esta nueva relación estructural modificó las relaciones centro-locales; de ser un actor pasivo y secundario en la prestación de servicios, los gobiernos pasaron a tener un papel mucho más activo, viéndose frente a una responsabilidad que la población podría exigirles. Su relación con la federación se perfila ahora como la de demandantes de recursos con el fin de conseguir el cumplimiento con las obligaciones que puedan demandarseles públicamente.

Evidencias de la mayor responsabilidad del nivel estatal por la salud provienen de un mayor interés por redactar los Programas Estatales de Salud, base de las peticiones de recursos —o servicios en el caso de los estados aún centralizados— a ser solicitadas a la federación. Los gobernadores de Guerrero y Oaxaca promovieron activamente en sendas campañas sus planes estatales de salud, algo completamente inusitado después de décadas de centralismo⁸.

⁶ Entrevistas 25.11.87, Funcionario, Dirección General de Administración de Personal SSA; 28.11.87, ex-rector de la UABJO y Médico privado, Oaxaca.

⁷ SSA, *Las primeras leyes estatales de salud*, México, SSA, 1985.

⁸ Entrevistas 26.11.87, Funcionario, Dirección General de Asuntos Jurídicos, SSA;. Cabe resaltar que la prioridad asignada a demandas específicamente de salud por parte de la población en Oaxaca fue muy baja,

Delegación Financiera

Con la devolución todos los SES establecieron una relación de financiamiento prácticamente idéntica respecto de la federación como de los gobiernos estatales, irrespecto de su estructura organizacional. Con la federación la forma de financiamiento fue por "subsidios" mensuales según un programa presupuesto preestablecido. El subsidio permitió transferir directamente a los SES una cantidad global e inespecífica de dinero, sin pasar ni por la tesorería del estado ni por mecanismos de asignaciones parciales por programa. Con los gobiernos estatales se dió una modalidad similar, aunque allí si dependiente de cada estado. En general, puede hablarse de convenios de financiamiento bilaterales entre los SES y la tesorería estatal, irrespecto de la forma organizacional. En esta forma, tanto una Secretaría de Salud estatal como un instituto delegado tienen la misma relación financiera con sus dos fuentes, lo que nos permite decir que la política de "descentralización" produjo sólo la delegación del control sobre los recursos financieros en todos los casos⁹.

El financiamiento por subsidios se justificó aduciendo a la ineficiencia de las tesorerías estatales, planteándose que al autonomizar cada SES en el ámbito financiero era una forma de evitar caer de nuevo en los vicios del centralismo¹⁰. No obstante, en esta forma la federación aseguró también un mayor control sobre el presupuesto, toda vez que se imposibilitaron las transferencias a otras partidas del gobierno estatal. Esta centralización del presupuesto reprodujo las conocidas formas de control presupuestal manejadas por las paraestatales a nivel federal.

dándose mayor prioridad a las acciones que fortalecieran la identidad municipal y los servicios urbanos. Comunicación personal, Moisés Bailón, Director de Fortalecimiento Municipal, Gobierno de Oaxaca.

⁹ Entrevista 9.11.87, Funcionario, Dirección General de Evaluación, SSA.

¹⁰ Entrevistas 26.11.87, ex-Funcionario, Dirección General de Planeación, SSA.

La delegación financiera bien pudo haber resultado en un mayor aislamiento del gobierno estatal respecto de la programación y presupuestación que la federación lleva a cabo. A partir de esta situación puede sugerirse una menor contribución estatal al cofinanciamiento, máxime si se considera que muy pocos gobiernos estatales pueden haber deseado aumentar sus responsabilidades financieras. Las bases fiscales todavía pobres —aún después de las reformas recientes— el cofinanciamiento era un riesgo inaceptable para la mayoría de los gobernadores.

La evidencia a mano sobre el cofinanciamiento y su evolución a raíz de la devolución permiten apoyar los argumentos anteriores (cuadro 9, gráfica 6). Todos los gobiernos estatales aumentaron su aporte relativo a los servicios de salud, seguramente a consecuencia de la importante disminución del aporte federal a raíz de la crisis. No obstante, los gobiernos estatales donde no se dio la devolución de los servicios aumentaron considerablemente más su aporte que aquellos donde la política sí procedió. Las diferencias resultan muy sugerentes de los mecanismos de financiamiento que estuvieron en juego. Hacia 1984 —antes de que se hiciera efectivo el reforzamiento vinculado al proceso descentralizador de 1985—, los estados que serían devolucionados más tarde aportaron el 17.4% del gasto en salud, mientras que los estados que no modificaron su relación administrativa sólo aportaron el 5.6%¹¹. Había entonces una razón de 3:1 entre el aporte de las dos regiones.

Durante 1985 la contribución pasó de 5.6% a 12.2% en los estados centralizados, mostrando un 118.8% de aumento. En los estados devolucionados la contribución aumentó en sólo la mitad, con 66.2%. En 1987 el aporte de los estados con devolución fue de 20.9%, vs. 11.1% en la región centralizada, lo

¹¹ Como ya se notó en el capítulo anterior, los estados que adoptaron la descentralización estaban en conjunto más descentralizados en el terreno financiero.

que representó en términos netos un allanamiento en los diferenciales de los aportes estatales en ambas regiones, a 1.9 veces¹². Vemos que la devolución administrativa no impactó tan significativamente la descentralización y, presimiblemente, el control financiero, mientras que en la región que permaneció centralizada administrativamente sí fue notoria la descentralización financiera a pesar de no existir una política al respecto (gráfica 6).

¿A qué respondió la diferente suerte de las dos regiones analizadas? El gasto federal per cápita en todos los estados mostró un decremento muy similar en las dos regiones. No obstante, en los estados centralizados el gasto del gobierno estatal se mantuvo, mientras que los gobiernos en los devolucionados disminuyeron sus aportes, aunque de manera menos pronunciada que las disminuciones del gobierno nivel federal. En esta forma, la descentralización financiera fue de carácter relativo en los estados administrativamente centralizados y sistémica en aquellos con devolución (figura 1). No obstante, durante periodos específicos, como en 1985, las dos regiones experimentaron un fuerte aporte estatal frente al sostenimiento o ligero aumento del aporte federal, dándose una forma de descentralización relativa o incluso de centralización sistémica. Por el contrario, en 1986 se elevó ligeramente el aporte federal, pero se disminuyó el estatal, dándose una descentralización relativa.

¿Cómo explicar la reducción en el aporte per cápita desde 1985 por parte de los gobiernos estatales en la región con devolución? La federación prometió apoyos financieros para reforzar la estructura administrativa y de planeación en estos estados, lo que pudo dar lugar a que los gobiernos estatales se despreocuparan por la salud y destinaran recursos a otros fines. La centralización sistémica pudo ser un efecto de la interpretación de los actores frente al cambio estructural. Los

¹² Secretaría de Salud, *Estado del ejercicio del presupuesto por programa y subprograma, 1983*, México, SSA, mecanoscrito.

estados que permanecieron centralizados, por el contrario, mantuvieron su aporte per cápita, compensando por la reducción federal y dando lugar a la descentralización relativa.

Desconcentración de Personal

Todos los empleados de los Servicios Estatales de Salud — desde los intendentes hasta el propio Secretario o Director General— permanecieron dentro de la nómina federal aun después de la devolución. No obstante, las autoridades estatales fueron capacitadas en la administración de personal. Las autoridades centrales se reservaron el poder para efectuar las negociaciones contractuales con el sindicato y para revisar y autorizar las plantillas generales de personal¹³.

La política descentralizadora se limitó entonces a una desconcentración de la gerencia de recursos humanos, debido fundamentalmente a que la estructura corporativa de las relaciones laborales del gobierno federal no fue modificada. Las autoridades de SPP y de la Secretaría de Salud establecieron desde un principio que el cambio estructural no afectarían los derechos de los trabajadores, entendiéndose por ello que no se haría ningún intento en el sentido de modificar la estructura sindical. Esto no sólo imposibilitó transferir al personal federal a la burocracia estatal; el personal de base sólo pudo transferirse a los estados con su consentimiento y mantuvo el derecho a permanecer en un puesto de trabajo en la ciudad donde tuviera su adscripción.

Al igual que en el caso del financiamiento, los estados tampoco iban a desear o exigir una transferencia de personal a sus nóminas. Ello implicaría mayores responsabilidades de las que quisieran asumir. No obstante, los gobernadores fueron invitados a velar por las necesidades de los trabajadores de la salud en sus estados¹⁴. Más aún, se les pidió que ayudaran a

¹³ Entrevista 25.11.87, Funcionario, Dirección General de Administración de Personal.

¹⁴ Entrevista 25.11.87, Funcionario, Dirección General de Administración de

los Secretarios o Directores Generales en la negociación de sus demandas. En Jalisco el gobernador llegó inclusive a demandar penalmente a un líder sindical, acusándolo de corrupción.

Los incentivos encaminados a la desconcentración del personal fueron implantados exclusivamente por la federación. La Secretaría de Salud motivó el cambio estructural en su conjunto nivelando los sueldos de sus trabajadores con aquellos del IMSS a la vez que ofreciendo más puestos de base. Con el propósito de incentivar la transferencia de los trabajadores de IMSS-COPLAMAR a la nómina de la Secretaría de Salud se les ofreció la misma nivelación, eliminando la discriminación que siempre había mantenido el Instituto entre sus dos grupos de trabajadores. También se les ofreció respetar su antigüedad. Se consiguió que el 93% de los 3,969 trabajadores de IMSS-COPLAMAR a ser integrados aceptaran su transferencia¹⁵. La mayor parte del 7% restante eran los funcionarios de los hospitales, a quienes el IMSS les ofreció mejores trabajos que aquellos ofertados por la Secretaría de Salud. Según el IMSS la razón fue el incumplimiento por parte de la Secretaría de Salud de los planes de entrenamiento de los médicos residentes¹⁶. Para la Secretaría de Salud el mismo hecho fue interpretado como sabotaje a la "descentralización"^{17,18}.

El conflicto laboral de mayores dimensiones fue el que se suscitó con los trabajadores del programa de control del paludismo. Su análisis permite conocer las motivaciones de fondo, limitaciones y características del proceso

Personal.

¹⁵ SSA, *Descentralización de los servicios de salud a población abierta. Avances y perspectivas*, México, SSA, 1987, p. 40.

¹⁶ Entrevista 8.1.88, Funcionario, Coordinación del Programa IMSS-COPLAMAR.

¹⁷ Entrevista 29.06.88, Secretario de Salud, 8.2.88, Funcionario, Dirección General de Enseñanza en Salud, SSA.

¹⁸ COPLADEG, *Reunión de evaluación de los avances de la descentralización de los servicios de salud*, Mecanoescrito, Chilpancingo, Guerrero, 1986.

descentralizador. Las autoridades administrativas de la Secretaría de Salud continuaron con la política de horizontalización del programa y de desconcentración de su personal ya iniciada a fines del sexenio anterior¹⁹. La desconcentración fue una forma de redistribuir a los trabajadores en torno a centros de salud y reducir los costos de su transportación, que con el programa vertical ocurría desde las oficinas ubicadas en las capitales estatales. Se pensó que los jefes de servicios coordinados, auxiliados en la autoridad del gobernador, podrían controlar las protestas de los trabajadores, quienes después de más de 25 años de recibir viáticos cotidianamente habían pasado a considerarlo como parte de su sueldo.

La Dirección de Epidemiología elaboró un plan tendiente a redistribuir al personal de acuerdo a las zonas de riesgo y las acciones necesarias para el control del paludismo. No obstante, la implantación corrió a cargo de las autoridades administrativas, quienes prefirieron poner más atención a los riesgos políticos que a los epidemiológicos en la negociación con el sindicato. Esta negociación se dió en el clima de 15,000 casos anuales de morbilidad por paludismo y cero casos de mortalidad reportada, lo cual llevó a que los administradores no pusieran atención al plan de los epidemiólogos²⁰. Esta decisión se tomó sin reconocerse que desde 1974 el paludismo estuvo mostrando una tasa de incremento anual del 25%, tasa que en 1984 arrojó 100,000 infectados acumulados²¹.

En este contexto el sindicato recibió amplias facilidades para eimplantar la desconcentración del personal, incluyendo la opción de reubicar al personal especializado en actividades

¹⁹ Ver capítulo 6.

²⁰ Entrevista 2.2.88, Funcionario, Dirección General de Medicina Preventiva, SSA.

²¹ J. Fernández de Castro, "El paludismo y los servicios de salud. Notas sobre la horizontalización del programa en México", M. Ruíz de Chávez y R. Lara Ponte, (Eds.) *Descentralización de los servicios de salud. Avances y perspectivas del proceso*, SSA/OPS, 1988, p.124.

antimaláricas prácticamente en cualquier centro de salud de cualquier estado, o bien a ser transferidos a otros programas. El personal mejor calificado recibió incluso ofertas de reubicación dentro del IMSS. El sindicato de trabajadores de la campaña antipalúdica formado en los 70 quedó intacto y con sus 14 secciones zonales. La representación laboral siguió teniendo gran poder con sus trabajadores y obligó a los jefes de servicios estatales a adecuarse a su estructura. En Guerrero persistieron dos secciones sindicales, que correspondían a las zonas por medio de las cuales antes se operaba desde la capital el programa. Ahora ambos representantes sindicales acordaban con el jefe estatal, sin que las zonas siguieran correspondiendo siquiera con su estructura jurisdiccional²².

La política de desconcentración del personal anti-palúdico resultó en un serio desequilibrio entre zonas de riesgo y la ubicación de personal. El total de trabajadores en actividades de detección y rociado disminuyó drásticamente, de 5,000 antes de la desconcentración a 3,500 en 1983. La disminuida fuerza laboral quedó ubicada en centros de salud donde el problema de salud no era necesariamente de importancia. Además, persistió en el país gran población no cubierta por centros de salud, y por lo mismo quedó ahora desprotegida del programa antipalúdico. Se calculó que cerca de la mitad de la población desprotegida del país, o sea 4.5 millones de habitantes, vivían en zonas de alto riesgo palúdico²³.

El desequilibrio entre necesidades y recursos llevó a que se tratara de instaurar de nuevo el sistema de viáticos. No obstante, la expedición y control de estos suministros dependía entonces de la administración de los Servicios Coordinados a nivel estatal, cuya normativa exigía la comprobación de los gastos contra recibos. Los trabajadores no sólo no podían conseguir los comprobantes en el campo, sino

²² Entrevista 87.10.02, Funcionario sindical, SNTSSA, Sec.76, Iguala, Guerrero.

²³ J. Fernández de Castro, "El paludismo y los servicios de salud...".

que esta práctica iba en contra de su tradición de embolsar el dinero. Lo que sucedió a falta de normativa es que al menos hasta 1984 los trabajadores se quedaron inactivos y sin hacer más cosa que perturbar con su presencia los servicios de salud en donde fueron adscritos. Ante la presión para que los trabajadores salieran sin viáticos éstos protestaron y eventualmente pararon sus labores entre el fin de 1983 y el principio de 1984 a nivel nacional.

Ante la inactividad de los trabajadores antimaláricos los jefes de servicios estatales comenzaron a transferir los recursos del programa de paludismo hacia actividades de mayor urgencia. Esta situación caótica llevó en buena medida—según las autoridades— a que se triplicaran las tasas nacionales de paludismo, de 86 casos por cada 100,000 habitantes en 1982, a 292 hacia 1985 (Gráfica 7)²⁴.

La solución del problema vino después de muchas protestas nacionales e internacionales a raíz del alza en las tasas de paludismo. Quienes habían laborado en programas verticales dentro de la Secretaría formaron el "Consejo de Programas de Lucha Contra el Paludismo y Otras Enfermedades Transmitidas por Vector" como forma de ser escuchados. Si bien apoyaron la "descentralización", pidieron la reverticalización a nivel de los servicios estatales, concentrando los recursos dispersos en los centros de salud. Pronto renunció el Subsecretario de Servicios de Salud para dar lugar a un médico de gran prestigio académico a la vez que de origen militar, quien logró restaurar la disciplina de los trabajadores a la vez que conseguir los recursos al programa por parte de SPP. No obstante, estos dineros siguieron llegando inoportunamente —después de la temporada de lluvias— ante el burocratismo de SPP.

El programa antipalúdico fue reverticalizado en aquellos estados con infraestructura de servicios más dispersa y desordenada. La reverticalización a nivel nacional se limitó a

²⁴ Entrevistas 87.10.01, ex-Funcionario, Secretaría de Salud de Guerrero; 2.2.88, Funcionario, Dirección General de Medicina Preventiva, SSA.

la instalación de un grupo asesor presidido por el Subsecretario y compuesto de las autoridades de otras direcciones de la Secretaría que deberían de coordinarse para asegurar la buena operación del programa bajo mayor autonomía estatal. Con este fin se priorizaron las 9 entidades donde se concentró el 92% de los casos²⁵. Se llenó el vacío de poder generado desde 1982 entre la Dirección de Servicios Coordinados, sus servicios locales, y las direcciones de Epidemiología y Medicina Preventiva.

DEVOLUCION Y EFECTIVIDAD

Intentamos ahora un análisis de la capacidad del aparato administrativo parcialmente devolucionado para cumplir con sus propósitos de atacar mejor la enfermedad y establecer una red eficiente de prevención y promoción. Para ello analizaremos de nuevo el caso del paludismo, retomando las políticas descentralizadoras seguidas en la administración de López Portillo.

La política descentralizadora mostró dos etapas en su formulación e implantación: la desconcentración en la operación de los programas, entre el final del sexenio de López Portillo y 1985, y la devolución en 12 estados a partir de fines de 1985 ¿Cómo afectaron estas dos etapas de cambio a la operación y efectividad de los programas de salud? ¿De qué manera interactuó la desconcentración con la política devolucionaria en cierne que se evidenció más tarde?

Metodología

Se contestaron estas preguntas de manera parcial aunque iluminadora examinando la evolución del paludismo en las dos regiones del país, la centralizada y la devolucionada a partir de 1985. Analizamos si la desconcentración en la administración

²⁵ J. Fernández de Castro, "El paludismo y los servicios de salud..."

del programa a partir de 1982 impactó la prevalencia de morbilidad por paludismo de la población de manera distinta en cada una de ellas, viendo el efecto añadido de la devolución²⁶. La prevalencia del paludismo es un buen indicador a utilizarse, puesto que el control verticalizado que tuvo durante décadas fue —como ya se vió— fuertemente afectado por la devolución. Además existe buena documentación sobre la evolución anual del paludismo, siendo una enfermedad de registro obligatorio, si bien hay que considerar el subregistro.

México es un país geográficamente heterogéneo respecto al riesgo de transmisión del paludismo, riesgo que está en función de factores ecológicos como el clima, la hidrología, la temperatura y la humedad; factores socioeconómicos, como la vivienda, los procesos laborales, la migración y la accesibilidad a servicios de salud; y de factores relacionados al control, como la disponibilidad y organización de los programas antipalúdicos.

En la región que permaneció centralizada encontramos una prevalencia de paludismo 2.4 veces mayor en promedio entre 1982 y 1987 que en la devolucionada (cuadro 10). Esta diferencia no es atribuible a la devolución, toda vez que ya en 1982 la razón entre regiones era de 3.5 (gráfica 7). Esto sugiere que a pesar de la similitud socioeconómica entre las dos regiones, la centralizada tiene mayor riesgo de origen ecológico al paludismo. Para controlar por este factor procedimos a dividir el país en zonas de prevalencia alta, media y baja, analizando después la relación entre devolución y prevalencia de paludismo.

Los estados del país fueron zonificados de acuerdo a las tasas de prevalencia al inicio del periodo bajo estudio —1982—, bajo el supuesto de que las grandes diferencias observables en tasas de prevalencia entre los estados del país son función principalmente de la ecología. Agrupamos a los estados bajo

²⁶ La tasa de prevalencia del paludismo se definió como el número de casos nuevos de la enfermedad acumulados anualmente en cada región entre el total de población que compone a la región.

tres categorías de riesgo: El grupo de alto riesgo se formó con estados que mostraron prevalencias de entre 100 casos por 100,000 habitantes en 1982; Ocho de estos estados se mantuvieron centralizados y dos se devolucionaron en 1985 (cuadro 11). El grupo de riesgo medio se formó con los 14 estados que tuvieron prevalencias entre 10 y 99 casos por 100,000 en 1982. De ellos 8 permanecieron centralizados y 6 llevaron adelante la devolución. El grupo de bajo riesgo se compone de 9 estados y el Distrito Federal con prevalencias menores a 9 casos por 100,000, de los cuales la mitad estaban bajo estatus devolucionario y la mitad no. En esta zona el paludismo es un fenómeno casi exclusivamente relacionado a la inmigración, toda vez que por su ecología la transmisión es prácticamente imposible. De allí que lo hayamos excluído del análisis.

En la zona de alto riesgo los estados con devolución gozaron según indicadores de 1980 de un nivel socioeconómico similar al de los estados centralizados del mismo grupo, salvo Sinaloa y Quintana Roo²⁷. No obstante, la baja población de este último hace que no represente un peso importante en la tasa regional. La población ocupada en el sector I de la economía — más expuesta al paludismo por sus procesos de trabajo y condiciones de vida— es muy similar en las dos regiones, con indicadores de entre 40.2% y 41.6%. Las dos regiones son entonces muy comparables²⁸.

El subregistro de los casos reales de paludismo fueron tomados en consideración con base en los cambios en la

²⁷ I. Kunz, M. Cortina & M.A. González Block, "Regionalización socioeconómico-demográfica y de salud de México", *Salud Pública de México*, 28 (1986), 681-698.

²⁸ La región de riesgo medio es más heterogénea que la de riesgo alto, ya que en su conjunto los estados descentralizados son de mejor nivel socioeconómico que aquellos aún centralizados. Esto se refleja en el porcentaje de población en el sector I de la economía, con 24.3% para los estados descentralizados y 36.0% para los centralizados. La interpretación del impacto de la descentralización debe atender a estas diferencias.

organización de la detección y la intensidad de dichas actividades —todo ello irrespecto de la devolución. Se entrevistó a funcionarios con el fin de conocer los cambios en las estrategias de control, valorando su posible efecto sobre el registro. Se encontró que a partir de fines de 1985 se priorizaron los 9 estados que concentraron el 92% de los casos de paludismo en el país, intensificándose allí el control. Sin embargo, no se dieron cambios sustanciales en las estrategias de detección²⁹.

Se encontró que hubo un decremento en el número de laminillas analizadas a nivel nacional, de 24.6% en promedio entre 1982 y 1987 (cuadro 10) Para corregir el reporte de casos debido al decremento se calcularon las tasas de prevalencia esperada anual, si se hubiera mantenido en todos los años la misma actividad de detección que se dio en 1982. Esto se hizo tomando en consideración el aumento en el porcentaje de laminillas positivas en cada estado y en cada año, agrupando después por región y zona de prevalencia³⁰.

Resultados

En los estados que se llevó a cabo la devolución dentro de la zona de alto riesgo la tasa reportada de paludismo subió rápidamente entre 1982 y 1985, a diferencia de los estados

²⁹ Entrevistas 87.10.01, ex-Funcionario, Secretaría de Salud de Guerrero; 2.2.88, Funcionario, Dirección General de Medicina Preventiva, SSA.

³⁰ Para calcular la tasa de morbilidad por paludismo esperada para cada año primero se calculó la tasa de laminillas analizadas en 1982 (laminillas totales entre población total para la región). Esta tasa se utilizó como constante para corregir los cambios en la intensidad de detección. La fracción de laminillas encontradas positivas para cada año (casos entre laminillas aplicadas) se usó entonces como base del cálculo, multiplicándola por la tasa de laminillas para 1982.

Las información de casos reportados y laminillas aplicadas provino de 1982 a 1986 de J. Fernández de Castro, *El control de la malaria y el desarrollo de los instrumentos para la aplicación de la estrategia de atención primaria a la salud*, Ponencia presentada en la V reunión de Directores de Servicios de Malaria en las Américas, Bogotá, Colombia, junio de 1987, anexos. Para 1987 la fuente fue SSA, "Morbilidad por paludismo, 1987", *Paludismo*, 16, 1988, p. 197-198.

centralizados, donde el incremento fue significativamente menor (cuadro 10, gráficas 8). Cabe notar, no obstante, que los estados centralizados mostraron siempre tasas superiores con una razón entre regiones de 1.9. El incremento en los estados con devolución fue especialmente notorio en 1985, cuando aumentó en 167.8%. En contraste, en los estados que permanecieron centralizados sólo observaron un incremento del 36.1% en 1985. Este comportamiento parecería indicar que la devolución tuvo algo que ver en el importante incremento notado.

Al analizarse la tasa de casos esperada al tomarse en consideración el subregistro se observó también un rápido incremento en la región con devolución, aunque el pico se manifiesta ahora en 1984, cuando hubo un incremento del 113%. El incremento continuó en 1985, si bien a tasas menores (gráfica 9). Ello parecería indicar que la devolución en 1985 no fue responsable del incremento excesivo en la región en cuestión.

Al analizarse los cambios en la prevalencia de paludismo en la zona de riesgo medio se observó a nivel general un comportamiento similar al de la zona de alto riesgo, si bien ahora los picos en las tasas de crecimiento tanto de casos esperados como reportados coinciden en 1985 (Cuadro 10, gráficas 10 y 11). Sin embargo, los cambios porcentuales fueron muy similares en las dos regiones administrativas. Esto indica, de nuevo, que la devolución no fue un fenómeno directamente implicado en el ascenso de las tasas de paludismo. La atención debe ponerse en otros factores uniformes tanto en las regiones de riesgo como de devolución, si bien la región centralizada de alto riesgo permaneció más estable.

¿Que tan efectiva fue entonces la devolución para la implantación de programas tendientes al abatimiento del paludismo? La evidencia durante el lapso de 1985 a 1987 en las dos zonas de riesgo consideradas indica un decremento más

rápido en la región con devolución, si se considera tanto las tasas reportadas como las esperadas. La excepción es la zona de riesgo medio, donde la tasa esperada en los estados centralizados descendió con mayor celeridad. Las diferencias entre regiones en 1987 —cuando hay tasas negativas—son en todos los casos muy pequeñas.

Si tomamos en consideración el descontrol que se evidenció en 1985 en la región con devolución de la zona de alto riesgo y el rápido decremento después, podemos sugerir que la devolución si consiguió un adecuado control del paludismo. Esta aseveración debe interpretarse a la luz de las diferencias en la prevalencia entre las dos regiones, que como ya se indicó, siempre fueron superiores en la región centralizada. Así las cosas, es también posible que el abatimiento más acelerado de la prevalencia se debiera también a esta menor prevalencia.

La evidencia epidemiológica no permite llegar a conclusiones tajantes respecto de la efectividad de los cambios devolucionarios para controlar el paludismo *visà-vis* la implantación de otras formas administrativas. Lo que la comparación demuestra es que el control central implantado a partir de 1985 con vistas a paliar los efectos de la desconcentración y el desfinanciamiento de 1982 tuvo mucho mayor peso que la devolución *per se*. Además, la devolución no estorbó la estrategia de control centralizada y, si acaso, facilitó su implantación en los estados de alta prevalencia.

Cabe plantearse una última pregunta a la luz de nuestras conclusiones: ¿Fue la alta prevalencia de paludismo una razón de peso para no implantar la política descentralizadora más que en sólo dos estados —Guerrero y Tabasco? ¿Se temía acaso por la posibilidad de consecuencias negativas para el control del paludismo? Al discutirse la política de desconcentración de personal se estableció que los decisores llegaron a pensar en 1982 que esta medida beneficiaría el control. En vez, se toparon con la incapacidad para administrar los recursos y se

atestiguó en parte por ello el descontrol del paludismo. Es entonces factible pensar que los estados con altas tasas de paludismo hayan sido marginados de la devolución de 1985 por decisores que presagiaron resultados similares. Nuestros hallazgos dejan ver que no hay fundamentos para esta hipótesis, toda vez que la supuesta devolución no parece haber modificado la capacidad del centro para implantar y controlar el programa antipalúdico implantado también a partir de 1985.

PARTICIPACION EN LA PLANEACION

¿Cómo afectó la devolución sobre la definición de problemas de salud y la implantación de acciones a nivel estatal y municipal? ¿Cuál fue la participación de los distintos grupos sociales en la acción sanitaria? ¿Cómo interactuó la devolución con los efectos de la crisis económica? Finalmente, ¿Cómo incidió la devolución sobre la equidad en la distribución de los servicios de salud?

Metodología

Con el fin de contestar a las interrogantes planteadas la devolución fue acotada a sus consecuencias sobre la planeación regional, sectorial e intersectorial de la salud, si bien la planeación se definió en términos más políticos que técnicos. Por planeación regional se entiende entonces la operación de los mecanismos por medio de los cuales distintos grupos sociales identificados con áreas geopolíticas inciden en la definición de los problemas de salud y en el planteamiento de alternativas de solución. La planeación sectorial se definió como el establecimiento de políticas de relacionamiento entre las distintas instituciones directamente relacionadas con la prestación de servicios de salud. Por último, la planeación intersectorial se definió como las políticas de vinculación entre las autoridades de salud y aquellos sectores del gobierno municipal, estatal y federal cuyas acciones inciden indirectamente en la salud.

El grado de descentralización en la planeación fue definido y operacionalizado atendiendo a la capacidad adquirida por las autoridades locales de salud, sus beneficiarios potenciales y los grupos de interés para modificar la definición de problemas y la asignación de recursos con base en procesos formales e informales de concertación instituidos en distintos niveles de gobierno o ámbitos funcionales. El problema a resolver fue el de establecer cómo se utilizó la devolución para reestructurar los intereses sectoriales y regionales frente a los embates de la crisis económica.

Las principales unidades de observación fueron los COPLADE en Guerrero (COPLADEG) y en Oaxaca (COPLADEO), órganos establecidos por el gobierno federal a nivel estatal y subestatal para concertar acciones y obtener y canalizar recursos entre niveles de gobierno, grupos sociales e instituciones públicas y privadas. Se enfocó de manera particular en la estructura y funcionamiento de aquellos Subcomités de planeación relacionados con la salud y el bienestar social de la población, tanto los Subcomités de Salud y Seguridad Social a nivel estatal, como los Subcomités regionales e intersectoriales.

Resultados

La Secretaría de Salud elaboró en 1983 una metodología de programación estatal que vinculó a los Servicios Coordinados con los lineamientos y las prácticas presupuestarias de SPP. Estas acciones tuvieron el propósito de resolver los problemas de ineficacia técnica y consecuente subutilización de los recursos disponibles a los servicios estatales por medio de los Convenios Unicos de Desarrollo (CUD). Más allá del problema técnico, se tenía que enfrentar la necesidad de que SPP asignara por medio de los CUD los recursos suficientes para satisfacer las necesidades del sector, sobre todo en aquellas entidades que habían sido marginadas de este

mecanismo. Se percibió un círculo vicioso: los CUD no asignaron recursos destinados a la salud porque las autoridades sectoriales en los estados no participaron en los COPLADE; a su vez, no participaron porque carecían de interés ante la ausencia de recursos. Con el propósito de romper con esta situación, la SSA tramitó con SPP un presupuesto de \$4,000 millones sobre cuya base los Servicios Coordinados de todos los estados participaron en los COPLADE a partir de 1984³¹.

El diagnóstico de las autoridades de la Secretaría de Salud no analizó aquellos obstáculos a la planeación y presupuestación descentralizada de origen estructural, esto es, la disponibilidad de procedimientos más allá de la voluntad de participación o el conocimiento de los funcionarios a nivel regional. Durante la administración de López Portillo el subsector de población abierta fue centralizado —no obstante su inclusión dentro del COPLADE— al canalizarse los recursos del *boom* petrolero al programa IMSS-COPLAMAR, mismo que nunca estableció nexo alguno con la planeación regional. En contraste, la Secretaría de Educación Pública no participó en COPLAMAR y siguió una política desconcentradora y más vinculada a los COPLADE, resultando en asignaciones por medio de los CUD de hasta 15,000 millones de pesos en 1982, tiempo durante el cual la SSA sólo recibió 1,200 millones³². La efectividad del sector salud dentro de la planeación descentralizada dependió —más que de la capacidad técnica de los funcionarios estatales— de la política centralizada que se siguió para llevar la salud a la población rural durante el boom petrolero. Así las cosas, la planeación regional por medio de los COPLADE se enfrentó, como ahora veremos, a determinantes estructurales no previstas o explicitadas que llevaron a resultados tampoco previstos o incluso deseados.

³¹ Entrevista 26.11.87, ex-Funcionario, Dirección General de Planeación, SSA.

³² Entrevista 26.11.87, ex-Funcionario, Dirección General de Planeación, SSA.

Antecedentes de la Planeación en Guerrero

En Guerrero se instauró el Comité Promotor del Desarrollo (COPRODEG) a mediados de la década de los 70. Uno de sus resultados fue el estudio de los problemas socioeconómicos de la entidad, culminando en un Programa de Inversiones a Mediano Plazo³³. En 1979 se elaboró el primer Plan Estatal de Desarrollo, que recogió estudios parciales hechos por administraciones anteriores —entre ellos, la regionalización estatal y el Plan de Desarrollo Integral de la Montaña de Guerrero. En 1981 se elaboró el Plan de Desarrollo Socioeconómico del Estado, que culminó en el Plan Guerrero. Sobre estas bases se estableció formalmente el Sistema Estatal de Planeación Democrática (SEPD), implantado en Guerrero a principios de la administración de Miguel de la Madrid³⁴.

Planeación Sectorial en Guerrero

El Subcomité de Salud y Seguridad Social se integró en Guerrero a principios 1984 en el seno del COPLADEG, con la participación de las instituciones de servicios de salud, asistiendo también escuelas de medicina y enfermería, así como líderes gremiales y políticos³⁵. Quienes mayor participación mostraron fueron la Secretaría de Salud y después de la devolución en octubre de 1985, la Secretaría Estatal de Salud. El IMSS participó en menor medida, mientras que las demás organizaciones acudieron muy esporádicamente^{36,37}.

³³ Gobierno del Estado de Guerrero, *Bases generales del sistema estatal de planeación democrática*, Chilpancingo, Gro., 1981.

³⁴ Gobierno del Estado de Guerrero, *Plan de desarrollo socioeconómico 1981-1987*, Chilpancingo, Gro., 1981.

³⁵ Estas fueron, SSA, IMSS, ISSSTE, DIF, INI, Forestal Vicente Guerrero, Marina, UAG, Asociación de Médicos Guerrerenses, Comité para las Adicciones, Cruz Roja, Secretaría de Planeación y Presupuesto del Estado de Guerrero, PRI.

El Subcomité de Salud y Seguridad Social del COPLADE elaboró el Programa Estatal de Salud durante 1984 con el fin de que fungiera como marco formal para la coordinación sectorial³⁸. También dió a conocer la Ley General de Salud emitida por la federación y revisó y discutió el anteproyecto de la Ley Estatal de Salud, misma que fue aprobada en febrero de 1985. Se propuso estrechar la coordinación programática del sector salud con vistas a la "descentralización" de los servicios a población abierta, para lo cual suscribió en marzo de 1984 un convenio entre la Secretaría de Salud, el IMSS y las autoridades federales y estatales. Con el fin de instrumentar estos convenios se elaboró la regionalización operativa de los servicios de salud en el estado y, más tarde, se eliminaron las unidades redundantes y se fijaron las necesidades de nuevos centros así como de rehabilitación de los existentes. El Subcomité también coordinó acciones de carácter operativo, dentro de las que destacaron la lucha contra el paludismo y las campañas de vacunación.

El Subcomité de Salud y Seguridad Social del COPLADE concertó acciones interinstitucionales en tres programas: paludismo, planificación familiar y campañas de vacunación. El paludismo fue un problema de creciente preocupación para las autoridades estatales y nacionales, toda vez que había mostrado una alarmante incremento³⁹. El IMSS se comprometió con la Secretaría de Salud en febrero de 1985 a complementar los recursos sectoriales a nivel estatal para la lucha contra este mal⁴⁰. No obstante, para agosto de 1986 la Secretaría

³⁶ COPLADEG, *Programa anual de trabajo*, Chilpancingo, Gro., 1984.

³⁷ COPLADEG, *Evaluación del funcionamiento de los subcomités sectoriales, especiales y regionales del COPLADEG*, Mecanoescrito, Chilpancingo, Gro., 1984.

³⁸ COPLADEG, *Programa estatal de salud 1985-1988*, Chilpancingo, Gro., 1984.

³⁹ R. Neri Calvo, *Ponencia del Subcomité de Salud y Seguridad Social a la reunión de evaluación del COPLADEG*, Mecanoescrito, Chilpancingo, Gro., enero de 1985.

⁴⁰ COPLADEG, *Minutario 1985*, Mecanoescrito, Chilpancingo, Gro., enero 1986;

Estatad de Salud informaba apenas sobre las bases para una futura coordinación interinstitucional antipalúdica. El IMSS se comprometió entonces a "realizar acciones de mayor envergadura" a partir del próximo año fiscal —esto es, de 1987—, mientras que se acordó estrechar las actividades de coordinación entre la Universidad Autónoma de Guerrero el DIF y la Forestal Vicente Guerrero⁴¹. La coordinación antipalúdica interinstitucional se vió así afectada tanto por la incapacidad de las autoridades sectoriales del estado para promover la coordinación, como por los obstáculos administrativos que el centralismo interpuso a la agregación de recursos a los servicios estatales.

La coordinación interinstitucional dentro de los programas de planificación familiar y vacunación de polio y sarampión se dió con base en la asignación de recursos de cada institución en beneficio de la población no asegurada. El IMSS ofreció a las demás instituciones el recurso quirúrgico para la planificación familiar, aunque estas últimas no hicieron esfuerzos para organizar la referencia de pacientes con vistas al óptimo aprovechamiento del recurso. La implantación de las campañas de vacunación se dió sobre la base de comités técnicos interinstitucionales que definieron las poblaciones objetivo de cada una de las instituciones participantes.

La pobre coordinación interinstitucional en torno al problema del paludismo se explica por la ausencia de normativa que obligara a las instituciones aún centralizadas al aporte oportuno de los recursos que se planificaron en el nivel estatal. Esto es, la excesiva centralización política obstaculizó la planeación y coordinación descentralizada. La coordinación a nivel nacional se vió a su vez obstaculizada por la reticencia de la seguridad social para aportar los recursos formalmente comprometidos⁴². Así, el centralismo y la

COPLADEC, *Minutario 1986*, Mecanoescrito, Chilpancingo, Gro., enero 1987.

⁴¹ COPLADEC, *Minuta de la reunión de agosto de 1986*, Mecanoescrito, Chilpancingo, Gro., 1986.

fragmentación multiplicaron su efecto para obstaculizar la planeación descentralizada. Estos fenómenos guardaron relación con el contenido de la política de sectorización en el caso del paludismo, donde se buscó amasar en una sola administración recursos provenientes de distintas instituciones. Esta situación sugiere que existe incompatibilidad entre el aporte de recursos de las distintas instituciones nacionales de salud y la planeación descentralizada.

La concertación en torno a la planificación familiar contó — a diferencia del caso del paludismo— con la normativa central, si bien las autoridades sectoriales a nivel estatal fueron incapaces de aprovechar adecuadamente los recursos disponibles. En este caso los obstáculos se ubicaron al nivel de la instrumentación de la política, donde todas las instituciones mostraron poco interés por llevar los acuerdos hasta sus últimas consecuencias. En el caso de las campañas de vacunación se apreció una adecuada concertación, toda vez que existió tanto la normativa central, como el mecanismo estatal para distribuir a la población entre los recursos de las diversas instituciones. La aplicación de recursos claramente limitados en el tiempo y en el espacio, la autonomía interinstitucional y la visibilidad política explican el éxito obtenido con la sectorización en las campañas de vacunación.

La coordinación programática, preámbulo de la devolución e integración de los servicios a población abierta, comenzó formalmente con la firma en marzo de 1984 de un convenio entre el IMSS y Secretaría de Salud⁴³. A partir de este acuerdo se cerraron las unidades médicas que se encontraron redundantes en un ejercicio de regionalización. La población no participó en esta toma de decisiones, dándose tan sólo con un enfoque técnico a partir del modelo de atención (ver capítulo anterior).

⁴² IMSS. *Minuta de la sesión plenaria del H.Consejo Técnico del IMSS, 1 de abril de 1987*, Mecanoescrito, México, IMSS, 1987.

⁴³ R. Neri Calvo, *Ponencia del Subcomité de Salud y Seguridad Social*.

Más allá de la acción conjunta que se dió para cerrar las unidades redundantes, la coordinación programática por medio del COPLADEG fue nula. En junio de 1985 se firmó el convenio para la integración orgánica, aunque por diversos problemas no se realizó. En septiembre de 1985 se firmó un nuevo acuerdo, donde se señaló el 1^o de octubre del mismo año como fecha para la integración orgánica de los servicios. Dicho acuerdo estableció también la conformación de un comité técnico para el "seguimiento de la descentralización" con miembros de la SES, el IMSS y el INI. No obstante, el comité no reportó resultado alguno de coordinación o evaluación. Así las cosas, la integración no se consiguió en la fecha pactada debido a la obstaculización del IMSS según el ya para entonces Secretario Estatal de Salud. No fue sino hasta diciembre de 1985 que la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero asumió control de las unidades médicas rurales del programa IMSS-COPLAMAR⁴⁴.

El COPLADEG fue de poca efectividad para el cumplimiento de los convenios de apoyo logístico que tanto el IMSS como la Secretaría de Salud se habían comprometido a brindar a la Secretaría Estatal de Salud después de la devolución. Así, las autoridades estatales de salud protestaron con el gobernador porque el IMSS no cumplió los compromisos pactados de mantener tanto al personal directivo de los hospitales como los recursos materiales para el sostenimiento de las unidades médicas. También se denunció que las autoridades federales de salud no cumplieron a tiempo con la entrega de recursos necesarios para la operación de las unidades entregadas por IMSS-COPLAMAR⁴⁵.

Una medida de la poca efectividad del COPLADEG y sus instancias de apoyo técnico fue que ni las autoridades estatales ni la Secretaría de Salud conocieron los costos reales del programa IMSS-COPLAMAR hasta después de que las

⁴⁴ COPLADEG, *Evaluación del funcionamiento de los subcomités sectoriales*.

⁴⁵ R. Neri Calvo, *Ponencia del Subcomité de Salud y Seguridad Social*.

unidades médicas habían sido entregadas, lo que redundó en una inadecuada presupuestación⁴⁶. Por otra parte, los mecanismos de evaluación del COPLADEG nunca fueron llamados a resolver las querellas que se suscitaron en torno a la devolución. Bajo el argumento de que los servicios que había recientemente entregado se estaban deteriorando con la nueva administración, el IMSS procuró la intervención directa del Presidente, quién ordenó que la SPP y la Secretaría de la Contraloría General realizaran una evaluación, sin acudir antes a las instancias de evaluación del COPLADEG⁴⁷. Así las cosas, el IMSS no sólo cuestionó el cómo se estaba procediendo con la "descentralización", sino inclusive la legitimidad misma de la autoridad estatal⁴⁸.

El Subcomité de Salud y Seguridad Social en Guerrero dedicó la mayor parte de su atención a la devolución de responsabilidades selectivas sobre los servicios a población abierta a los municipios, por medio de la firma de acuerdos de coordinación de acciones. Dichos acuerdos comenzaron a ser firmados en marzo de 1984 y fueron renovados y ampliados anualmente hasta cubrir en febrero de 1988 a 61 de los 75 municipios en el estado. Los primeros convenios suscritos con 13 municipios formularon el financiamiento de la inversión de nuevos centros de salud entre la federación y el estado, asignando al ayuntamiento sólo la responsabilidad de llevar a cabo las obras. No obstante, los recursos federales y estatales fueron liberados tardíamente, por lo que las autoridades de salud invitaron a varios municipios a realizar las obras con sus propios recursos, mismos que se comprometieron a restituir cuando los tuvieran disponibles⁴⁹.

⁴⁶ Entrevista 12.10.87, Ex-Delegado del IMSS, Guerrero.

⁴⁷ La Secretaría de Salud tampoco fue invitada a participar, lo que suscitó fuertes protestas del Secretario del ramo. Ver capítulo anterior.

⁴⁸ Esta situación se constata por la ausencia de cualquier mención en la memoria que la institución redactó sobre la entrega de servicios de IMSS-COPLAMAR en el estado de Guerrero. Ver IMSS, *Memoria de descentralización de los servicios del programa IMSS-COPLAMAR al gobierno del estado de Guerrero*, México, IMSS, 1985, *passim*.

La falta de experiencia de los ayuntamientos con las comprobaciones y los trámites oficiales llevó a que no ejercieran 200 de los 342 millones de pesos que se habían programado. Más aún, los municipios ya habían aportado dinero de su propia hacienda, mismo que en ausencia de comprobantes válidos no les fue reconocido. Los presidentes municipales protestaron por ello en el pleno de una asamblea de fortalecimiento municipal organizada por el COPLADEG, ya que se habían quedado sin el dinero necesario para cubrir los sueldos de su personal. Las autoridades de salud respondieron en el acto que la situación fue

...culpa plena de los ayuntamientos, no fue de ninguna manera de la Secretaría de Salud y ni siquiera, o acaso en parte, del gobierno del estado [50].

Por otra parte, se les dijo que

...la responsabilidad de la construcción de los centros de salud es municipal. Somos una república federal en la que están claramente delimitadas las obligaciones y atribuciones del nivel federal, estatal y municipal y todavía más, ahora con la firma de los diversos convenios respectivos....[ustedes] no están haciendo los centros de salud graciosamente a nombre de la Secretaría de Salud, sino como cumplimiento de una de las obligaciones más importantes que es velar por la salud de sus habitantes [51].

A partir de este incidente la colaboración financiera de los municipios fue convenida de antemano. Así, en 1985 se construyeron 48 centros de salud con un aporte municipal del 18 por ciento de los costos. Hacia 1988, 52 municipios habían firmado convenios de cofinanciamiento. Los municipios que no firmaron se encontraban sobre todo en la paupérrima región de la Montaña. Allí no se construyeron centros de salud, aduciéndose que la zona estaba bien provista por el programa IMSS-COPLAMAR.

49 COPLADEG, *Convenio de descentralización de los servicios de salud y concertación de programas prioritarios con municipios*, Mecanoescrito, Chilpa, Guerrero, 1988.

50 COPLADEG *Reunión de evaluación de los avances de la descentralización de los servicios de salud*, Mecanoescrito, Chilpancingo, Gro., abril de 1986.

51 *Ibid.*

La devolución en Acapulco fue muy distinta a la del resto de los municipios en Guerrero, contraste que permite una comprensión de conjunto del fenómeno descentralizador. En julio de 1984 Acapulco firmó el Convenio de Concertación de Acciones en Materia de Salud y el Convenio de Co-financiamiento, con los cuales este municipio pasó a ser el primer municipio y ciudad de importancia con servicios de salud "descentralizados" en el país⁵². Otros convenios firmados en Acapulco —esta vez fuera del ámbito del COPLADEG pero ya con un municipio soberano en materia de salud— fueron los de Coordinación para Establecer Acciones Inmediatas en Materia de Salud Ambiental y Saneamiento Básico y el Acuerdo de Fortalecimiento Municipal en Materia de Salud, ambos firmados en septiembre de 1986. Los pactantes fueron las Secretarías de Desarrollo Urbano y Ecología, la Secretaría de Salud y los tres niveles de gobierno; la Secretaría de Turismo atestiguó los convenios con la presencia de su titular⁵³.

Los distintos convenios firmados en el marco de la "descentralización" de Acapulco se orientaron fundamentalmente al saneamiento de la bahía, el cuidado del abastecimiento del agua potable a los hoteles, la vigilancia de los alimentos, el control de enfermedades transmisibles y la procuración de servicios de salud al turismo y a la población abierta. Los mayores recursos federales que Acapulco consiguió por medio de estos acuerdos se asocian también con un mayor impacto en la salud de la población acapulqueña. Así, el paludismo fue abatido a casi una sexta parte de su incidencia entre 1985 y 1987, mientras que en las otras regiones endémicas de Guerrero solamente se logró mantener el nivel del problema, sin disminuirlo⁵⁴.

⁵² Taxco también firmó estos convenios, aunque dado el tamaño de esta ciudad no tuvieron la trascendencia que aquellos de Acapulco.

⁵³ COPLADEG, *Acuerdo de coordinación para establecer el programa de fortalecimiento municipal en materia de salud*, Mecanoscrito, Acapulco, Gro., 1986.

La devolución de Acapulco permitió dirigir el gasto y la inversión social federal para el beneficio de la importante industria turística, mientras que en otros municipios la devolución implicó un mayor aporte municipal ante la crisis fiscal de la federación. La devolución de Acapulco —y la peculiar forma en que participó el COPLADEG— evitó posibles presiones estatales y municipales tendientes a una redistribución de los recursos federales en aras de otras necesidades.

El COPLADEG fungió principalmente como foro de legitimación de la descentralización financiera sistémica de los servicios de salud a los municipios, con excepción de Acapulco. En este municipio se evidenció, por el contrario, un mayor aporte financiero de parte de la federación y el municipio, resultando en la descentralización sistémica en los financiero. La firma de los principales "convenios para la descentralización" en el seno del COPLADEG se dió entre las autoridades federales, estatales y las de Acapulco ya no como principio de la concertación, sino como propósito legitimador al nivel estatal. Acapulco fue puesto por este medio como *primus inter pares* con relación a los demás municipios del estado, alejándose la imagen de que —para fines prácticos— estaba recibiendo un trato especial por parte de la federación, sin la intermediación de los Servicios Estatales y muy distinto al obtenido por el resto de los municipios.

El Subcomité de Salud y Seguridad Social del COPLADEG no aplicó un principio de distribución y redistribución de los recursos federales y de sus beneficios al nivel estatal. Por el contrario, los criterios que operaron fueron establecidos predominantemente por el centro y en función de los problemas fiscales percibidos en este nivel. El ámbito sectorial de la planeación estatal reprodujo así el centralismo en otro nivel, por lo que debe concluirse que adquirió la forma de la

⁵⁴ Datos tomados del Departamento de Enfermedades Transmitidas por Vector de los Servicios Estatales de Salud de Guerrero.

administración desconcentrada, más que aquella propia a un régimen estatal autónomo y soberano, como se pretendía oficialmente.

Planeación Regional Intersectorial en Guerrero

Las actividades del Subcomité de Salud y Seguridad Social en Guerrero asumieron en gran parte un enfoque regional, toda vez que la devolución municipal fue una de sus principales actividades. El dinamismo del ámbito sectorial del COPLADEG se vió aparejado con una pobre actuación de los Subcomités Regionales en este estado, a pesar de que se conformaron siete regiones COPLADEG, cada cual con un Subcomité regional al que deberían de acudir tanto autoridades sectoriales como las autoridades y agrupaciones locales. En 1986 los representantes de las diversas dependencias estatales o federales sólo se presentaron a la mitad de las reuniones regionales. En otros casos las ausentes eran las autoridades locales o las agrupaciones sociales. Respecto del mal funcionamiento de la vertiente regional del COPLADEG su Subcomité de evaluación planteó que

...falta coordinación con las dependencias participantes y en ocasiones existen relaciones antagónicas entre ellas. [Hay] falta de apoyo financiero y de personal capacitado...Los magros resultados muestran la subutilización de recursos humanos y un desgaste financiero que no ha podido fructificar en su objetivo de disminuir las diferencias económicas y sociales imperantes entre las regiones [55].

Los criterios utilizados en la ubicación y planeación de los servicios de salud fueron siempre de carácter técnico y sectorial, sin considerar las necesidades y elementos culturales de la población, a la vez que sin apoyar la autoridad sectorial con base en los criterios técnicos. Esta perspectiva prevaleció en todos los casos de peticiones de parte de presidentes municipales para la construcción de centros de

⁵⁵ COPLADEG, *Evaluación del funcionamiento de los subcomités del COPLADEG...*

salud. La respuesta en estos casos fue siempre negativa, contestándose que no se justificaban nuevos centros por que ya existían otros cercanos, máxime que las localidades peticionarias eran de menor tamaño al fijado en la norma técnica. En algunos casos, el presidente municipal ofreció realizar la obra con aportación de mano de obra de la comunidad, por lo cual la Secretaría de Salud sólo aportaría el personal y equipo. Aún allí la petición fue rechazada en el acto⁵⁶.

Las autoridades aplicaron inflexiblemente el criterio técnico propio al ámbito sectorial, sin procurar la comprensión de la problemática regional con vistas a concertar acciones que aumentaran la accesibilidad de los servicios. Vg. en algunos de los municipios peticionarios, como Atoyac de Alvarez⁵⁷, los conflictos políticos son álgidos e impiden que las áreas de influencia teóricas de un centro de salud no sean efectivas, por lo que la norma técnica es inadecuada para su propósito y cabía modificarla. Las reuniones regionales pudieron haber logrado la concertación de los problemas culturales o inclusive políticos tendientes a racionalizar el uso de la infraestructura existente, usando la norma técnica como fuente de autoridad para incrementar la equidad al nivel estatal. No obstante, esta postura tampoco fue asumida por los representantes sectoriales.

Antecedentes de la planeación sectorial en Oaxaca

El COPLADE en Oaxaca (COPLADEO) se instaló en marzo de 1981 conforme lo marcó la normativa nacional en ese entonces. No fue sino hasta junio de 1984 que se instalaron nueve

⁵⁶ COPLADEG, *Solicitudes realizadas por la Confederación de uniones de ejidos y comunidades del estado de Gro. a las dependencias respectivas*, Mecanoescrito, Chilpancingo, Gro., 1985.

⁵⁷ Atoyac tiene una historia importante de politización de los servicios de salud, toda vez que los Servicios Rurales Cooperativos que allí existieron sirvieron de base para el movimiento político de Lucio Cabañas en los años 60, razón que explica en parte también su temprana desaparición en esta zona.

Subcomités sectoriales y ocho regionales con base en la legislación estatal⁵⁸. En agosto de 1985 se promulgó la ley para la planeación estatal en el estado de Oaxaca, con el fin de coordinar las actividades del gobierno estatal y los municipales con miras a conseguir el mayor desarrollo del estado⁵⁹. Quedó así establecido el Sistema Estatal de Planeación Democrática (SEPD).

Planeación sectorial en Oaxaca

Antes de la instalación del Subcomité de Salud y Seguridad Social las autoridades de la Secretaría de Salud ya habían intentado coordinarse con el programa IMSS-COPLAMAR, buscando la utilización más racional de los recursos en beneficio de ambos programas con la unificación de los patrones de referencia de pacientes entre niveles de atención. Una vez que las autoridades estatales acordaron el convenio, el delegado del IMSS se declaró incompetente para firmarlo, por lo que sus promotores —autoridades de la Secretaría de Salud en Oaxaca— tuvieron que recurrir al nivel nacional, y aún allí sólo con presiones lograron que firmara el Director General del IMSS. A pesar de estos esfuerzos, los funcionarios de la Secretaría de Salud reportaron que "no se había dado la posibilidad de integrar ni siquiera la papelería" para llevar a cabo la referencia de pacientes⁶⁰.

Oaxaca fue el primer estado programado por la Secretaría de Salud para la devolución, lo que habría de realizarse en junio de 1985. Con este fin, se instaló el Subcomité de Salud y Seguridad Social del COPLADEO en 1984. El legislativo aprobó la Ley Estatal de Salud y se creó así la Secretaría Estatal de

⁵⁸ Los subcomités fueron los de La Cañada, Costa, Istmo, Mixteca, Sierra Norte, Sierra Sur, Papaloapan y Valles Centrales.

⁵⁹ Periódico Oficial del Estado de Oaxaca, *Ley de Planeación del Estado de Oaxaca*, Oaxaca, Oax., 1985.

⁶⁰ Entrevista 10.12.87, Funcionario, Servicios Coordinados de Salud Pública, Oaxaca.

Salud. El gobernador nombró entonces como Secretario a la misma persona que fungía como Jefe de Servicios Coordinados. No obstante ello, en Oaxaca no llegó a completarse la devolución y pocos meses después las más altas autoridades inactivaron el proceso (ver capítulo VIII).

Con la instalación del Subcomité de Salud y Seguridad Social del COPLADEO en 1984 se procedió a elaborar el Programa Estatal de Salud 1985-1988⁶¹. A pesar de la reforzada doctrina de coordinación interinstitucional, este primer producto del Subcomité careció de consenso entre la Secretaría de Salud y el IMSS en cuestiones tan fundamentales como la cobertura institucional. El IMSS argumentó que el programa COPLAMAR daba servicio a toda la población rural con base en sus 326 unidades médicas rurales y 4 hospitales, por lo que los 140 centros de la Secretaría de Salud eran redundantes. La Secretaría de Salud respondió a esta intransigencia elaborando el programa sin mayor consulta y adjudicándose el 22% de la cobertura de la población abierta, dando al IMSS-COPLAMAR sólo el 30%, a pesar de tener más del doble de las unidades. La Secretaría de Salud consideró sin cobertura al 21.3% de la población, contradiciendo la suficiencia postulada por el programa rival. La Secretaría de Salud justificó su actuación unilateral aún dentro del contexto colegiado del COPLADEO aduciendo a que "al IMSS-COPLAMAR no le interesaba realmente, ya que ellos obedecen órdenes del centro". La dificultad que se encontró en la coordinación programática entre instituciones bien puede explicarse como una reacción protectora por parte del IMSS ante la amenaza de integración de IMSS-COPLAMAR planteada por la abortada devolución⁶².

⁶¹ COPLADEO, *Programa estatal de salud 1985-1988*, Oaxaca, Oax., 1984.

⁶² Entrevista 87.10.21, Funcionario de Planeación, Servicios Coordinados de Salud Pública, Oaxaca.

A partir del disenso programático y subsecuente ruptura entre las principales instituciones de salud en el estado sólo se verificaron reuniones mensuales entre la Secretaría de Salud y la Dirección de Obras del Estado⁶³. A pesar de que había aún muchas obras inconclusas y con múltiples problemas, el Subcomité de Salud y Seguridad Social del COPLADEO ya no se reunió en 1987, salvo en una ocasión a fin de año y sólo con el propósito de cumplir con el requisito de evaluar su funcionamiento. En esta ocasión las instituciones sectoriales expusieron los resultados de su gestión anual individual y sin mencionarse programas o logros basados en la coordinación interinstitucional. A lo más que se llegó en esta dirección fue a una mención por parte del Secretario de salud/Jefe de Servicios Coordinados de sus deseos para promover la concertación en el futuro⁶⁴.

El puesto de secretario técnico del Subcomité de Salud y Seguridad Social del COPLADEO pasó en 1988 de la persona del Director de Planeación de los Servicios Coordinados a aquella del Delegado del IMSS, a pesar de que los Servicios Coordinados eran la cabeza formal del Sistema Estatal de Salud. El control de la agenda del Subcomité por parte del IMSS significó *de facto* una disminución de la autoridad sectorial⁶⁵.

Fuera del ámbito del COPLADEO se dieron algunos esfuerzos tendientes a la coordinación interinstitucional de programas de distinto grado de autoridad central, aunque todos con una alta prioridad nacional. Tal fue el caso de las campañas de vacunación, la planificación familiar, el paludismo y el dengue. No obstante, la coordinación fue difícil, llevando a las autoridades de la Secretaría de Salud a sentir el bloqueo sistemático de información por parte del IMSS sobre asuntos

⁶³ COPLADEO, Informe anual de actividades COPLADEO 1986, Oaxaca, Oax., 1987.

⁶⁴ Observación participante, Reunión Anual de Evaluación del COPLADEO, Oaxaca, Oax., 11.12.87.

⁶⁵ Entrevista 10.12.87, Funcionario, Servicios Coordinados de Salud Pública, Oaxaca.

tan fundamentales como las vacunaciones. Los funcionarios de la Secretaría de Salud en Oaxaca no podían menos que calificar al IMSS como prepotente⁶⁶.

Cabe añadir la problemática de la geografía política en el estado de Oaxaca como un posible factor adicional detrás de los resultados observados en la coordinación interinstitucional. La población de la entidad reside en 575 municipios agrupados en 30 distritos. Por su parte, la Secretaría de Salud funcionaba con base en 6 jurisdicciones, mientras que IMSS-COPLAMAR tiene 17 zonas administrativas, apoyadas en dos delegaciones del IMSS, —la de Oaxaca propiamente y una de las dos de Veracruz, que administraba la región del Papaloapan. El COPLADEO estableció una tercera regionalización con el propósito de reforzar la concertación del desarrollo sectorial e intersectorial, con ocho regiones y siete regiones especiales, sin correspondencia plena con ninguna de las regionalizaciones anteriores. No obstante la complejidad geográfica, ésta no afectó a la coordinación sectorial, toda vez que los obstáculos para su realización se ubicaron antes de que ella entrara en juego. Así las cosas, la geografía política del estado es el reflejo de la incoordinación entre las dependencias e instancias de gobierno, y no su consecuencia. Prueba de ello es que IMSS-COPLAMAR no hizo mayores esfuerzos por relacionarse de manera significativa con la Secretaría de Salud al instalarse en el estado. Más aún, cuando la coordinación programática era ya una política oficial decretada por el Presidente⁶⁷, el IMSS publicó el *Atlas IMSS-COPLAMAR*, donde se ubican con métricas y los hospitales del programa, pero no se hace ninguna referencia a las unidades de la Secretaría de Salud y/o del sector en su conjunto⁶⁸. El *Atlas* pudo haber sido un valioso

⁶⁶ Entrevista 10.12.87, Funcionario, Servicios Coordinados de Salud Pública, Oaxaca.

⁶⁷ Diario Oficial de la Federación, 8 de marzo de 1984, pp.19-22.

⁶⁸ IMSS, *Atlas IMSS-COPLAMAR, Volumen 5, Oaxaca, Puebla, Tlaxcala y*

instrumento de la coordinación inter-institucional; no obstante, se convirtió en vez en un instrumento para la perpetuación del aislamiento institucional.

Planeación Regional en Oaxaca

Hacia 1987 Oaxaca contaba con ocho Subcomités regionales y siete regiones especiales del COPLADEO, las cuales eran presididas —en ambos casos, por un delegado nominado directamente por el gobernador. Los Subcomités efectuaron reuniones periódicas de concertación intersectorial, mientras que las regiones especiales fungieron solamente como órganos del ejecutivo estatal, atendiendo a la política regional. Por ello nos limitaremos ahora al análisis de la coordinación intersectorial de los COPLADEO en las ocho regiones principales.

El funcionamiento de los Subcomités regionales del COPLADEO contrastó con el Subcomité de Salud y Seguridad Social, tanto por la periodicidad de las reuniones, la intensidad de la participación oficial y ciudadana, la temática tan variada que se trató y la concertación que se consiguió⁶⁹. Los comités regionales funcionaron desde 1984 con reuniones mensuales muy puntuales y densamente registradas. La mayoría de las reuniones contaron con la participación de variadas instancias federales, estatales y locales, destacando la participación de los presidentes municipales y las autoridades ejidales. Hasta 25 entidades federales o estatales se llegaron a dar cita en una sola sesión. Las reuniones se constituyeron así en un rico foro para expresar la multiplicidad de problemas en las regiones, tanto desde la óptica de las instituciones, como de la población afectada. En este marco se expresaron, entre otros, problemas relativos a créditos agrícolas, asuntos ganaderos, agilización de trámites, construcción de caminos, comercialización, electrificación, educación, cultura,

Veracruz, México, IMSS, 1987.

⁶⁹ COPLADEO, Minutarios de las reuniones de los subcomités regionales de 1984 a 1988, Oaxaca, Oax.

recreación, abasto, alimentación, agua potable, alcantarillado, contaminación de aguas, y servicios de salud.

Entre enero de 1986 y septiembre de 1987 la Secretaría de Salud participó en un total de 23 reuniones regionales, equivalente al 14 por ciento de las celebradas. Por su parte el IMSS, el ISSSTE el DIF y el IMSS-COPLAMAR participaron en una sola ocasión cada una. La participación de la Secretaría de Salud fue muy desigual entre regiones, yendo desde la región Mixteca, con 29 por ciento de asistencia, hasta la región Valles Centrales, donde la Secretaría de Salud sólo asistió a dos reuniones. Es claro que el nivel de desarrollo no se relaciona directamente con la participación, toda vez que la Mixteca es una de las zonas más pobres, mientras que Valles Centrales contiene a la capital.

La baja participación del programa IMSS-COPLAMAR es notable, toda vez que aporta más del doble de las unidades de primer nivel en el estado y la temática tratada fue con frecuencia de relevancia a los objetivos de salud y desarrollo que incluye en sus programas⁷⁰. La Secretaría de Salud participó en los subcomités a través de los jefes de jurisdicción, quienes con frecuencia exponían los objetivos de sus programas. El avance y problemas en la construcción de centros de salud constituyó la mitad del contenido tratado en las 23 sesiones en las que participó la Secretaría de Salud. Se escucharon los reclamos de la población sobre las tardanzas en la construcción, el equipamiento o la asignación del personal. No obstante, la interacción fue fundamentalmente entre la Dirección de Obras del Estado y la Secretaría de Salud, si bien estuvo presenciada por gran número de presidentes municipales. La planeación de estas inversiones pudo haberse beneficiado con la participación de IMSS-COPLAMAR, toda vez que la construcción de un nuevo centro implica la asignación de coberturas, aspecto crítico para el buen aprovechamiento de la infraestructura.

⁷⁰ IMSS, *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México*, p. 23.

El resto de las cuestiones de salud tratadas en las reuniones de los COPLADEO regionales se repartieron entre una variedad de programas o asuntos, como la información y solicitud de colaboración municipal y ciudadana para las inmunizaciones y la lucha contra el dengue. También se discutió o informó sobre el programa de atención primaria de UNICEF en la Mixteca, la planificación familiar, la alimentación complementaria y la participación del ISSSTE o del IMSS en acciones muy específicas. Cabe resaltar una invitación a la comunidad para asistir a capacitarse en medicina preventiva y hacerse cargo de los servicios de salud de las comunidades de su zona, así como el reclamo de la mala distribución de medicamentos y equipamiento y la ausencia de los médicos.

En dos reuniones verificadas en regiones distintas los representantes de la Secretaría de Salud manifestaron que no les era posible reportar avances del programa normal, toda vez que la información al respecto estaba disponible sólo a nivel central. Esto habla de discrepancias entre el nivel de descentralización de la planeación regional y el de la propia Secretaría de Salud. Por otra parte, la mayoría de los presidentes municipales no participaron activamente en los asuntos atinentes a la salud. No obstante, los comités regionales constituyeron un rico foro para la presentación de asuntos extrasectoriales de relevancia a la salud. Con frecuencia se discutieron los problemas para la dotación de agua potable, el mejoramiento de la vivienda o la alimentación. Esta oportunidad de coordinación intersectorial y promoción de la participación ciudadana fue desaprovechada por las autoridades de la Secretaría de Salud, quienes no se relacionaron activamente con los contenidos extrasectoriales.

Contexto territorial y devolución

Una primera conclusión sobre el proceso en la implantación de la devolución en Oaxaca y Guerrero es que —más allá de sus

afinidades con la economía— guardó una estrecha relación con la geografía política. En Contraste con Guerrero, Oaxaca tiene una alta dispersión demográfica, disidencia regional y fragmentación geo-política en 575 municipios. En Guerrero el movimiento guerrillero había sido cooptado a los cauces políticos oficiales al menos desde 1976, mientras que sus 75 municipios le permiten mucha mayor concentración del poder. La desconcentración de la planeación en Oaxaca a través de los COPLADE permitió entonces constituir unidades regionales de gobierno capaces de agregar y controlar las demandas sociales que se presentaban en el ámbito de sus 575 municipios. Este imperativo explica porqué las regiones COPLADE y regiones especiales de Oaxaca eran coordinadas puntualmente por delegados políticos del gobernador. El gobernador en Guerrero ejerció un comando más directo y efectivo apoyado en sus 75 municipios, lo que explica porqué los comités regionales del COPLADE tardaron allí en constituirse en algunos casos, en otros nunca se reunieron, y en muchos pasaron desapercibidos por el gobierno estatal. Además, las regiones fueron en su mayor parte coordinadas por personal de SPP y no por delegados del gobernador, como en Oaxaca.

DEVOLUCION Y EQUIDAD

La "descentralización" siempre fue presentada como una política ligada a la búsqueda de una sociedad más igualitaria. El proceso de implantación de la devolución municipal en Guerrero apunta ya en otra dirección, donde Acapulco fue privilegiado con atención política, recursos materiales y menor incidencia de paludismo, mientras que los municipios pobres fueron responsabilizados de su salud sin mayores posibilidades de negociar recursos. ¿Cómo se reflejó la devolución sobre la distribución de los servicios básicos de salud en los distintos estratos socioeconómicos de Guerrero? ¿Qué relación tuvo la devolución con la equidad? ¿Cómo afectó

paralelamente la crisis económica a la provisión y distribución de los servicios?

Métodología

Según la teoría de la salud pública, los servicios provistos por el gobierno deben de buscar la satisfacción de necesidades desigualmente distribuidas entre la población. Para evaluar las consecuencias de la devolución sobre la distribución de los servicios no es entonces suficiente con analizar el fenómeno en términos de igualdad. El concepto deseado es el de equidad, definida como el equilibrio entre condiciones ecológicas y socioeconómicas, por un lado, y servicios de salud, por el otro, donde todos los grupos poblacionales tienen la misma probabilidad de resolver con calidad sus necesidades de salud⁷¹.

Con el propósito de analizar el impacto de la devolución en la equidad se utilizó una estratificación de necesidades de salud, basada en la agregación de municipios con distintos pesos en sus indicadores socioeconómicos⁷². En el cuadro 12 se muestra la composición de cada categoría de necesidades según el número de municipios y el tamaño de la población incluida. También muestra los valores de las variables dependientes a nivel de cada estrato.

Se esperaba como hipótesis que antes de la devolución existiera una mala distribución de servicios sesgada hacia los estratos más acomodados y de menores necesidades de salud, mientras que después de la devolución se comenzaría a evidenciar una relación inversa, signo de la mayor equidad que era propósito central de la política (gráfica 12).

⁷¹ P. Musgrove, "La equidad del sistema de servicios de salud. Conceptos, indicadores e interpretación", *Bol. Of. Sanit. Panam*, 95 (1983), 525-545.

⁷² Ver capítulo III para la descripción de la selección de indicadores y de las técnicas de estratificación.

Resultados

En el estado de Guerrero en su conjunto tres variables mostraron un incremento absoluto y sólo una observó un decremento entre 1985 y los años subsecuentes (cuadro 13). Entre las que se incrementaron destacan las consultas totales y las de primera vez a mujeres embarazadas, con 43.9% y 60.6%, respectivamente. Las consultas generales de primera vez se incrementaron sólo al mismo ritmo de la población, lo que indica que los incrementos en las consultas de primera vez a mujeres embarazadas y generales fueron muy probablemente absorbidos por los mismos grupos poblacionales ya atendidos con anterioridad.

Durante el periodo estudiado en que Guerrero comenzó a actuar de manera devolucionaria —entre 1986 y 1987— Oaxaca mostró un decremento en todos sus indicadores a nivel del estado en su conjunto, salvo en el reclutamiento de mujeres embarazadas a la atención prenatal (cuadro 13). Los decrementos afectaron especialmente la vacunación DPT, con 24.5%. Las consultas generales totales y de primera vez mostraron pequeños decrementos, de 1.3% y 1.7% respectivamente. El decremento en la vacunación DPT —similar al observado en Guerrero— es indicativo de una reducción de esfuerzos a nivel nacional tendientes a extender dicho servicio a la población.

Los cambios observados en los indicadores de servicios en Guerrero y Oaxaca sugieren que la devolución fue capaz de contrarrestar los efectos de la crisis económica e incluso de aumentar los recursos disponibles allí donde se implantó. ¿Cómo afectó la devolución sobre los principios de distribución de servicios de salud entre los distintos grupos socioeconómicos?

Antes de la devolución el patrón de distribución de indicadores de servicios de salud entre los grupos socioeconómicos de población no asegurada en los dos estados

variaba entre igualitario y equitativo, según el indicador. Servicios preventivos tales como reclutamiento a la atención prenatal y vacunación DPT mostraron una distribución de igualdad consistente a través de los estratos. Las consultas generales y de primera vez mostraron un patrón de distribución equitativa, toda vez que los más necesitados también recibieron mayor atención de parte de los servicios públicos, aunque en algunos casos los estratos más aventajados también recibieron más atención que los estratos medios (cuadro 12, gráficas 14 y 16)

La similitud en el patrón de distribución de los indicadores de servicios de salud entre los dos estados demuestra la identidad de los sistemas de administración y de los indicadores socioeconómicos antes de la devolución. ¿Cómo se modificó el patrón de distribución después de que se devolvió Guerrero? ¿Cómo afectó la crisis económica a dicho patrón de distribución en ambos estados?

Oaxaca continuó distribuyendo sus servicios en los años de 1986 y 1987 con un patrón similar en lo general al seguido en 1985 (cuadro 12, gráfica 15). Los decrementos ya notados anteriormente no impactaron a ningún estrato en particular, sino que fueron absorbidos por todos de acuerdo a los principios ya establecidos y, si acaso, acrecentándose la equidad ligeramente. Después de la devolución en Guerrero se observaron cambios significativos en la distribución de servicios entre los estratos, aparejados a los incrementos a nivel estatal (gráfica 16). Los dos estratos más acomodados (y donde reside el 26% de la población) fueron los únicos beneficiados con los incrementos, mientras que todos los demás, pero especialmente los dos peores (donde reside el 8% de la población) experimentaron importantes decrementos, a pesar de que el estado tuvo mayor abundancia de recursos.

Los cambios más drásticos sobre la equidad en Guerrero ocurrieron al incrementarse las consultas totales en casi

cuatro veces su volumen per cápita en 1985, mientras que en el estrato más bajo se redujeron a menos de la mitad.

La devolución implicó entonces un cambio de 180 grados en la política de distribución de servicios de salud en Guerrero, de asegurarse un principio de equidad en 1985 a uno de inequidad después. Los cambios a la equidad son aún más notables al haberse producido no sólo a partir de un aumento de servicios a nivel estatal, sino también con base en un decremento real en los estratos más bajos. No sólo se les dió menos a los más carenciados, sino que también se les dió más a quienes ya tenían también mayor acceso a la medicina privada. El análisis del cambio porcentual de los indicadores antes y después de la devolución y comparando a Guerrero y Oaxaca muestra este giro muy claramente (gráficas 15a y 15b).

Los grupos indígenas de la región de la Montaña guerrerense sufrieron más pérdidas que ningún otro grupo, siendo una población ya de por sí explotada y aislada de los beneficios del desarrollo económico nacional. En Guerrero la devolución llevó entonces a atender a las necesidades de quienes tienen mayor poder de negociación; con ello se les incorporó más a los beneficios del desarrollo nacional. Si la atención a la salud se concibe como una forma de facilitar el desarrollo y, así, de apoderar a los grupos locales, puede concluirse lo siguiente: En Guerrero la devolución implicó en la práctica una centralización sistémica, donde ganaron poder tanto los intereses económicos locales (que no necesariamente corresponden con quienes recibieron los servicios) como los centrales. Por su parte, los campesinos e indígenas de autosubsistencia sufriendo de hecho una forma de descentralización sistémica, donde a la disminución de la responsabilidad y capacidad de control político del nivel central le correspondió también una disminución de aquel de las bases.

La conclusión en el caso de Oaxaca es distinta, toda vez que al sostenimiento del patrón de distribución se vió acompañado

de una ligero incremento en la equidad en la extensión de cobertura (consultas de primera vez). Esto habla de que las instituciones de salud intentaron tener mayor penetración con base en la desconcentración y planeación regional ya descrita. No obstante, al carecerse de los recursos suficientes para sostener y profundizar el esfuerzo, la población de los estratos bajos resultó centralizada de manera relativa. En efecto, la población recibió promesas que no condujeron a beneficios permanentes. Los estratos medios y altos de la población abierta oaxaqueña sufrieron con la crisis una pérdida de poder, a la par que el centro también debilitó su capacidad de control político por medio de la salud.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

¿Cuál fue el significado de la política descentralizadora como estrategia económico-política del Estado? El análisis de la efectividad del programa antimalárico en las dos regiones estudiadas a nivel nacional no indicó que la devolución haya tenido beneficios importantes, si bien tampoco significó la pérdida de control sobre una política de interés nacional. Esto equivale no tanto a evaluar la efectividad de la administración bajo la devolución, como a corroborar la perdurabilidad y *necesidad* del centralismo como estrategia para el ataque contra enfermedades como el paludismo.

La necesidad de un control centralizado frente a la baja capacidad de los servicios estatales ante problemas como el paludismo es respaldada por los efectos negativos obtenidos con la desconcentración de personal que se dió entre 1982 y 1985. La transferencia de responsabilidades por la administración de personal a los Servicios Coordinados y a los gobiernos estatales repercutió en un importante incremento al paludismo. Más que desconcentración, lo que allí sucedió fue una dispersión de la autoridad.

Si bien nuestro análisis sobre la efectividad del programa antimalárico no demuestra ventajas o efectos específicos de la devolución a nivel regional, ello no quiere decir que no haya implicado diferencias en la distribución de los beneficios observados entre los distintos grupos socioeconómicos. La evidencia discutida en torno a la planeación descentralizada en el estado de Guerrero demostró que Acapulco si obtuvo mayores decrementos en su tasa de paludismo, en buena medida debido a la intensidad en las actividades de control allí habidas. Esto se relaciona a su vez con la devolución municipal y la canalización de recursos desde la federación, a través del "puente administrativo" que evitó a los Servicios Estatales de Salud.

El análisis de la descentralización de la planeación mostró efectos paradójicos respecto de los objetivos explícitos de la política. Oaxaca, que se mantuvo centralizado, demostró mayor capacidad de respuesta en los municipios más pobres que Guerrero. En esta entidad, no obstante, la devolución logró mejorar la capacidad de respuesta en los municipios de mejor estrato socioeconómico.

La devolución de responsabilidades al gobierno oaxaqueño sin la correspondiente transferencia del aparato administrativo influyó sobre la planeación al politizar la acción sanitaria de los jefes jurisdiccionales de la Secretaría de Salud, quienes fueron incorporados de manera más intensa al proceso de concertación regional. En otras palabras, el gobernador aprovechó a "su" Secretario de Salud en la resolución de los problemas de las zonas más conflictivas del estado, sin preocuparse por las responsabilidades federales que le eran propias como Jefe de Servicios Coordinados. Esta dinámica bien pudo aminorar los efectos de la crisis económica en los grupos menos favorecidos, manteniéndose el patrón de igualdad en la distribución de los servicios.

Las autoridades del IMSS en Oaxaca reaccionaron frente a la politización de la Secretaría de Salud y la amenaza de la

integración con un mayor aislamiento del ámbito de coordinación sectorial y regional. La búsqueda de legitimación bien pudo llevar a intensificar la prestación de servicios, de nuevo paliando las consecuencias de la crisis para los grupos menos favorecidos.

En Guerrero, por el contrario, las autoridades de los Servicios Estatales actuaron fundamentalmente en el ámbito sectorial al preocuparse del establecimiento del nuevo aparato administrativo. Además, su preocupación por solventar la nueva carga política y económica les llevó a impulsar la devolución a nivel municipal. Esta acción encontró fuerte respaldo en Acapulco, lo que sin dudas contribuyó a legitimar la medida en el resto del estado, a pesar de sus vastas diferencias económico-políticas. Hubo también una mayor colaboración del IMSS en la coordinación inter-institucional, toda vez la fuerza política detrás de la fusión orgánica la hizo prácticamente irreversible. No obstante, la coordinación programática y la colaboración posterior a la devolución se vió todavía muy por debajo de las expectativas establecidas por la política nacional. Todo ello contribuyó a la modificación del patrón de distribución de servicios en el estado, de ser igualitario antes de la devolución, a ser francamente inequitativo después.

En síntesis, las grandes disparidades regionales en Guerrero auspiciaron —por distintas razones— la planeación sectorial y la descentralización financiera sistémica, mientras que centralizaron y tecnificaron las decisiones, bloqueando la participación en lka planeación regional. La Secretaría de Salud tuvo en Oaxaca la experiencia inversa, siendo su actuación más fragmentada en lo sectorial, centralista en lo financiero y participativa en la planeación regional.

Lo encontrado para la planeación guarda estrecha correspondencia con los hallazgos en el terreno de la equidad. Podemos sugerir que al profundizarse en la coordinación intersectorial y regional en Oaxaca se logró también una mayor

supervisión de los servicios y entonces una compensación por la caída en el poder de compra de la población o de la capacidad de oferta de los servicios. No obstante, la permanencia de programa IMSS-COPLAMAR puede explicar también la mayor equidad respecto de aquella observada en Guerrero. En este último hubo una inversión en el principio de distribución de los servicios, lléndose de la equidad en 1985 a la inequidad para 1987. Este cambio contrario a los objetivos de la política encuentra explicación en la devolución municipal y en los problemas asociados a la reorganización de los servicios de salud para población abierta.

La creciente inequidad a raíz de la devolución no fue el resultado de la falta de experiencia por parte de los Servicios Estatales de Salud, como tampoco se explica por una inadecuada infraestructura. Fue más bién el resultado de los conflictos a nivel central a raíz de la sectorización, proceso que lejos abatir la renuencia tradicional a la coordinación por parte de las instituciones nacionales, la pronunció. La fragmentación a nivel nacional redundó así en una descentralización de caracter sistémico en los municipios pobres, donde el nivel local como el nacional redujeron sus contribuciones al beneficio social de la población.

X

Conclusiones Generales

El recorrido histórico que hicimos en los capítulos anteriores nos lleva a la conclusión general de que la estructuración de las relaciones centro-locales en el campo de las políticas de salud obedeció, en parte, a las coyunturas económico-políticas, a los modelos teóricos e ideológicos disponibles así como a las influencias internacionales de distinta índole. No obstante, la investigación demostró también la importancia crucial que tuvieron los distintos grupos estatales —muchas veces en pugna— en el proceso de elección y combinación de las modalidades que efectivamente se implantaron de relaciones centro-locales. Se demostró, además, el papel secundario que cumplieron los grupos sociales receptores de los servicios de salud, quienes participaron sólo a través de los cálculos anticipados que hicieran los distintos actores estatales sobre sus probables reacciones.

Podemos también afirmar que si bien los actores estatales formularon preferencias por tal o cual relación centro-local, las opciones que se les presentaron estuvieron siempre constreñidas por relaciones heredadas, o sea, por las configuraciones de poder generadas en las elecciones del pasado. Las pugnas que se dieron como consecuencia promovieron intentos paralelos —y muchas veces contradictorios— de estructuración, lo cual llevó a que en la realidad se manifestaran múltiples formas de relacionamiento centro-local con distinto grado de definición e influencia.

A continuación especificamos estas conclusiones en cuatro apartados. El primero enfocará en la génesis, combinación y

auge de los principios técnico y corporativista. En el segundo abordamos las conclusiones que se desprenden del intento por reivindicar el principio territorial. Seguidamente concluimos en torno a las razones que explican las consecuencias de dicha reivindicación y de la devolución parcial que se obtuvo. Finalmente hacemos algunas observaciones prospectivas en torno a las relaciones centro-locales de la política de salud que se están perfilando en el gobierno de Carlos Salinas de Gortari.

PREDOMINANCIA DE LA COMBINACION TECNICO-CORPORATIVISTA

El principio técnico de vinculación de las relaciones centro-locales en la salud cobró relevancia en México a partir de 1917 y a raíz de las necesidades percibidas por la élite federal y los intereses capitalistas internacionales por subsidiar la acumulación. Desde entonces el principio técnico mostró una fuerte interrelación con el territorial, toda vez que la acumulación se dió en enclaves geográficamente circunscritos. El principio territorial permitió que se aplicara el marco descentralizado de la administración de la salud pública norteamericano a la vez que ató los recursos financieros a aquellos municipios donde el problema en cuestión fue definido como prioritario. A pesar de su combinación, el principio técnico trascendió como dominante y permitió que se definieran y atacaran sólo aquellos factores socioeconómicos y ecológicos que la teoría epidemiológica señalaba como responsables de un problema muy selecto de salud.

Conforme se formaron médicos y sanitaristas en la capital y se estableció un clima de rápido crecimiento hacia los años 40, las acciones sanitarias organizadas bajo el principio técnico fueron ampliamente socorridas para subsidiar el proceso de acumulación. La técnica también influyó sobre la satisfacción de las necesidades individuales de salud, al difundirse en el medio urbano el modelo de medicina hospitalaria altamente

tecnificado. este modelo se originó en la medicina privada y liberal de los países desarrollados, si bién en México fue adoptada como medicina de un Estado que hizo de la modernización su ideología.

El principio corporativista tuvo sus inicios en el medio rural como parte del impulso a la organización ejidal colectiva que Cárdenas estableció en el segundo lustro de los años 30. El Estado señaló a estos campesinos como objeto de políticas de apoyo a la salud, rompiendo con la tradición territorial. Cabe enfatizar que si bién el Estado jugó un papel detonante, en sus inicios los campesinos promovieron las acciones de salud y aportaron los recursos desde las bases. El corporativismo tuvo su génesis en el terreno sanitario bajo una modalidad descentralizada e integrada.

Con la preocupación federal por dirigir la vida económica de los ejidos, la banca delegada promovió la centralización del poder en la asignación de recursos y la definición de necesidades de salud, mientras que las autoridades federales intentaron homologar los programas a nivel nacional. La centralización en ambos casos se hizo en aras del principio técnico. Cabe plantear entonces que el rasgo centralista del corporativismo estatal es un atributo de la penetración del principio técnico. Surge entonces la interrogante sobre el peso de la ciencia y la técnica como fuerza modernizadora, *versus* como herramienta de control político.

A más de subsidiar la acumulación, el principio técnico se aprovechó para la cooptación de intereses políticos a la esfera del Estado en combinación con el principio corporativista. Esto sucedió al crearse la seguridad social, anteponiendo una maquinaria técnico-burocrática a los intereses sociales de las masas movilizadas por el cardenismo. Para los dirigentes de las masas campesinas, la seguridad social representó una promesa de cobertura integral conforme avanzara la "modernización". La lenta incorporación de los campesinos y bajo "esquemas modificados" se justificó con base en razones

fiscales y actuariales de financiamiento propias a la esfera técnica.

El aparato técnico-corporativista no articuló a todos los grupos movilizados, como tampoco retiró las acciones sanitarias a quienes quedaron fuera de las prioridades estatales. Cabe hablar de un proceso de "desestructuración técnica" de la representación de los intereses sanitarios campesinos. Esto sucedió cuando los múltiples programas técnicos que se crearon compitieron por los escasos recursos de las instancias que ofrecían programas integrales de salud y que estaban vinculados políticamente con las asociaciones campesinas. Además, los programas selectivos y verticales quedaron fuera de la influencia de la política campesina, aplicando acciones abstraídas de la organización social. El medio rural —que no necesariamente los campesinos— recibió crecientemente atención sanitaria dirigida a la liberar la fuerza laboral y los recursos naturales que las diferentes endemias impedían explotar.

Las políticas implantadas bajo el principio técnico consiguieron distintos grados de autonomía y aislamiento del contexto institucional más amplio. Este fenómeno favoreció su permanencia y poder dentro de la esfera estatal, sobre todo cuando lograban fuentes de financiamiento ajenas a la hacienda pública, como los fondos internacionales o las recaudaciones directas sobre nóminas en el sector industrial. A pesar de su arraigo, los programas verticales no estuvieron exentos de fuertes críticas y retos a su persistencia, atacándose su elitismo, inequidad e incapacidad para aprovechar la creciente infraestructura federal. Las instancias delegadas o semi-delegadas lograron siempre negociar soluciones favorables a las exigencias de recursos que se les formularon. Los recursos que les fueron redistribuidos nunca salieron de la órbita de su control, lo que les permitió sacar ventajas y protegerse de futuros reclamos. La retención del control administrativo

sobre los flujos de recursos o la prestación de servicios fuera de los objetivos primarios permitió reducir gradualmente los aportes —siempre bajo la justificación de "preservar el balance financiero".

Los resultados de la investigación nos permiten avanzar la hipótesis de que las bases políticas de la seguridad social en México se forjaron, primero, con el desarrollo del principio técnico en los años 20's y, después, con las experiencias nacidas del cardenismo y su producto, el corporativismo centralizado estatal. Habiéndose establecido esta poderosa herramienta de centralización y cooptación de las fuerzas populares, los actores estatales se dieron a la tarea de aplicarla a los nuevos grupos prioritarios dentro del ámbito industrial. Bajo esta combinación, el Estado fue capaz de orientar, controlar y subsidiar el desarrollo económico, manteniendo así una alta tasa de ganancia con un bajo nivel de participación y remuneración por parte de las bases obreras.

Los principios técnico y corporativista sumaron fuerzas para defender los privilegios del sector industrial frente a los ataques de quienes pugnaron por disminuir la desigualdad social con base en la extensión ampliada de la seguridad social. La combinación asumió plenitud con la experiencia del programa IMSS-COPLAMAR, donde el brazo técnico de la seguridad social permitió extender un medio de comunicación a los "marginados", mientras que el aspecto corporativo dió el mensaje de integración y justicia social. Más allá de la acción simbólica y el control político, la seguridad social también ofreció servicios cuyos beneficios no fueron despreciables, si bien nunca llenaron las expectativas formuladas en un inicio.

REIVINDICACION DEL PRINCIPIO TERRITORIAL

La reivindicación del principio territorial tuvo dos facetas o momentos; la primera y más débil fue de carácter desconcentrador; la segunda planteó la devolución político-

administrativa de la salud. Si bien hay algunas conclusiones que son aplicables a las dos estrategias, también muestran especificidades que es preciso resaltar.

Desconcentración

A la par de que el Estado centralizaba y fragmentaba sus acciones en la década de los años 70, otros actores intentaron centralizar el poder por otras vías y para distintos fines. La desconcentración administrativa apoyada en el principio territorial adquirió relevancia frente a las críticas de que la tecnificación y la fragmentación estaba desperdiciando recursos, descuidando la satisfacción de necesidades elementales o bien que se estaba descuidando el desarrollo regional equilibrado. Frente a estas críticas se intentaron medidas desconcentradoras que pretendieron centralizar el poder sobre las decisiones estratégicas al establecer relaciones centro-locales con líneas de mando mejor articuladas.

Se desprende de la investigación que el nivel interno de integración- fragmentación en las instituciones en pugna tiene consecuencias para la implantación o no implantación de medidas estatales tendientes a modificar la centralización del poder. Vimos así que los resultados de las políticas desconcentradoras fueron muy distintos según el grado de fragmentación del contexto institucional donde se implantaron. Dentro del IMSS o del ISSSTE no se evidenciaron mayores problemas, toda vez que en cada institución había coherencia interna entre líneas formales y reales de mando. El poder de los decisores centrales se vió así fortalecido cuando se transfirieron decisiones rutinarias a niveles inferiores. No obstante, cuando se intentó desconcentrar la SSA se amenazó el poder de las múltiples grupos que controlaban los recursos bajo programas fuertemente fragmentados y centralizados. Una política esencialmente centralizadora como lo pretendía ser la

desconcentración fue percibida por algunos de los actores en pugna como descentralizadora e integradora, implicando siempre el fracaso temprano o la no implantación de estas medidas. Esta razón histórica explica porqué habrían de intentarse más tarde soluciones devolucionarias.

Actores estatales más deseosos de aumentar la efectividad social y política de la acción gubernamental persiguieron en distintas ocasiones fórmulas de centralización integrativa de las políticas de salud y bienestar social justificadas en el principio territorial. Estas políticas fueron implantadas directa o indirectamente bajo la batuta de dependencias de planeación y programación federales poco sensibles a la situación de las instituciones de salud. En este contexto se asignaron responsabilidades de coordinación de las acciones federales y paraestatales, ya fuera a las autoridades sanitarias federales o, bajo esquemas más ambiciosos, a representantes de la planeación central. Estos esquemas de centralización integrativa —abstraídos del poder real— llevaron a la no participación por parte de la seguridad social, la cual legalmente no podía acceder a, ni tenía mayor interés en, los pocos recursos ofrecidos por las "prefecturas" a nivel estatal. Menos aún aceptó la coordinación de sus acciones por parte de las autoridades sanitarias federales, si bien estas tampoco lograron exigirla. Si las políticas desconcentradoras habían fracasado tempranamente en la SSA, no es de sorprender que la desconcentración integrativa haya también encontrado múltiples problemas al ser percibida como amenaza directa al poder central y fragmentado.

Devolución

La descentralización integrativa bajo fórmulas devolucionarias apoyadas en el principio territorial fue una estrategia a la que el Estado acudió tanto en la crisis económica de 1929 como en la de 1982. En ambos casos, la

devolución fue promovida cuando ciertos actores federales implicaron a otros órdenes de gobierno en el cumplimiento de las responsabilidades adquiridas por el Estado. Según el centro, al despertarse el compromiso federalista la política social encontraría un suelo más fértil donde desarrollarse y rendir sus frutos, contribuyendo a fin de cuentas a consolidar la unidad nacional.

La devolución en ambas situaciones de crisis económica significó cierto aumento a la autonomía decisional de los gobiernos estatales *vis-à-vis* la federación, si bien nunca un trato entre iguales y de coordinación federalista, según lo establece la constitución. Mientras que los estados carecieron de los recursos técnicos más indispensables en los 30's, si fueron capaces de aumentar inicialmente sus contribuciones financieras y, así, descentralizar parcialmente el poder. Los convenios de "coordinación" de acciones llevaron en un principio a que los gobernadores sostuvieran la posibilidad de formular e implantar políticas propias de salud. No obstante, el desarrollo posterior de las políticas federales bajo la combinación técnico-corporativa relegó fuertemente la participación estatal y municipal.

Las condiciones del desarrollo económico e institucional de México en los años 80 promovieron una política de "reforma estructural" en las relaciones centro-locales con base en dos estrategias torales: la "sectorización" y la "descentralización". La proposición de los principios técnico, corporativo y territorial como principios de análisis estructural en esta investigación nos permitió analizar la imbricación de fondo entre estas dos políticas. Creemos así haber obtenido la clave para esclarecer la problemática del cambio de las relaciones centro-locales en la década de los 80.

La investigación reveló que detrás de la combinación de estrategias había una contradicción de fondo: la "sectorización" pretendió por una parte centralizar e integrar limitadamente la política de salud en torno a una renovada

autoridad sanitaria que, a fin de cuentas, reconocía y respetaba el poder técnico-corporativista de la seguridad social. La devolución pretendió, por otra parte, reivindicar plenamente el principio territorial como forma de organización semi-autónoma de los servicios que implantarían la política sanitaria re-centralizada. Mientras que la "sectorización" aceptaba el poder corporativo, la devolución planteaba su disolución.

La contradicción señalada entre las dos políticas no fue un error de formulación; hay múltiples evidencias en torno al reconocimiento de que este curso de acción pretendió resolver problemas de otro orden. La devolución en la salud fue primero percibida por sus formuladores técnicos como un medio para evitar los intereses que se opondrían a la integración de un Sistema Nacional de Salud, etapa más ambiciosa de integración institucional la "sectorización". La dualidad obedeció entonces a una política global que buscaba descentrar gradualmente la política sanitaria del esquema corporativista, para apoyar una estructura de carácter territorial capaz de ofrecer mayores beneficios. Con ello se debilitaría el poder detrás del corporativismo y se abrirían las puertas a la negociación de la reconversión industrial. El esquema territorial permitiría a su vez el apoyo de la clase media como base del poder de las nuevas élites tecnocráticas.

La cuestión de la "descentralización" fue siempre debatida por parte de distintos grupos dentro de la propia SSA, diferentemente apoyados en la fragmentación y la centralización, tanto técnica como corporativa. Aun cuando se definió que la "descentralización" como política devolucionaria persistieron fuertes intereses para que la federación retuviera una cuota predominante de poder. Esto significó que se organizaran desde el centro las estructuras de representación de los intereses de salud de la población, utilizando a los gobiernos estatales y municipales como foco de las sus demandas. La federación actuó en el terreno de la devolución

política como lo había hecho antes con el corporativismo; la diferencia fue que ahora la estructura federal sirvió para descentralizar las responsabilidades políticas de la federación, más no sus prerrogativas para dirigir la asignación de recursos.

El paso que se dió hacia la devolución fue el de fusionar los programas que daban servicios a la población no asegurada. La racionalidad técnica hubiera llevado a pensar en los beneficios de la integración de servicios para esta población —tanto para el IMSS como para la propia población no asegurada. En efecto, se apuntaba a lograr la plena cobertura de servicios básicos de salud a la vez que a disminuir una carga financiera y administrativa para la seguridad social. No obstante, la racionalidad del poder corporativo explica porqué se movieron intereses para detener la implantación de la devolución en sólo 14 entidades y preservar el programa IMSS-COPLAMAR en su mayor parte. La integración programática representó una amenaza a la autonomía del IMSS, puesto que la pérdida de IMSS-COPLAMAR le retiraba el simbolismo —financiado por la federación— con que fundamentaba la extensión de la seguridad social en beneficio de los grupos postergados. El IMSS se exponía así a reclamos de recursos institucionales para cumplir con la "solidaridad social".

La devolución política de la salud fue limitada y controlada por medio de la asignación directa de "subsidios" federales a los Servicios Estatales de Salud. Se obvió así no sólo a la burocracia estatal y su ineficiencia, sino también la capacidad del legislativo y ejecutivo estatal para ejercer cualquier poder sobre la política federal de salud. El único mecanismo de participación entre gobiernos estatales y la federación —el Consejo Nacional de Salud— fue de carácter centralizado, puesto que el gobierno estatal era representado por el encargado de los servicios de salud, quién dependía menos del gobernador que del Secretario federal de salud.

La actuación de la federación en materia de financiamiento no se apartó de cauces ya bien establecidos, en este caso de la administración paraestatal. En efecto, las limitaciones propias al "subsidio" federal llevaron a que los Servicios Estatales actuaran *de facto* —y en muchos casos también *de jure*— como entidades paraestatales, donde el socio mayoritario era la federación. Fue quizás por ello que la devolución limitada que se logró no se vió acompañada en la mayoría de los estados de incrementos relativos en los aportes financieros por parte de los gobiernos estatales, quienes en la etapa investigada se beneficiaron de mayores recursos federales a raíz del fortalecimiento administrativo ligado a la implantación. No obstante, habrá que analizar en un futuro el comportamiento financiero de estas entidades federativas para establecer su capacidad para asumir una mayor carga financiera.

A las limitaciones ya señaladas hay que añadir que la política "devolucionaria" nunca pretendió rebasar la desconcentración del personal, que permaneció en su totalidad bajo la nómina federal. Esta situación demuestra la fuerte limitación que implica el centralismo corporativo sobre los intentos por reivindicar el principio territorial. Lejos de buscarse una devolución real, la desconcentración de personal facilitó el control central de los intereses burocráticos, definiendo así a la devolución política como estructura de representación organizada por la federación.

CONSECUENCIAS PARA LA POBLACION DE LA REIVINDICACION TERRITORIAL

Los Servicios Estatales de Salud investigados en Guerrero demostraron que la devolución favoreció principalmente a los intereses urbanos ligados a la economía nacional e internacional, mientras que respondieron precariamente a los intereses en las zonas indígenas y de economías regionales. No obstante, la devolución al nivel municipal en zonas insertas en

el turismo internacional llevó a un sorprendente aumento de servicios, favoreciendo la reconversión industria al aumentar el sanamiento del servicio y así su calidad y competitividad. La devolución municipal en Acapulco, por ejemplo, estableció de hecho un puente que sobrepasó a las estructuras de nivel estatal en la negociación de recursos con la federación.

Al reducirse el volúmen de servicios de salud a raíz de la devolución en las zonas rurales se produjo una clase de descentralización sistémica, a raíz de la reducción en la capacidad de control sobre el nivel local que se ejercía por medio de estos servicios. La devolución en los municipios de mejor nivel socioeconómico llevó, por el contrario, a la centralización sistémica, donde la federación asumió mayor ingerencia sobre los problemas sociales ligados al turismo.

La comparación entre Guerrero y Oaxaca arrojó como dato interesante la mayor capacidad de la administración centralizada, fragmentada y desconcentrada de Oaxaca para sostener la equidad y la participación social en la distribución de servicios de salud. ¿A qué se debió este fenómeno?

Comenzamos descartando algunos argumentos frecuentemente utilizados en defensa del centralismo. La mayor equidad en Oaxaca no se explica por una supuesta capacidad de la burocracia federal para rebasar las pugnas a nivel estatal que pudieran canalizar recursos a las urbes o a los sectores que más apoyan a las autoridades locales. Es cierto que en Guerrero la baja del volumen de servicios en los estratos bajos fue en parte el resultado de la ineficiencia de las nuevas autoridades de los Servicios Estatales. No obstante, dicha ineficiencia fue en buena medida promovida por los intereses centralistas en pos de desprestigiar a la política devolucionaria. Fueron también intereses a nivel central los que en buena parte llevaron a la asignación de mayores recursos a los estratos más altos de Guerrero, el resultado de un apoyo al desarrollo de la industria turística. Las presiones a nivel municipal cumplieron aquí un papel muy secundario.

- 290 - Conclusiones

Si bien mayor investigación es necesaria, cabe hipotetizar que la mayor equidad en Oaxaca se explica en parte por la devolución parcial de las responsabilidades políticas, en ausencia de la transferencia del aparato administrativo. Esto permitió que el gobernador promoviera mayor participación y asumiera mayores compromisos en el terreno de la salud de las poblaciones rurales y empobrecidas, sin la preocupación de cómo enfrentarlos financieramente. La existencia de un aparato de gobierno estatal desconcentrado en Oaxaca y muy centralizado en Guerrero permiten también explicar la mayor participación de la población en torno a problemas del desarrollo regional. Finalmente, la amenaza de la devolución e integración de los servicios de IMSS-COPLAMAR estableció en Oaxaca una competencia por la sobrevivencia institucional entre el IMSS y la SSA. Si bien esta situación pudo llevar a una mayor centralización y a disminuir la colaboración sectorial, es posible que la necesidad de demostrar efectividad frente a las autoridades superiores haya impactado positivamente en la equidad.

La comparación entre los dos estados indica el complejo papel desempeñado por las estructuras territoriales de gobierno a nivel estatal y municipal y los problemas que enfrenta su vinculación con las instituciones apoyadas en otros principios y con distintos grados de centralización e integración. La constitución de Sistemas Estatales de Salud está aún muy lejos de realizarse, en la medida en que no se reivindique plenamente el principio territorial dentro del sistema político en todos los niveles. Sólo así logrará establecerse la devolución como un sistema descentralizado del poder, en beneficio de amplios sectores de la población así como de los más necesitados.

LAS RELACIONES CENTRO-LOCALES ANTE LA COYUNTURA ACTUAL

Paradójicamente, la devolución selectiva emprendida por Miguel de la Madrid reprodujo la fragmentación y centralización de la política sanitaria, si bien agregó nuevos niveles de complejidad. Las pugnas por la retención del poder central entre las élites estatales llevaron a la interrupción de la política devolucionaria, agregando la dualidad de regiones que sirvió de base para esta investigación. La SSA tiene ahora no sólo responsabilidades normativas y financieras respecto de los estados descentralizados, sino que mantiene sus funciones operativas en más de la mitad del país.

La interrupción de la devolución sin dudas debilitó los propósitos de cambio. Aún más, la situación abrió la posibilidad de que continúe la pugna inter-institucional durante un periodo prolongado. Otra posibilidad es que el debilitamiento de la política de sectorización bajo la autoridad de la SSA promueva un cambio o interrumpa el proceso descentralizador. La propuesta de integración y desconcentración del IMSS puede ser así reconsiderada, atendiéndose al hecho de que el Programa de Solidaridad Social conservó su integridad y viabilidad. Por lo mismo, otra posibilidad es que la "solidaridad social" continúe sin cuestionamiento y bajo el control autónomo del IMSS.

La nueva administración de Salinas de Gortari parece estar favoreciendo una solución en el marco de las dos últimas alternativas. Evidencia de ello es que Salinas ratificó al Director General del IMSS a la vez que eliminó la Subsecretaría de Planeación de la SSA, removiéndola con ella a todos quienes trabajaron a favor de la devolución y de la sectorización. Fue nombrado como Secretario de una muy reducida Secretaría de Salud el ex-Subsecretario de Servicios de Salud, quien fuera testigo del distanciamiento entre el personal a su cargo y los planificadores a raíz de la devolución. Fue él también quien

"corrigiera" la dispersión de recursos sucedida a raíz de la desconcentración de la campaña contra el paludismo, y quién organizara los "Días Nacionales de Vacunación" como una campaña fuertemente centralizada. El nuevo Secretario ya se ha pronunciado por una política basada en acciones verticales y selectivas similares, por ejemplo al decretar el programa "febrero, mes de la salud de la mujer y el niño". Además, en su discurso inaugural, Salinas de Gortari anunció un "Programa Nacional de Solidaridad", homónimo del que se pretendió extinguir el sexenio anterior.

Si algo indican las acciones tempranas de la actual administración es que no habrán los recursos ni la voluntad política que se dieron en el pasado por continuar con la devolución selectiva, que se están favoreciendo las acciones enfocadas bajo el principio técnico y que se busca una mayor centralización. Con ello parecería estar promoviéndose un *rapprochement* entre el IMSS y la SSA con vistas a una coexistencia pacífica aunque fragmentada. Con ello es posible que el IMSS recupere la predominancia de los programas dirigidos a población abierta en el medio rural, perpetuándose allí la combinación tecnico-corporativista.

La integración de servicios lograda bajo la sectorización dejó como huella duradera el derecho constitucional a la salud. ¿Cómo habrá de interpretarse ante la coyuntura política actual?. La devolución selectiva sentó bases político-legales difíciles de disolver en 14 estados, que incluyen a dos de las entidades más desarrolladas. Es factible suponer que si se amplía la politización de la salud, los estados serán escenarios importantes de demandas por diversos grupos poblacionales. La cuestión es si los partidos políticos serán capaces de acudir al principio territorial como forma de contrarrestar las tendencias a la inequidad tan firmemente arraigadas en el centro.

Una alternativa a la acción política será la de empujar los Servicios Estatales de Salud hacia una integración y descentralización más genuínas, que sean capaces de romper con las trabas tecnico-burocráticas que los están sujetando y que están llevando a reproducir la inequidad. A la misma vez, la democratización a nivel nacional habría de encargarse de que la federación establezca criterios de asignación que den viabilidad a la descentralización como mecanismo de representación territorial que permita a las unidades subnacionales utilizar al centro para su propio beneficio y en el marco del desarrollo nacional.

Fuentes Citadas

PUBLICACIONES

- Alford R.R. y R. Friedland, *Powers of theory, Capitalism, the state and democracy*. Cambridge, Cambridge University Press, 1985.
- Alvarez Amézquita J., et al., *Historia de la salubridad y de la asistencia en México. Tomo II, Historia de la salubridad, desde 1910 hasta 1960*. México, SSA, 1960.
- Alvarez Amézquita J., et al., "Servicios Médicos Rurales Cooperativos". En H. Hernández Llamaz (Ed.), *La salud rural en México*, México, IMSS, 1984.
- Anderson, C., "Bankers as revolutionaries". En W. Glade & C. Anderson, *The Political Economy of Mexico*. Madison, University of Wisconsin Press, 1963.
- Ashford, D.E., "The structural analysis of policy or institutions really do matter". En D.E. Ashford (Ed.), *Comparing public policies. New concepts and methods*, Beverly Hills CA, Sage Publications, 1978.
- Ashford, D.E., "Territorial politics and equality: decentralization and the modern state". *Political Studies*, 26 (1979), 1.
- Bassols Batalla, A., *México: formación de regiones económicas*. México, UNAM, 1979.
- Boletín del Departamento de Salubridad Pública, 1926, No. 3.
- Brandenburg, F., *The making of modern Mexico*. Englewood Cliffs N.J., Prentice Hall, 1964.
- Bustamante, M., C. Viesca Treviño, F. Villaseñor, et al., *La salud pública en México, 1959-1982*. México, SSA 1982.
- Bustamante, M., "La coordinación de los servicios sanitarios federales y locales como factor de progreso higiénico en México. En H. Hernández Llamaz (Ed.), *La salud rural en México*, México, IMSS, 1984.

- Bustamante, M., *La fiebre amarilla en México y su origen en América*. México, s.e., 1958.
- Carr, B., "The Mexican economic debacle and the labor movement. A new era or more of the same?". En N. Hamilton & T. Harding (Eds.), *Modern Mexico*, Beverly Hills CA, Sage Publications, 1986.
- Carrasco, R. y E. Provencio, "La política social 1983-1988 y sus principales consecuencias". *Investigación Económica*, 1982 (184), 91-110.
- Cervantez González, D., *Breve reseña histórica de la lucha antipalúdica en México*. SSA-CNEP, 1979.
- Cockroft, J.D., *Mexico. Class formation, capital accumulation and the state*. New York, Monthly Review Press, 1983.
- Comisión para la Erradicación del Paludismo, *Boletín CNEP*. 1958-1959.
- Cordera, R. y C. Tello, *México, la disputa por la nación*. México, Siglo XXI, 1981.
- Cornelius, W.A., "Political liberalization in an authoritarian regime: Mexico, 1976-1985". En J.I. Gentleman, Gentleman, (Ed.), *Mexican politics in transition*, Boulder, Co. Westview Press, 1987.
- Córdova, A., *La política de masas del cardenismo*. México, Ediciones Era, 1974.
- de La Madrid, M., "Descentralización de la vida nacional". En M. de La Madrid et al. *La descentralización de los servicios de salud: El caso de México*, México, Miguel Angel Porrúa, 1986.
- de Márquez, V. B., "El proceso de formación de políticas: el caso de la planificación familiar". *Estudios Sociológicos*, 2 (1984), 309-334.
- Duchacek, I.D., *The territorial dimension of politics. Within, among and across nations*. Boulder, Co., Westview Press, 1986.

- Editorial, *Boletín del departamento de Salubridad*. 1930, No.1.
- Editorial, *Revista Higiene*. Vol. 38. No.2, mayo de 1988.
- Esteva, G., *La batalla en el México rural*. México. Siglo XXI, 1980.
- Farid, M.A., "The malaria programme: From euphoria to anarchy". *World Health Forum*, 1 (1980), 8-33.
- Fernández de Castro, J., "El paludismo y los servicios de salud. Notas sobre la horizontalización del programa en México". En M. Ruíz de Chávez y R. Lara Ponte (eds.), *Descentralización de los servicios de salud. Avances y perspectivas del proceso*. SSA/OPS, 1988.
- Fernández de Castro, J., *El control de la malaria y el desarrollo de los instrumentos para la aplicación de la estrategia de atención primaria a la salud*, Ponencia presentada en la V reunión de Directores de Servicios de Malaria en las Américas, Bogotá, Colombia, junio de 1987.
- Franco Agudelo, S., "The Rockefeller Foundation's antimalarial program in Latin America: Donating or Dominating". *International Journal of Health Services*, 7 (1977).
- Frenk J. & A. Donabedian, "State intervention in medical care: types, trends and variables". *Health Policy and Planning*, 2 (1987) 17-31.
- Frenk, J., *Medical modernization in Mexico: paradigms, labor markets, and the State*. Ponencia presentada en el XVI Congreso de la Latin American Studies Association, New Orleans LA, 1988.
- Friedland, R., F. Fox Piven & R. Alford, "Political conflict, urban structure and the fiscal crisis". En D. Ashford (Ed.), *Comparing public policies. New concepts and methods*, Sage Publications, Beverly Hills, 1978.
- Gabaldón, A., "Health Services and socioeconomic development in Latin America". *The Lancet*, 12 de abril 1969.

- Gentleman, J.I., "Mexico after the oil boom: PRI management of the political impact of national disillusionment". En J.I. Gentleman (Ed.), *Mexican politics in transition*, Boulder Co., Westview Press, 1987.
- Germán Parra M., "Un programa reaccionario para la revolución Mexicana". *Siempre*, No. 171, 1956, pp.16-17.
- Giddens, A., *Central problems in social theory. Action, structure and contradiction in social analysis*. London, The Macmillan Press, 1979.
- Ginneken, W., *Socio-economic groups and income distribution in Mexico*. London, Croom Helm- ILO, 1980.
- Gish, O., "Old wine in new bottles" Comments to 'Selective primary care: an interim strategy for disease control". *Social Science and Medicine*, 16 (1982).
- Glade, W.P., "Distributional and sectoral problems in the new economic policy". En R.E. Camp (Ed.), *Mexico's political stability: The next five years*, Boulder Co., Westview Press, 1986.
- González Block, M.A., "Comentarios a la descentralización de los servicios de salud". En B. Torres (Ed.), *Descentralización y democracia en México*. México, El Colegio de México, 1986.
- González Block, M.A., "El Traslape de la Demanda en el Sistema Nacional de Salud de México: Limitaciones en la Integración Sectorial", *Sal. Pub. Mex.*30 (1988), 808-815.
- González Block, M.A., *Ideología de las enfermedades ocupacionales*. México, La Casa Chata, 1980.
- Goulet, D., *Mexico: Development strategies for the future*. Notre Dame, University of Notre Dame Press, 1983.
- Greenberg, M. H., *Bureaucracy and development: a Mexican case study*. Lexington, Lexington Books, 1970.
- Grindle, M.S., *Bureaucrats, politicians, and peasants in Mexico. A case study in public policy*. Berkeley, University of California Press, 1977.

- Grindle, M.S., "Policy content and context in implementation". En M.S. Grindle (Ed.), *Politics and policy implementation in the 3rd World*. Princeton N.J., Princeton University Press, 1980.
- Grindle, M.S., "Rural underdevelopment and public policy in Mexico". En Hughes, S.W. & K.J. Mijeski (Eds.), *Politics and public policy in Latin America*. Boulder Co., Westview Press, 1984.
- Hamilton, N., *The limits of state autonomy*. Princeton N.J., Princeton University Press, 1982.
- Harris, R.L., "Centralization and decentralization in Latin America". En S.G. Cheema & D.A. Rondinelli (Eds.), *Decentralization and development. Policy implementation in developing countries*, Beverly Hills Ca, Sage Publications, 1983.
- Heaphey, J.J., "Introduction". En J.J. Heaphey (Ed.), *Spatial dimensions of development administration*, Durham NC, Duke University Press, 1971.
- Hechter, M., *Internal colonialism*. Berkeley CA, University of California Press, 1977.
- Heclo, H., "Review article: policy analysis". *Brit. J. Pol. Sci.*, 2 (1972) 1.
- Hernández Llamaz, H., "Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México. 1935-1980. En F. Ortíz Quezada (Ed.), *Vida y muerte del Mexicano*, México Folios, 1982.
- Hewitt de Alántara, C., *Modernizing Mexican agriculture: socioeconomic implications of technological change 1940-1970*. Geneva, UNRISD, 1976.
- Iglehart, J.K., "The new era of prospective payment for hospitals". *New England Journal of Medicine*, 307 (1982) 1288-92.
- Iglehart, J.K., "The Reagan record of health care". *New England Journal of Medicine*, 38 (1983), 232-236.
- IMSS, "Extensión de la seguridad social en el medio rural". En H. Hernández Llamaz (Ed.), *La salud rural en México*, México, IMSS, 1984.

- Jones, G.W. "Introducción". En G.W. Jones (Ed.), *New approaches to the study of central-local government relationships*. London, Gower/ SSRC, 1980.
- Kaplan, M., "El derecho a la protección de la salud y el estado social de derecho". En G. Soberón *et al.*, *Derecho constitucional a la protección de la salud*, México, Miguel Angel Porrúa, 1983.
- Kochen M., & K.W. Deutsch, *Decentralization. Sketches toward a rational theory*. Cambridge, Mass., Oelgeschlager, Gunn & Hain, 1980.
- Kunz, I., M. Cortina y M.A. González Block, *Regionalización socioeconómico-demográfica y de salud de la república mexicana*. México, Centro de Investigaciones en Salud Pública, 1986.
- Kunz, M. Cortina & M.A. González Block, "Regionalización socioeconómico-demográfica y de salud de México" *Salud Pública de México*, 28 (1986) 681-698.
- Leal, J.F., "The Mexican State, 1915-1973. A historical interpretation". En N. Hamilton & T. Harding (Eds.), *Modern Mexico*, Beverly Hills CA, Sage Publications, 1986.
- Levy & G. Székely, D., *Mexico. Paradoxes of stability and change*. (Second edition). Boulder Co., 1987.
- Looney, R.E., *Economic policymaking in Mexico. Factors underlying the 1982 crisis*. Durham NC, Duke University Press, 1985.
- Lowi, T.J., "Decision making vs. policy making. Toward an antidote for technocracy". *Pub. Admin. Rev.*, 30 (1970), 314-325.
- López Acuña, D., *La salud desigual en México*. México, Siglo XXI, 1980.
- López-Aranguren, E., *La conciencia regional en el proceso autonómico español*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1983.
- Malloy, J.M., *The politics of social security in Brazil*. Pittsburgh PA, University of Pittsburgh Press, 1979.

- Malloy, J. M., " Authoritarianism and corporatism in Latin America: The modal pattern", en Malloy (Ed.), *Authoritarianism and corporatism in Latin America*, London, University of Pittsburgh Press, 1977.
- Martínez Alvarez, J., *Sexto Informe de Gobierno. Anexo*, Oaxaca Oax., 1986.
- McLuhan, M., *Understanding Media. The extensions of Man*. London, Routledge and Kegan Paul, 1964.
- Mesa-Lago, C., *Social Security in Latin America: stratification, pressure groups and inequality*. Pittsburgh PA, Pittsburgh University Press, 1978.
- Mesa-Lago, C. (Ed.), *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*. México, Fondo de Cultura Económica, 1985.
- México, *México a través de los informes presidenciales. Tomo 12. La salubridad general*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1976, p. XXIII.
- México, "Exposición de motivos correspondiente a la iniciativa de adición al artículo 4o constitucional". En G. Soberón *et al. Derecho constitucional a la protección de la salud*, México, Miguel Angel Porrúa, 1983.
- Meyer, L., "Historical roots of the authoritarian state in Mexico". En Reyna & Weinert, *Authoritarianism in Mexico*, Philadelphia, Institute for Study of Human Issues, 1977.
- Meyer, L., "Un tema añejo siempre actual: el centro y las regiones en la historia mexicana". En B. Torres (Ed.), *Descentralización y democracia en México*. México, El Colegio de México, 1986.
- Morones Prieto, I., "El paludismo: endemia mundial y problema económico nacional. *Boletín CNEP*, 3 (1957), 7-10.
- Musgrove, P., "El efecto de la seguridad social y la atención a la salud en la distribución del ingreso". En Mesa-Lago (Ed.), *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*. México, Fondo de Cultura Económica, 1985.

- Musgrove, P., "La equidad del sistema de servicios de salud. Conceptos, indicadores e interpretación". *Bol. Of Sanit Panam*, 95 (1983), 525-545.
- Needler, M. C., *Politics and society in Mexico*. Albuquerque NM, University of Albuquerque Press, 1971.
- Novo, S., *Breve Historia y antología de la fiebre amarilla en México*. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1964.
- O'Connor, J., *Fiscal Crisis of the State*. New York NY, St. Martin's Press, 1973.
- O'Donnell, G., "Corporatism and the question of the state". En Malloy (Ed.), *Authoritarianism and corporatism in Latin America*, London, University of Pittsburgh Press, 1977.
- O'Donnell, G., *Apuntes para una teoría del Estado*. Buenos Aires, CEDES, 1977.
- Organización Mundial de la Salud, *Salud para todos en el año 2000. Estrategias*. Washington, OPS, 1980.
- Ortega Lomelín R., *El nuevo federalismo. La descentralización*. México, Editorial Porrúa, 1988.
- Oszlak, O. & G. O'Donnell, *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*. Buenos Aires, CLACSO, 1976.
- Pani, A.J., *La Higiene en México*. México, Imprenta de J. Ballescá, 1916.
- Poitras, G.E., "Welfare bureaucracy and clientele politics in Mexico". *Admin. Sci. Q.*, 18 (1973), 18-27.
- Poulantzas, N. *Pouvoir politique et classes sociales*. Paris, Maspero, 1968.
- Pressman, J.L. & A. Wildavsky, J.L. Pressman, & A. Wildavsky, *Implementation*. (Third edition), Berkeley CA, University of California Press, 1984.
- Przeworsky, A., & H. Teune, *The logic of comparative social inquiry*. New York, Oegelascher, Gunn and Hain, 1970.
- Purcell, J.F.H. & S Kaufman Purcell, "Mexican Business and Public Policy". En Malloy (Ed.), *Authoritarianism and*

- corporatism in Latin America*. London, University of Pittsburgh Press, 1977.
- Purcell, J.F.H. & S Kaufman Purcell, *The nature of the Mexican State*. Washington, The WEilson Center, 1980.
- Restrepo, I. y S. Eckstein, *La agricultura colectiva en México*, Fondo de Cultura Económica, 1975.
- Roemer, M., "Priority for Primary Health Care: its development and problems". *Health Policy and Planning*, 1 (1986), 58-66.
- Roemer, M.J., "Development of medical services under social security in latin America" *International Labour Review*, 108 (1973), 1.
- Rondinelli, D.A., & S. G. Cheema, "Implementing decentralization policies: An introduction". En S.G. Cheema & D.A. Rondinelli (Eds.), *Decentralization and development. Policy implementation in developing countries*, Beverly Hills Ca., Sage Publications, 1983.
- Rosen, G., *A history of public health*. New York, MD Publications, 1958.
- Rosenkrantz, B., *Public Health and the State. Changing views in Massachusetts. 1842-1936*. Cambridge Mass., Harvard University Press, 1972.
- Rubin, J.W., "State policies, leftist opposition and municipal elections: the case of the COCEI in Juchitán". En A. Alvarado (Ed.), *Electoral patterns and perspectives in Mexico*, La Jolla, Center for US-Mexican Studies, 1987.
- Ruíz Massieu, J.F., "La descentralización de los servicios de salud". *Salud Pública de México*, 26 (1984), 7-16.
- Russel, P.F., *Paludismo. Compendio de principios básicos*. México, La Prensa Médica, 1953.
- Sardell, A., *The U.S. experiment in social medicine. The Community Health Center Program, 1965-1986*. Pittsburgh PA., Pittsburgh University Press, 1988.
- Salinas de Gortari, C., *Perfiles del programa de gobierno 1988-1994. Síntesis*. México, IEPES, 1988.

- Schmitter, P. "Still the century of corporatism?". *Rev. Pol.*, 36 (1974), 85-131.
- Senior, C., "La revolución llega a La Laguna. (La democracia en el Reino del Algodón)". En H. Hernández Llamaz (Ed.), *La salud rural en México*, México, IMSS, 1984.
- Sharpe, L.J., "Decentralist trends in Western democracies. A first appraisal". En Sharpe (Ed.), *Decentralist trends in Western democracies*, London, Sage Publications, 1979.
- Singer, M., *Growth, equality and the Mexican experience*. Austin TX, University of Texas Press, 1969.
- Smith, B.C., *Decentralization: The territorial dimension of the state*. London, George Allen and Unwin, 1985.
- Soberón, G., L. Ruíz, et al. *Hacia un Sistema Nacional de Salud*. México, UNAM, s.f.
- Soberón, G. "El cambio estructural en la salud. *Salud Pública de México*, 29 (1987), 127-140.
- Solimano, G., "Municipalización de los servicios de salud en Chile". Trabajo presentado en el XIV Congreso de la Latin American Studies Association, New Orleans LA., Marzo 17-19, 1988.
- Solís, L., *Alternativas para el desarrollo*. Mexico, Joaquin Mortiz, 1980.
- Soper, F., "International health-2000 AD". *Bol. Of. Sanit. Panam.*, 72 (1972), 397-408.
- Spalding, R., "State power and its limits. Corporatism in Mexico" *Comp. Pol.*, 14 (1981), 139-161.
- Spalding, R., "Welfare policymaking. Theoretical implications of a Mexican case study". *Comp. Pol.*, (1980), 419-438.
- Stavenhagen, R., "Capitalism and the Peasantry in Mexico". *Lat. Am. Persp.*, 18 (1978).
- Stepan, *The state and society; Peru in comparative perspective*. Princeton NJ, Princeton University Press, 1978.

- Stevens, E.P., *Protest and propaganda in Mexico*, Boston Mass, MIT Press, 1974.
- Stevens, E.P., "Mexico in the 1980's: From authoritarianism to power sharing?". En H. Warda & H. Kline (Eds.), *Latin American politics and development*, Boulder, Co., Westview Press 1985.
- Stevens, E.P., "'The opposition' in Mexico". En J.I. Gentleman (Ed.), *Mexican politics in transition*. Boulder, Co. Westview Press, 1987.
- Street, S., *La descentralización en la educación*. Ponencia presentada en el seminario "La descentralización de la salud, la educación y la vivienda". México, Centro Tepoztlán, 1987.
- Ugalde, A., "La integración de los programas de salud: problemas y perspectivas". En Mesa-Lago (Ed.), *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, México, Fondo de Cultura Económica, 1985.
- UNICEF-WHO, *Declaración de Alma Ata*. WHO, Alma Ata, 1978.
- Vancil, R.F., *Decentralization: Managerial ambiguity by design*. Illinois, Dow Jones-Irwin 1978.
- Váldez Olmedo C., et al., *Sistema Nacional de Salud. Avances y Perspectivas*, México, SSA, 1984.
- Vargas, R., "Health Policies in Latin America". *Social Science and Medicine*, 13C (1979), 3.
- Vargas Lozano, R. "Dirección de Servicios Médicos Rurales Cooperativos". En H. Hernández Llamaz (Ed.), *La salud rural en México*, México, IMSS, 1984.
- Vernon, R., *The dilemma of Mexico's development. The role of the private and the public sectors*. Cambridge Mass., Harvard University Press, 1965.
- Véliz, C., "The Centralist Tradition in Latin America". En H. Wiarda (Ed.), *Politics and Social Change in Latin America*, Boston Mass., University of Massachusetts Press, 1974.
- Warman, A., *Y venimos a contradecir*. México, La Casa Chata,

- Whetten, N.L., "Salud y mortalidad en el México rural", en H. Hernández Llamaz (Ed.), *La salud rural en México*, México, IMSS, 1984.
- Wiarda, H., & H. Kline, *Latin American politics and development*. Boulder Co., Westview Press 1985.
- Wiarda H.J., & F. Kline, "The Latin American tradition and process of development". En Wiarda, H.J., & F. Kline (Eds.), *Latin American politics and development*, Boulder Co., Westview Press, 1979.
- Wiarda, H.J., *Latin America at the crossroads. Debt, Development and the future*. Boulder, Co. Westview Press, 1987.
- Wilkie, J., *The Mexican revolution: Federal expenditure and social change since 1910*. Berkeley CA, University of California Press, 1967.
- World Bank, *Financing health services in developing countries. An agenda for reform*. Washington, D.C., The World Bank, 1987.

**DOCUMENTOS OFICIALES NO PUBLICADOS
O DE CIRCULACION RESTRINGIDA**

- Cervantez González, D., *Programa de erradicación del paludismo en México y nuevos enfoques de su estrategia. Resumen*. Mecanoescrito, México, SSA, s.f.
- Diario Oficial de la Federación, 30 de agosto de 1983, p.11-13.
- Diario Oficial de la Federación 8 de marzo de 1984, p.19-22.
- Dirección General de Evaluación, *Evaluación del proceso de descentralización de los servicios de salud*. Mecanoescrito, México, Subsecretaría de Planeación, SSA, 1987.
- Dirección General de Información y Estadística, *Efectos de la crisis económica sobre la salud*. Mecanoescrito, México, SSA, 1985.

- COPLADEG, *Acuerdo de coordinación para establecer el programa de fortalecimiento municipal en materia de salud*. Mecanoescrito Acapulco, Gro., 1986.
- COPLADEG, *Evaluación del funcionamiento de los subcomités sectoriales, especiales y regionales del COPLADE*. Mecanoescrito Chilpancingo, Gro., 1984.
- COPLADEG, *Evaluación del funcionamiento de los subcomités del COPLADEG durante 1985*. Chilpancingo, Gro., 1986.
- COPLADEG, *Minuta de la reunión de agosto de 1986*, Mecanoescrito, Chilpancingo, Gro., 1986.
- COPLADEG, *Minutario 1985*, Mecanoescrito, Chilpancingo, Gro., enero 1986.
- COPLADEG, *Minutario 1986*, Mecanoescrito, Chilpancingo, Gro., enero 1987.
- COPLADEG, *Programa anual de trabajo*, Mecanoescrito, Chilpancingo, Gro., 1984.
- COPLADEG, *Programa estatal de salud 1985-1988*, Chilpancingo, Gro., 1984.
- COPLADEG, *Reunión de evaluación de los avances de la descentralización de los servicios de salud*, Mecanoescrito, Chilpancingo, Gro., 1986.
- COPLADEG, *Solicitudes realizadas por la Cogro. de uniones de ejidos y comunidades del estado de Gro. a las dependencias respectivas*, Mecanoescrito, Chilpancingo, Gro., 1985.
- COPLADEO, *Informe anual de actividades* Mecanoescrito, COPLADEO 1986, Oaxaca, Oax., 1987.
- COPLADEO, *Programa estatal de salud 1985-1988*, Oaxaca, Oax., 1984.
- COPLAMAR, *Convenio para el establecimiento de servicios de solidaridad social en las áreas marginadas del país*. México, COPLAMAR, 1979.
- Gobierno del Estado de Guerrero, *Bases generales del sistema estatal de planeación democrática*, Chilpancingo, Gro., 1981.

- Flores Alvarado, A. & J. A. Morán Zenteno, "Efectos del modelo de atención a la salud del programa IMSS-COPLAMAR". Mecanoescrito. México, IMSS-COPLAMAR, 1987.
- Gobierno del Estado de Guerrero. *Plan de desarrollo socioeconómico 1981-1987*. Chilpancingo, Gro. 1981
- IMSS. *Atlas IMSS COPLAMAR*. Oaxaca Tlaxcala y Veracruz México IMSS, 1987.
- IMSS. *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México* México, IMSS, 1984.
- IMSS. *Consideraciones sobre la descentralización del programa IMSS-COPLAMAR*. México, abril de 1983
- IMSS. *Memoria de descentralización de los servicios del programa IMSS COPLAMAR en Guerrero* México. IMSS, 1985
- IMSS. *Informe al H Consejo Técnico*, Mecanoescrito. México, s f
- IMSS. *Minuta de la sesión del H Consejo Técnico del IMSS celebrada el 15 de diciembre de 1982* Mecanoescrito. México. IMSS
- IMSS *Minuta de la sesión plenaria del H. Consejo Técnico del IMSS. 1 de abril de 1987*. 1987
- México. *Instalación del Gabinete de salud del poder Ejecutivo*. Mecanoescrito, México, enero de 1988.
- México. *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Art. 39*.
- Neri Calvo, R., *Ponencia del Subcomité de Salud y Seguridad Social a la reunión de evaluación del COPLADEG*. Mecanoescrito, Chilpancingo, Gro. enero 1985.
- Periodico Oficial del Estado de Oaxaca. *Ley de Planeación del Estado de Oaxaca*. Oaxaca, Oax. 1985
- Secretaría de Salud, *Boletín Paludismo*. 16, 1988
- Secretaría de Salud, *Descentralización de los servicios de salud a población abierta. Avances y perspectivas* México, SSA, 1987.

Secretaría de Salud, *Comentarios del oficial Mayor al documento del IMSS Alternativas para descentralizar el programa IMSS-COPLAMAR*. Mecanoescrito, México, mimeo, s.f.

Secretaría de Salud, *Estado del ejercicio del presupuesto por programa y subprograma, 1983*, mecanoescrito, México, SSA, 1983.

Secretaría de Salud, *Las primeras leyes estatales de salud*. México, SSA, 1985.

Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 1984-1988*. México, SSA, 1984.

Sector Salud, *Documentos elaborados por los grupos interinstitucionales en 1983*. Mecanoescrito, México, Sistema Nacional de Salud, 1984.

SSA, "Acuerdo que crea la Comisión de la Descentralización y Desconcentración de la Secretaría de Salubridad y Asistencia", *Salud Pública de México*, 25 (1983), 331-332.

SSA, *Programas municipales de salud para la descentralización*. Mecanoescrito, México, SSA., s.f.

Velázquez, G., *Estado que guarda el programa IMSS-COPLAMAR al término del primer trimestre del año 1987*, México, IMSS, mecanoescrito, 8 de julio de 1987.

ENTREVISTAS

Codificadas y ordenadas por fecha. Se omiten los nombres para preservar la anonimidad

- 1.10.87. Ex-Funcionario, Secretaría de Salud de Guerrero.
- 2.10.87. Funcionario sindical, SNTSSA, Sec.76, Iguala, Guerrero.
- 2.10.87. Funcionario, Jurisdicción Chilpancingo, SES Guerrero.
- 2.10.87. Funcionario, Servicios Estatales de Salud, Guerrero.

- 3.11.87. Funcionario, Servicios Coordinados de Salud Pública, Oaxaca.
- 9.11.87. Comisario para la descentralización en Guerrero.
- 9.11.87. Funcionario, Dirección General de Evaluación, SSA.
- 4.12.87. Funcionario, Oficialía Mayor, SSA.
- 4.12.87. Funcionario, Subsecretaría de Planeación, SSA.
- 8.12.87. Funcionario, Oficialía Mayor, SSA
- 9.12.87. Funcionario, Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR.
- 10.09.87. Funcionario, Instituto de Servicios de Salud del Estado de México.
- 10.12.87. Funcionario, Servicios Coordinados de Salud Pública, Oaxaca.
- 10.12.87. Funcionario, Servicios Coordinados de Salud Pública, Oaxaca.
- 12.10.87. Ex-Coordinador del Programa IMSS-COPLAMAR.
- 12.10.87. Ex-Delegado del IMSS en Guerrero.
- 12.10.87. Ex-Funcionario, Programa de Solidaridad Social IMSS-COPLAMAR.
- 12.10.87. Funcionario, Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR.
- 12.10.87. Funcionario, Dir. Gral. de Coordinación Regional y Sectorial, SSA.
- 12.10.87. Funcionario, Dirección General de Planificación Familiar, SSA.
- 21.10.87. Funcionario, Servicios Coordinados de Salud Pública, Oaxaca.
- 21.10.87. Funcionario, Servicios Coordinados de Salud Pública, Oaxaca
- 23.10.87. Funcionario, Comisaría del Sector Salud y Seguridad Social, SECOGEF.
- 25.11.87. Funcionario, Dirección General de Administración de Personal SSA.
- 25.11.87. Funcionario, Dir. Gral. de Administración de Personal,

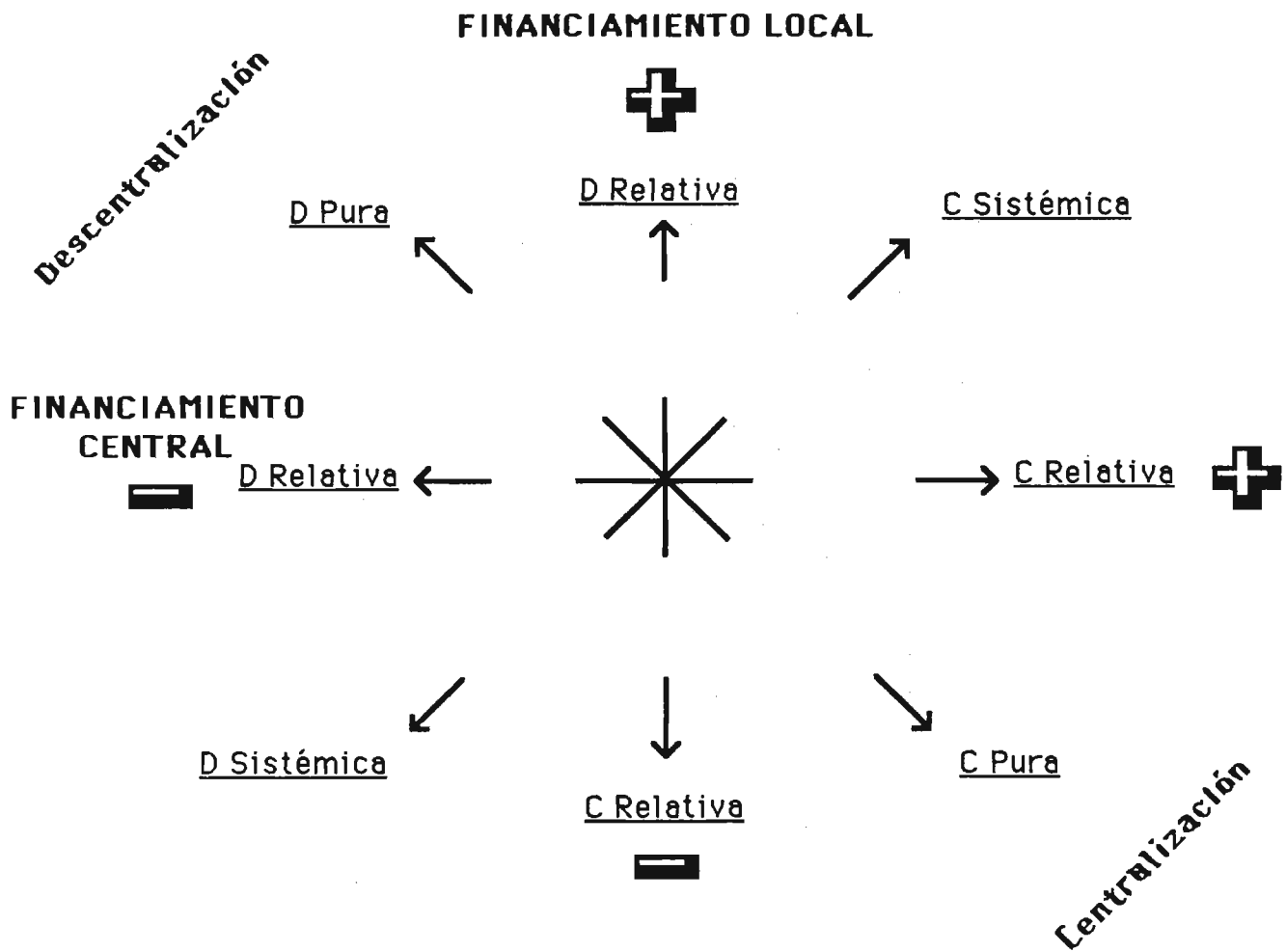
- 310 - Fuentes citadas

SSA.

- 26.11.87. Ex-Funcionario, Dirección General de Planeación, SSA.
- 26.11.87. Ex-Funcionario, Dirección General de Planeación, SSA.
- 26.11.87. Funcionario, Dirección General de Asuntos Jurídicos, SSA.
- 28.11.87. Ex- rector de la UABJO y Médico privado, Oaxaca.
- 15.12.87. Funcionario, Dirección General Descentralización y Modernización Administrativa, SSA.
- 14.01.88. Funcionario, Dirección General de Regulación de Servicios de Salud.
- 26.01. 88. Ex-Jefe de Servicios Coordinados, Guerrero.
- 26.01.88. Ex-Director General de Servicios Coordinados, SSA.
- 2. 02 .88. Funcionario, Dirección General de Medicina Preventiva, SSA.
- 8. 02. 88. Funcionario, Dirección General de Enseñanza en Salud, SSA.
- 9. 02. 88. Ex- Subsecretario de Asistencia, SSA.
- 9. 02. 88. Ex-Director General de Servicios Coordinados, SSA.
- 22.06.88. Ex-Funcionario, Coordinación de los Servicios de Salud.
- 29.06.88. Secretario de Salud.
- 20.08.88. Ex-Vocal CNEP

Figura 1

**Modalidades en las Relaciones Centro-Locales
Según Cambios Relativos en el Monto del Financiamiento
por los Distintos Niveles de Gobierno.**



C= Centralización
D= Descentralización

Modificada de D. Ashford, 1979.

Figura 2

**Contenido de las Estrategias de Cambio
de las Relaciones Centro-Locales**

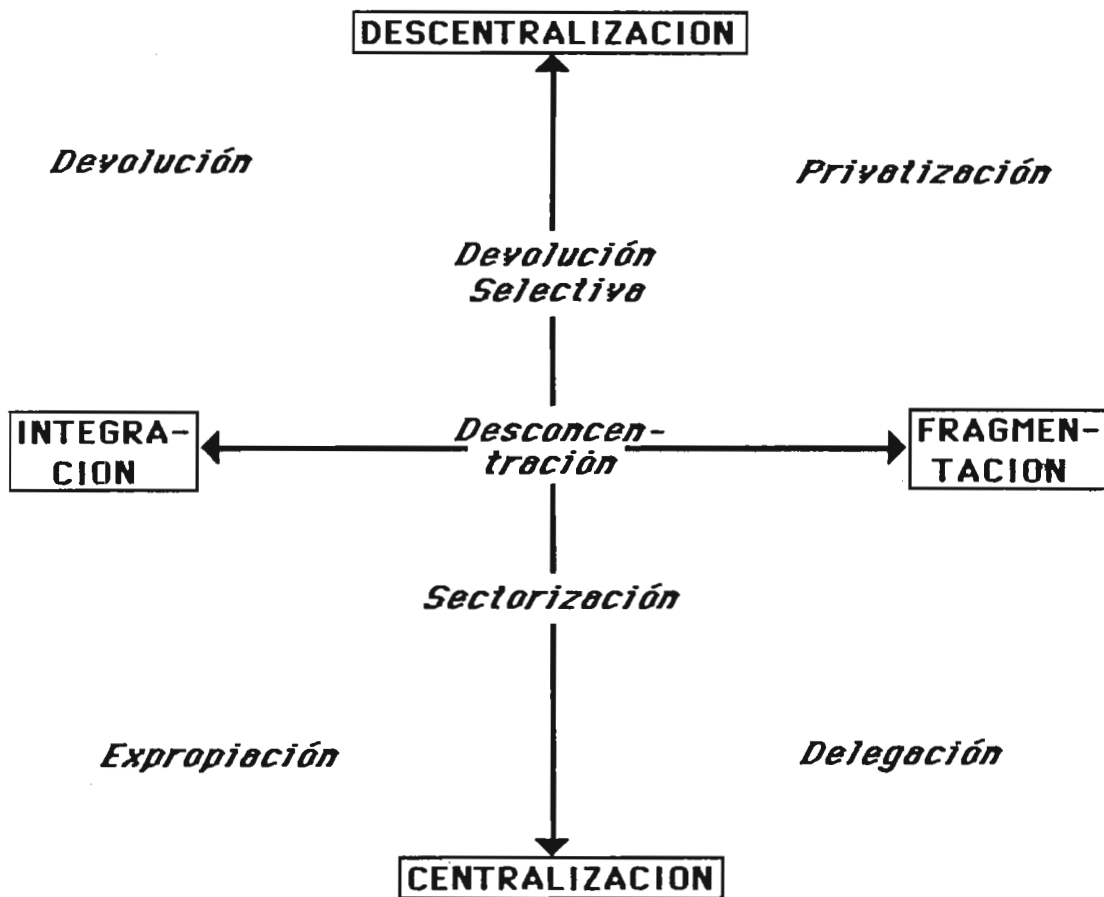


Figura 3

Contenido Sociológico de las Estrategias Disponibles al Estado para Estructurar las Relaciones Centro-Locales.

| | <i>CENTRALIZACION</i> | | <i>DESCENTRALIZACION</i> | |
|--------------------|-----------------------|--------------------|--------------------------|--------------------|
| | <i>INTEGRADO</i> | <i>FRAGMENTADO</i> | <i>INTEGRADO</i> | <i>FRAGMENTADO</i> |
| TERRITORIAL | Prefecturas | Desconcent. | Devolución | Dev. selectiva |
| TECNICO | - | Delegación | | Privatización |
| CORPORATIVO | Sectorización | Delegación | - | - |

Figura 4

Dimensiones Relevantes Para el Análisis de los Cambios en las Relaciones Centro-Locales

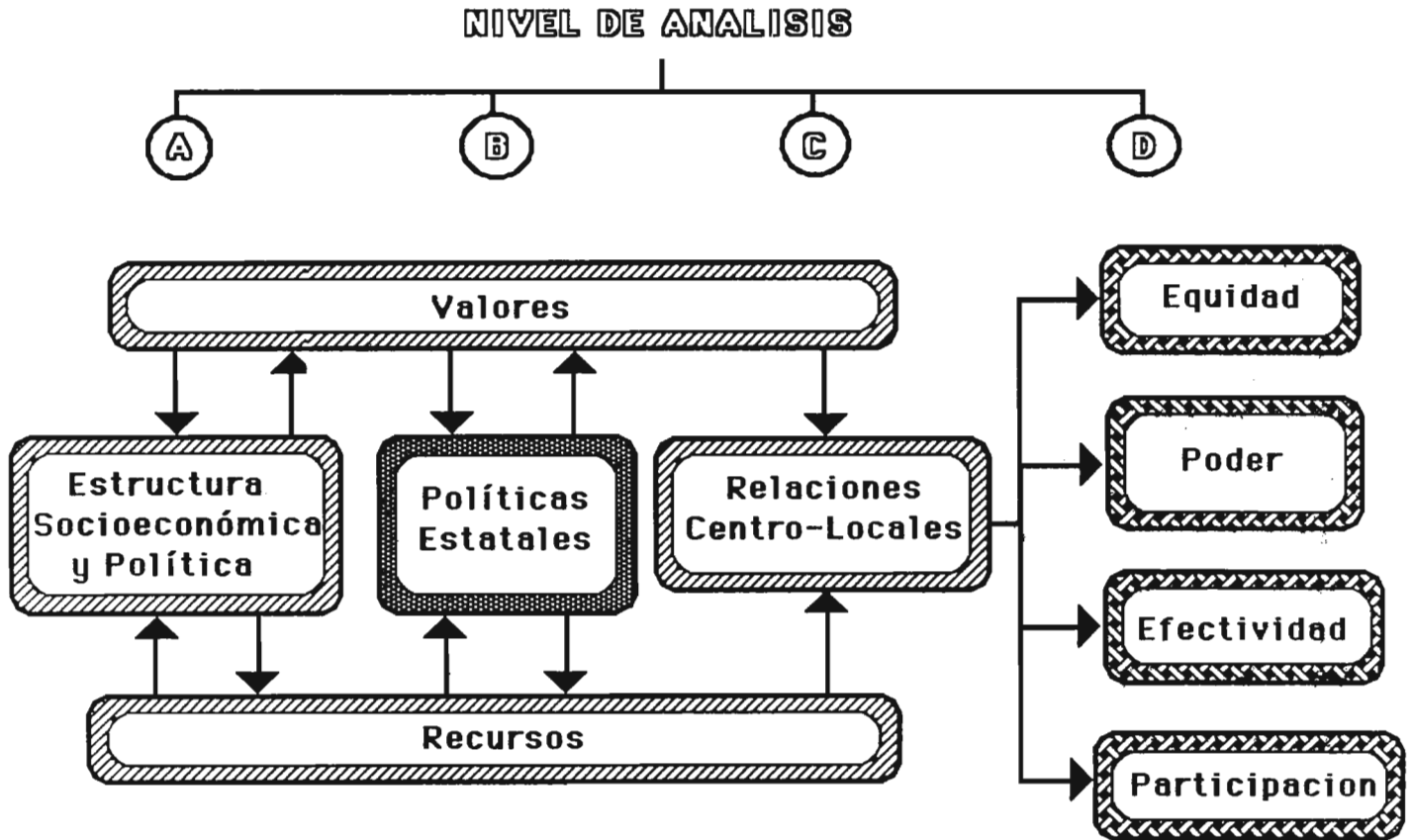
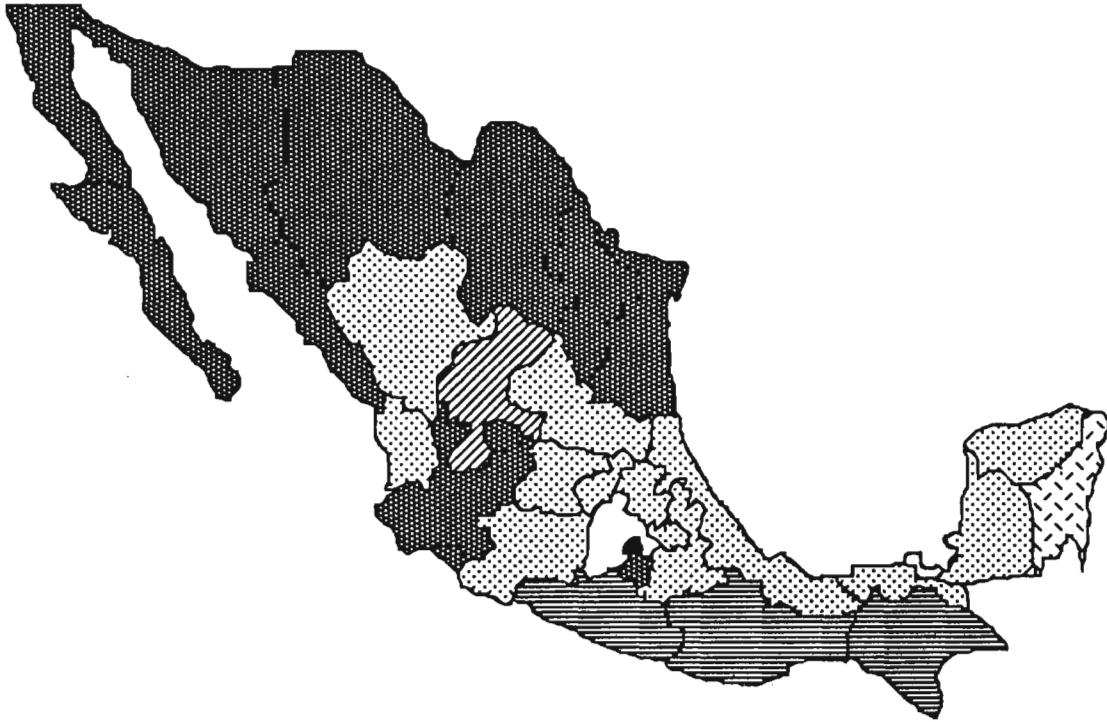


Figura 5

Regionalización Socioeconómico-Demográfica de la República Mexicana, Según Entidades Con y Sin Devolución de Servicios de Salud en 1988.



| REGIONES | ESTADOS | |
|----------|------------------------------------------------|------------------------------|
| | CENTRALIZADOS | DESCENTRALIZADOS |
| 1 | Ags, BCN, Coah, Chih, Sin, Tams. | BCS, Col, Jal, Mor, NL, Son, |
| 2 | | Mex. |
| 3 | Camp, Dgo, Hgo, Mich, Nay, SLP, Pue, Ver, Yuc. | Gto, Qro, Tab, Tlax. |
| 4 | Chis, Oax. | Gro. |
| 5 | Zac. | |
| 6 | DF. | |
| 7 | QR. | |

Fuente: I. Kuns, M. Cortina y M.A. González Block, *Regionalización Socioeconómico Demográfica..*

Cuadro 1

Relación entre Factores, Unidad de Análisis, Unidad de Observación y Técnicas de Investigación

| FACTOR | UNIDAD DE ANALISIS | UNIDAD DE OBSERVACION | TECNICA |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------|-----------|
| 1- Desarrollo económico capitalista | NACION | DOCS | AC |
| 2- Transformación del régimen político | NACION | DOCS/IND | AC/ENT |
| 3- Valores que orientan la política descentralizadora | NACION/EDOS | IND/DOCS | AC/ENT/OP |
| 4- Percepción de los problemas que motivan a la descentralización | NACION/EDOS | IND/DOCS | AC/ENT/OP |
| 5- Participación según nivel nacional, estatal o municipal | NACION/EDOS | IND/DOCS | AC/ENT |
| 6- Participación según mecanismo | NACION/EDOS | IND/DOCS | AC/ENT |
| 7- Formulación de la política descentralizadora | NACION/EDOS | DOCS | AC/ENT |
| 8- Negociación entre el Centro y los estados sobre la adopción | NACION/EDOS | IND/DOCS | AC/ENT |
| 9- Estados que adoptaron la descentralización | EDOS | DOCS | AC |
| 10- Ideología del pacto federal | NACION/EDOS | DOCS | AC |
| 11- Negociación entre el Centro y los estados en la implantación | NACION/EDOS | IND/DOCS | AC/ENT |
| 12- Intereses de funcionarios | EDOS | IND | AC/ENT/OP |
| 13- Control de la implantación | NACION/EDOS | IND/DOCS | AC/ENT/OP |
| 14- Debate público y controversia sobre la descentralización | NACION/EDOS | IND/DOCS | AC/ENT/OP |
| 15- Tendencia histórica de la descentralización | NACION/EDOS | IND/DOCS | AC/ENT |
| 16- Prioridades presupuestarias | NACION/EDOS | IND/DOCS | AC/ENT |
| 17- Política de efectividad | NACION/EDOS | IND/DOCS | AC/ENT |
| 18- Presiones de grupos de interés | EDOS | IND/DOCS | AC/ENT/OP |
| 19- Equidad entre grupos de población abierta y población asegurada | MPIOS | DOCS | ESTAD |
| 20- Desigualdad socioeconómica | MPIOS | DOCS | ESTAD |
| 21- Descentralización al nivel jurisdiccional y municipal. | EDOS/MPIOS | IND/DOCS | AC/ENT |
| 22- Descentralización general al nivel municipal | EDOS/MPIOS | IND/DOCS | AC/ENT |
| 23- Legitimación y movilización en los estados a raíz de la descent. | EDOS/MPIOS | IND/DOCS | AC/ENT |
| 24- Cambios en la atención a la población | EDOS/MPIOS | IND/DOCS | ESTAD |

LEYENDA: IND=Individuo; DOC= Documentos; AC= Análisis de Contenido; ENT= Entrevista;
OP= Observación Participante; EST= Estadísticas.

Cuadro 2

Indicadores Socioeconómicos en Oaxaca, Guerrero y a Nivel Nacional.

| INDICADOR SOCIOECONOMICO | ENTIDAD | | | |
|--------------------------------------|----------|--------|----------|--------------|
| | NACIONAL | OAXACA | GUERRERO | PROM. REGION |
| Densidad de Población/ Km2 | 32.81 | 25.21 | 34.30 | 29.76 |
| % Población urbana | 29.02 | 16.20 | 54.60 | 35.40 |
| % Población < de 500 Habs. | 23.42 | 24.30 | 14.11 | 19.21 |
| Tasa de natalidad X 1000 Habs. | 46.24 | 43.98 | 36.80 | 40.39 |
| PIB/PEA | 0.10 | 0.06 | 0.19 | 0.13 |
| % PEA en sector I | 44.27 | 55.31 | 25.80 | 40.56 |
| % de analfabetas | 35.59 | 35.92 | 17.01 | 26.47 |
| % Monolingüismo | 6.05 | 11.07 | 2.04 | 6.56 |
| Tasa de Mortal X 1,000 Habs | 4.87 | 7.33 | 5.70 | 6.52 |
| Tasa tétanos neonatal X 1,000 Nac. | 1.12 | 2.39 | 1.45 | 1.92 |
| Tasa mortalidad preescolar X 100,000 | 32.00 | 77.70 | 26.04 | 51.87 |
| Tasa mortalidad materna X 100,000 | 12.34 | 15.98 | 9.06 | 12.52 |
| % Población sin seguridad social | 70.53 | 83.78 | 53.93 | 68.86 |
| Médicos Grales X 1,000 habs. | 1.02 | 0.85 | 2.10 | 1.48 |
| Consultorios X 1,000 habs. | 2.65 | 2.94 | 3.45 | 3.20 |

Fuente: Censo de 1980; SSA, "Anuario Estadístico 1982".

Cuadro 3

Enfasis del Gasto Federal Según Periodo, 1917 a 1982

| PERIODO | ECONOMICO | | SOCIAL | | ADMINISTRATIVO | |
|-----------|-----------|---------|--------|---------|----------------|---------|
| | % | CAMBIO% | % | CAMBIO% | % | CAMBIO% |
| 1917-1928 | 19.67 | - | 7.27 | - | 73.07 | - |
| 1929-1934 | 24.33 | 19.18 | 14.70 | 50.57 | 60.97 | -19.85 |
| 1934-1940 | 37.60 | 35.28 | 18.30 | 19.67 | 44.10 | -38.25 |
| 1941-1958 | 47.93 | 21.56 | 14.73 | -24.21 | 37.33 | -18.13 |
| 1959-1970 | 49.00 | 2.18 | 28.38 | 48.08 | 22.63 | -65.01 |
| 1971-1976 | 61.6 | 20.45 | 29.3 | 3.16 | 9.1 | -148.63 |
| 1977-1982 | 40.5 | -52.10 | 33.2 | 11.75 | 26.3 | 65.40 |

Fuente: SPP-INAH, "Estadísticas históricas de México", op. cit.

Cuadro 4

Gasto Porcentual y per Cápita de la Federación en Salud y Bienestar Social y en Educación para Distintos Periodos, 1917-1987.

| PERIODO | POBLACION | GASTO EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL | | | | GASTO EN EDUCACION | |
|-----------|-----------|-----------------------------------|------------|---------------------|------------|--------------------|-----------|
| | ASEGURADA | POBLACION ABIERTA | | POBLACION ASEGURADA | | % PRESUP | \$PER CAP |
| | % | % PRESUP | \$ PER CAP | % PRESUP | \$ PER CAP | % PRESUP | \$PER CAP |
| 1917-1928 | - | 1.85 | 4 | - | - | 8.2 | 17 |
| 1929-1934 | - | 2.84 | 5 | - | - | 12.0 | 22 |
| 1934-1940 | - | 4.88 | 12 | - | - | 12.5 | 31 |
| 1941-1958 | 6 | 3.61 | 23 | 5.39 | 531 | 8.9 | 41 |
| 1959-1970 | 16 | 2.05 | 35 | 9.21 | 748 | 8.3 | 99 |
| 1971-1976 | 31 | 1.39 | 61 | 15.35 | 1,325 | 13.3 | 237 |
| 1977-1982 | 43 | 1.11 | 102 | 9.84 | 721 | 7.9 | 411 |
| 1983-1987 | 53 | 0.92 | 87 | 4.88 | 588 | 5.7 | 273 |

Pesos Constantes de 1970

Fuentes: Anexos a los Informes presidenciales 1983-1987;
para los demás años, SPP-INAH, "Estadísticas históricas de México", op. cit.

Cuadro 5

PIB per Cápita y Cambio Porcentual en Distintos Periodos, 1917-1987

| PERIODO | PIB Per Capita \$ | CAMBIO PIB % |
|-----------|----------------------|-----------------|
| 1917-1928 | 3,663 | - |
| 1929-1934 | 3,033 | -20.8 |
| 1934-1940 | 3,435 | 11.7 |
| 1941-1958 | 5,065 | 32.2 |
| 1959-1970 | 6,766 | 25.1 |
| 1971-1976 | 9,646 | 29.8 |
| 1977-1982 | 11,651 | 17.2 |
| 1983-1987 | 10,048 | 13.8 |

Pesos de 1970.

Fuente: SPP-INAH, "Estadísticas históricas de México" op. cit.

Cuadro 6

Ingresos Fiscales del Estado Como Porcentaje, Según Nivel de Gobierno en Años Seleccionados. 1900-1960

| AÑO | PARTICIPACION SEGUN NIVEL DE GOBIERNO | | |
|------|---------------------------------------|---------|-----------|
| | FEDERAL | ESTATAL | MUNICIPAL |
| 1900 | 63.00 | 24.10 | 12.90 |
| 1923 | 72.60 | 14.50 | 12.90 |
| 1929 | 71.10 | 21.20 | 7.70 |
| 1932 | 64.00 | 27.10 | 8.90 |
| 1940 | 71.40 | 23.30 | 5.30 |
| 1950 | 78.30 | 18.40 | 3.30 |
| 1960 | 71.10 | 26.30 | 2.60 |

Fuente: J. Wilkie, *The Mexican Revolution: Federal expenditures and Social Change since 1910*. Berkeley, University of California Press, 1967.

Cuadro 7

Gasto Federal per Cápita en Salud. Total y Según Población, 1982-1987.

| AÑO | TOTAL SECTORIAL | | POBLACION ABIERTA | | SEGURIDAD SOCIAL | |
|----------|-----------------|----------|-------------------|----------|------------------|----------|
| | \$ per Cap | % cambio | \$ per Cap | % cambio | \$ per Cap | % cambio |
| 1982 | 630 | - | 291 | - | 1,052 | - |
| 1983 | 529 | -16.0 | 226 | -22.3 | 915 | -13.0 |
| 1984 | 554 | 4.8 | 257 | 13.8 | 891 | -2.7 |
| 1985 | 484 | -12.6 | 261 | 1.7 | 714 | -19.9 |
| 1986 | 504 | 4.1 | 254 | -2.9 | 771 | 8.0 |
| 1987 | 326 | -35.3 | 271 | 6.8 | 377 | -51.1 |
| Prom. Ar | 505 | -9.18 | 212 | -0.48 | 611 | -13.10 |

Pesos constantes de 1978.

Fuente: Anexos a los Informes presidenciales anuales, 1983-1988.

Cuadro 8

Número de Unidades Médicas Rurales en Estados Con y Sin Devolución que Pertenecían al Programa IMSS-COPLAMAR en 1985.

| ESTADOS CON DEVOLUCION | | | ESTADOS SIN DEVOLUCION | | |
|------------------------|------------------|--------|------------------------|------------------|--------|
| ESTADO | UNIDADES MEDICAS | | ESTADO | UNIDADES MEDICAS | |
| | Número | % ACUM | | Número | % ACUM |
| Guerrero | 169 | 21.5 | Chiapas | 370 | 16.3 |
| México | 143 | 39.7 | Oaxaca | 326 | 30.7 |
| Jalisco | 119 | 54.8 | Puebla | 209 | 39.9 |
| Guanajuato | 80 | 65.0 | Veracruz | 206 | 49.0 |
| Tabasco | 66 | 73.4 | San Luís Potosí | 152 | 55.7 |
| Sonora | 42 | 78.8 | Hidalgo | 149 | 62.3 |
| Nuevo León | 40 | 83.8 | Michoacán | 147 | 68.8 |
| Aguascalientes | 37 | 88.5 | Zacatecas | 100 | 73.2 |
| Tlaxcala | 28 | 92.1 | Chihuahua | 97 | 77.5 |
| Quintana Roo | 25 | 95.3 | Tamaulipas | 82 | 81.1 |
| Morelos | 23 | 98.2 | Durango | 80 | 84.6 |
| Colima | 12 | 99.7 | Sinaloa | 74 | 87.9 |
| Baja California | 2 | 100.0 | Nayarit | 69 | 91.0 |
| TOTAL | 786 | | Nayarit | 69 | 94.0 |
| % TOTAL | 25.8 | | Coahuila | 44 | 95.9 |
| | | | Yucatán | 38 | 97.6 |
| | | | Baja California N | 37 | 99.2 |
| | | | Campeche | 17 | 100.0 |
| | | | TOTAL | 2,266 | |
| | | | % TOTAL | 74.2 | |

Fuente: IMSS, *en las zonas marginadas... op. cit.*

Cuadro 9

Participación de los gobiernos estatales en el financiamiento de los servicios de salud, expresado como porcentaje del total, Según estados con y sin devolución. 1984-1987.

| AÑO | REGION | | | | Razón entre Regiones |
|------|----------------|------------|----------------|------------|----------------------|
| | Con Devolución | | Sin Devolución | | |
| | % | $\Delta\%$ | % | $\Delta\%$ | |
| 1984 | 17.4 | - | 5.6 | - | 3.1 |
| 1985 | 29.0 | 66.2 | 12.2 | 118.8 | 2.4 |
| 1986 | 20.7 | -28.7 | 9.2 | -24.3 | 2.2 |
| 1987 | 20.9 | 1.3 | 11.1 | 20.1 | 1.9 |

* No se incluye el D.F.

Fuente: SSA, Presupuesto Integral de los Servicios de Salud a Población Abierta, Consolidado, México, SSA, 1988.

Cuadro 10

**Tasas de Prevalencia de Paludismo y de Análisis de Laminillas,
Según Nivel y Región de Alta y Media Prevalencia en México,
en Estados Con y Sin Devolución. 1982-1987.**

Tasas por 100,000 habitantes.

| REGION/ ZONA | AÑO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|------|-----|------|------|-----|------|------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|-----|------|
| | 1982 | | | 1983 | | | 1984 | | | 1985 | | | 1986 | | | 1987 | | |
| | REP | ESP | LAM | REP | ESP | LAM | REP | ESP | LAM | REP | ESP | LAM | REP | ESP | LAM | REP | ESP | LAM |
| Alta | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Devol. | 109 | 109 | 6503 | 160 | 153 | 6779 | 228 | 326 | 4548 | 608 | 578 | 6843 | 586 | 666 | 5719 | 323 | 415 | 5064 |
| Centr. | 385 | 384 | 6056 | 546 | 503 | 6575 | 599 | 797 | 4553 | 815 | 1022 | 4827 | 816 | 1023 | 4831 | 582 | 743 | 4741 |
| Media | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Devol. | 17 | 12 | 1782 | 17 | 14 | 1682 | 17 | 17 | 1241 | 36 | 40 | 1090 | 47 | 51 | 1154 | 40 | 47 | 1176 |
| Centr. | 13 | 18 | 2067 | 20 | 23 | 2068 | 24 | 42 | 1241 | 50 | 105 | 1027 | 68 | 103 | 1391 | 71 | 88 | 1640 |
| Nacional | 72 | 71 | 2039 | 101 | 96 | 2127 | 111 | 159 | 1425 | 172 | 236 | 1473 | 174 | 233 | 1519 | 125 | 165 | 1559 |

REP= Tasa de casos reportados; ESP= Tasa de casos esperados; LAM= Tasa de Laminillas
Tasas esperadas calculadas sobre la base del número de laminillas analizadas
en 1982 y el porcentaje de positividad reportado en cada año.

Fuente: G. Fernández de Castro, "El control de la malaria..." op.cit;

Dirección General de Epidemiología, "Boletín Paludismo", Secretaría de Salud, 1988.

Cuadro 11

Estados Con y Sin Devolución, Según Región de Alta, Media y Baja Prevalencia de Paludismo.

| Situación Administrativa | REGION SEGUN PREVALENCIA | | | TOTAL |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| | ALTA | MEDIA | BAJA | |
| Con Devolución | Guerrero Tabasco | Colima Morelos Querétaro Jalisco | México Nuevo León Baja California S. Guanajuato Tlaxcala | 14 |
| Sin Devolución | Campeche Chiapas Michoacán Nayarit Oaxaca Sinaloa Quintana R. | Sonora Chihuahua Durango Hidalgo Puebla San Luís Potosí Veracruz Yucatán Zacatecas | Aguascalientes Baja California N. Coahuila Distrito Federal Tamaulipas | 18 |
| TOTAL | 9 | 13 | 10 | 32 |

Tasa Alta > de 100 X 100,000

Tasa Media > de 10 > de 99 X 100,000

Tasa Baja < de 9 X 100,000

Fuente: G. Fernández de Castro, "El control de la malaria..." op.cit;
Dirección General de Epidemiología, "Boletín Paludismo",
Secretaría de Salud, 1988.

Cuadro 12

Población Abierta e Indicadores de Servicios per Cápita en Cada Estrato Socioeconómico de Guerrero y Oaxaca, Antes de la Devolución en 1985 y después, en 1986-87.

| Estrato | Población abierta en 1985 | % del total de Pob. Ab. | No. Municip. o Distritos | Cons. 1a vez | | Cons. Totales | | Cons. 1a vez Emb | | Vac. DPT | | |
|-----------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------|------|---------------|------|------------------|------|----------|------|------|
| | | | | ANTES | DESP | ANTES | DESP | ANTES | DESP | ANTES | DESP | |
| OAXACA | 1 | 157,644 | 7 | 1 | 0.49 | 0.32 | 0.12 | 0.07 | 0.78 | 1.22 | 0.10 | 0.06 |
| | 2 | 596,499 | 26 | 3 | 0.29 | 0.30 | 0.12 | 0.11 | 0.73 | 1.07 | 0.15 | 0.10 |
| | 3 | 1,315,969 | 56 | 22 | 0.31 | 0.29 | 0.49 | 0.37 | 0.88 | 0.90 | 0.17 | 0.14 |
| | 4 | 227,421 | 10 | 3 | 0.30 | 0.25 | 0.77 | 0.50 | 0.61 | 0.58 | 0.26 | 0.19 |
| | 5 | 40,986 | 2 | 1 | 0.48 | 0.38 | 0.59 | 0.56 | 0.58 | 0.84 | 0.18 | 0.13 |
| | Total | 2,338,519 | 100 | 30 | 0.32 | 0.29 | 0.40 | 0.29 | 0.80 | 0.94 | 0.17 | 0.13 |
| GUERRERO | 1 | 289,909 | 18 | 3 | 0.29 | 0.46 | 0.19 | 0.69 | 0.38 | 1.26 | 0.19 | 0.22 |
| | 2 | 123,809 | 8 | 5 | 0.15 | 0.26 | 0.11 | 0.39 | 0.29 | 0.95 | 0.19 | 0.20 |
| | 3 | 1,056,031 | 66 | 56 | 0.25 | 0.22 | 0.30 | 0.32 | 0.63 | 0.76 | 0.20 | 0.17 |
| | 4 | 109,232 | 7 | 10 | 0.35 | 0.25 | 0.44 | 0.34 | 0.44 | 0.38 | 0.17 | 0.08 |
| | 5 | 17,034 | 1 | 1 | 0.22 | 0.11 | 0.25 | 0.14 | 0.21 | 0.12 | 0.14 | 0.00 |
| | Total | 1,596,015 | 100 | 75 | 0.26 | 0.27 | 0.28 | 0.40 | 0.72 | 1.15 | 0.20 | 0.17 |

Antes= 1985; Después= Promedio de 1986 y 1987

Denominadores: Para consultas totales y de primera vez, Toda la población;

para consultas a embarazadas, mujeres que dieron a luz en el año; para vacunación DPT, niños menores de 3 años.

Las mujeres que dieron a luz calculadas según datos estimados por la Encuesta Nacional de Salud para Guerrero y Oaxaca.

Fuente: Estadísticas continuas de: Servicios Coordinados de la Secretaría de Salud en Oaxaca;

Servicios Estatales de Salud del Estado de Guerrero, Coordinación del Programa IMSS-COPLAMAR.

Secretaría de Salud, "Encuesta Nacional de Salud 1987", Oaxaca y Guerrero, México, SSA, 1988.

Cuadro 13

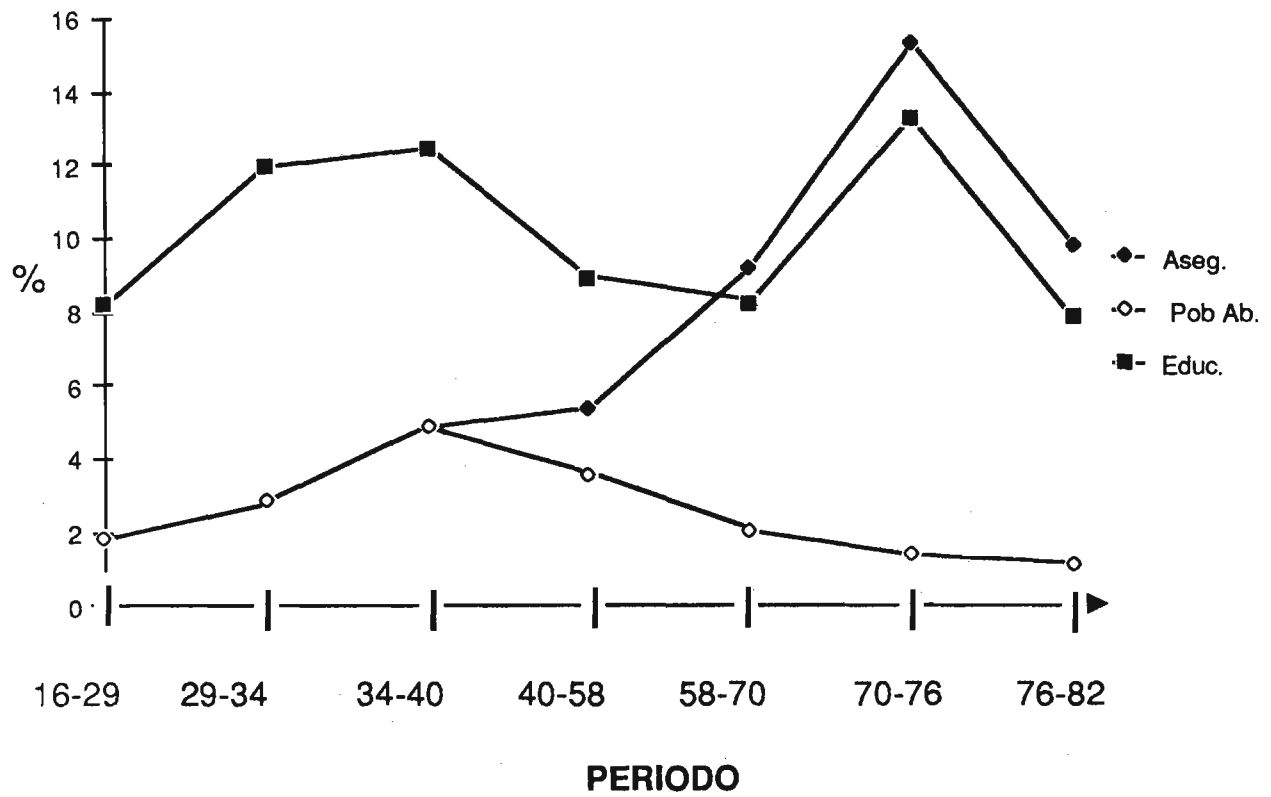
Cambios Porcentuales en los Indicadores de Servicios de Salud per Cápita en los Estados de Oaxaca y Guerrero, Antes (1985) y Después (1986-87) de la Devolución

| INDICADOR | Oaxaca % | Guerrero % |
|-------------------------------|-------------|---------------|
| Consultas Grales. Primera Vez | -7.7 | 4.5 |
| Consultas Totales | -1.3 | 43.9 |
| Consultas a Embarazadas | -47.3 | 60.6 |
| Esquemas Completos DPT | -24.5 | -12.4 |

Fuente: Estadísticas continuas de: Servicios Coordinados de la Secretaría de Salud en Oaxaca; Servicios Estatales de Salud del Estado de Guerrero; Coordinación del Programa IMSS-COPLAMAR.

Gráfica 1

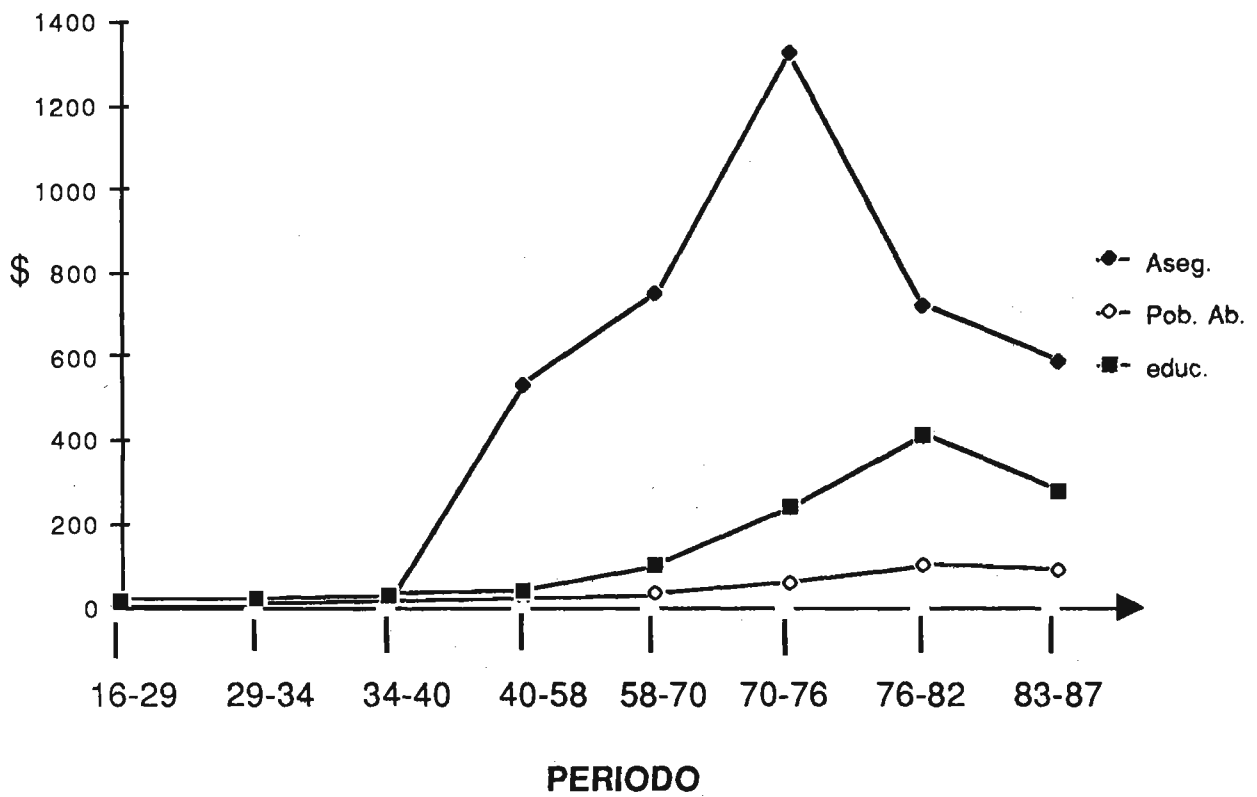
Porcentaje del Presupuesto Federal Asignado a Salud y Seguridad Social y a Educación, Según Población y Periodo, 1916-1982



Fuente: Cuadro 4.

Gráfica 2

Gasto per cápita en Salud y Seguridad Social y en Educación,
Según Población y Periodo, 1916-1987.

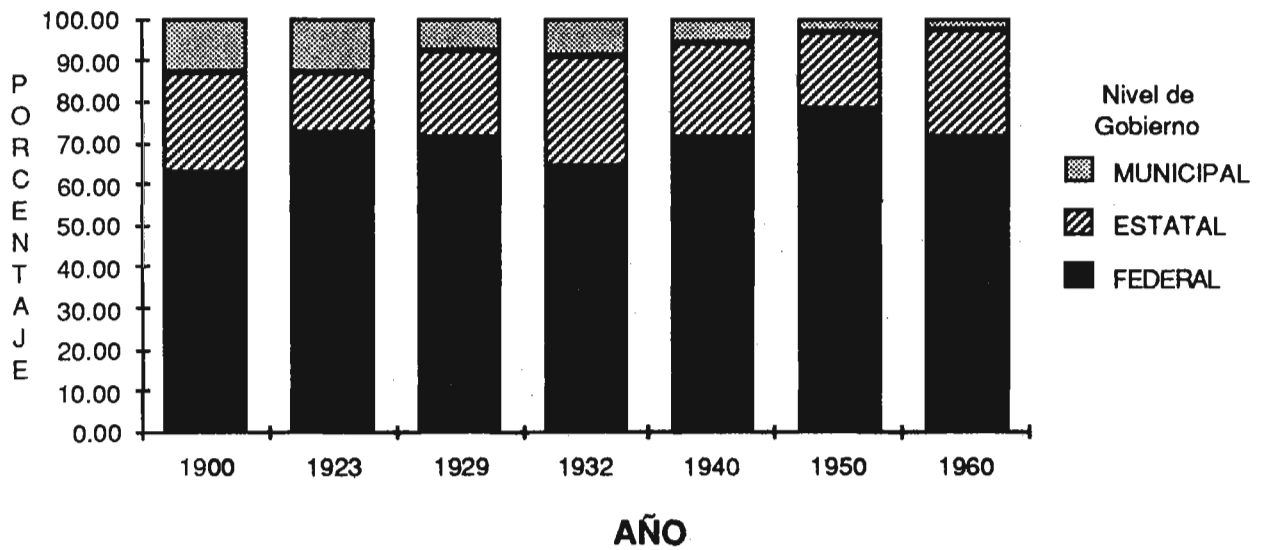


Pesos Constantes de 1970.

Fuente: Cuadro 4.

Gráfica 3

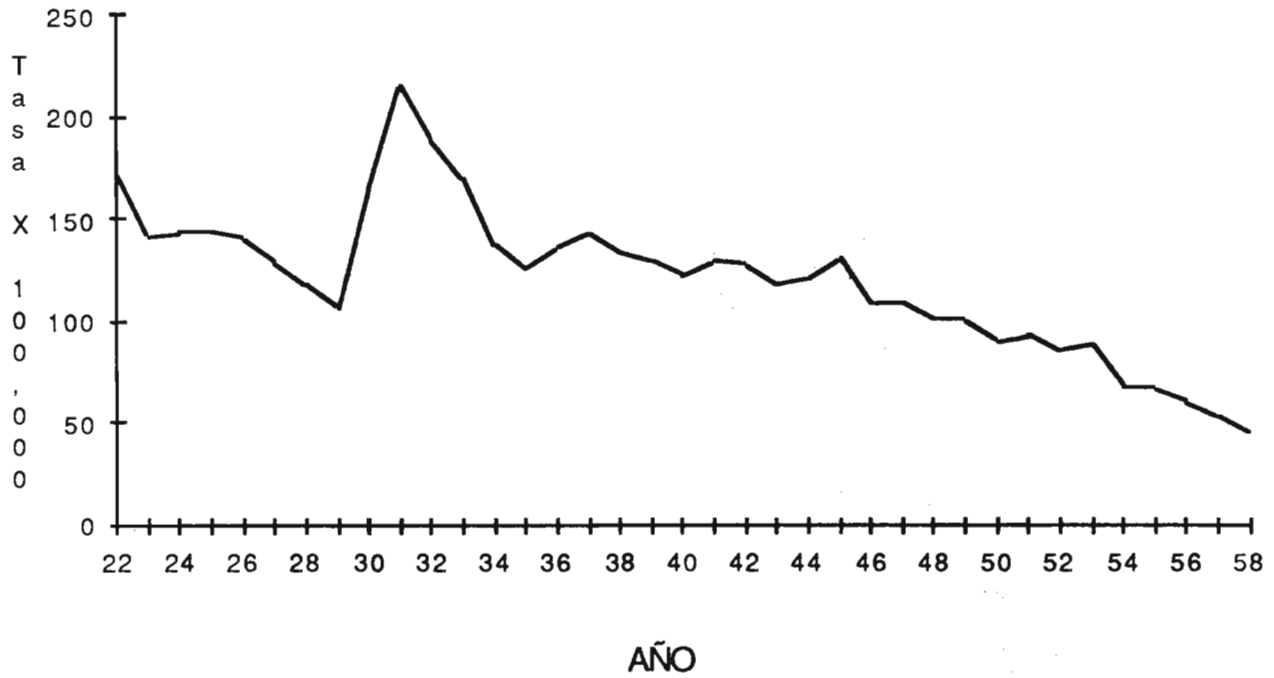
Porcentaje de los Ingresos Fiscales en la República Mexicana Según Nivel de Gobierno, en Años Seleccionados, 1900-1960.



Fuente: Cuadro 4.

Gráfica 4

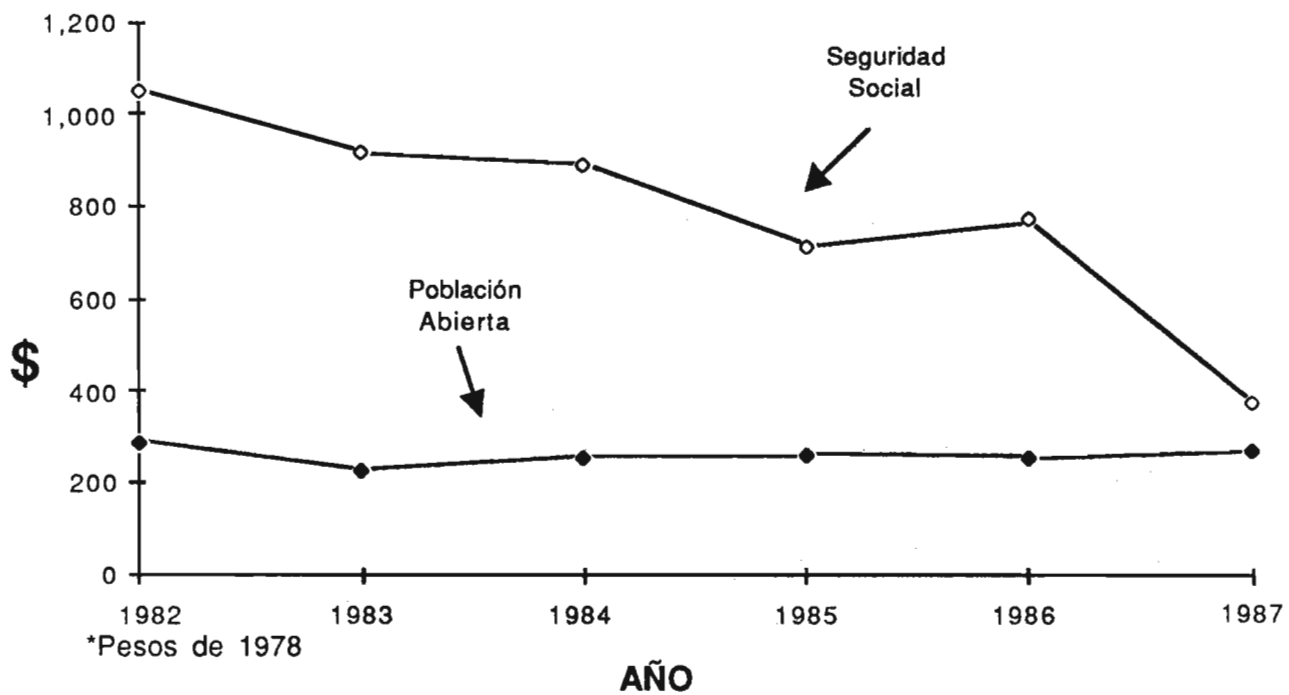
Tasa de Mortalidad por Paludismo en México, 1925 a 1958.
Tasa X 100,000



Fuente: Alvarez Amézquita, *Historia de la Salubridad...op. cit.*

Gráfica 5

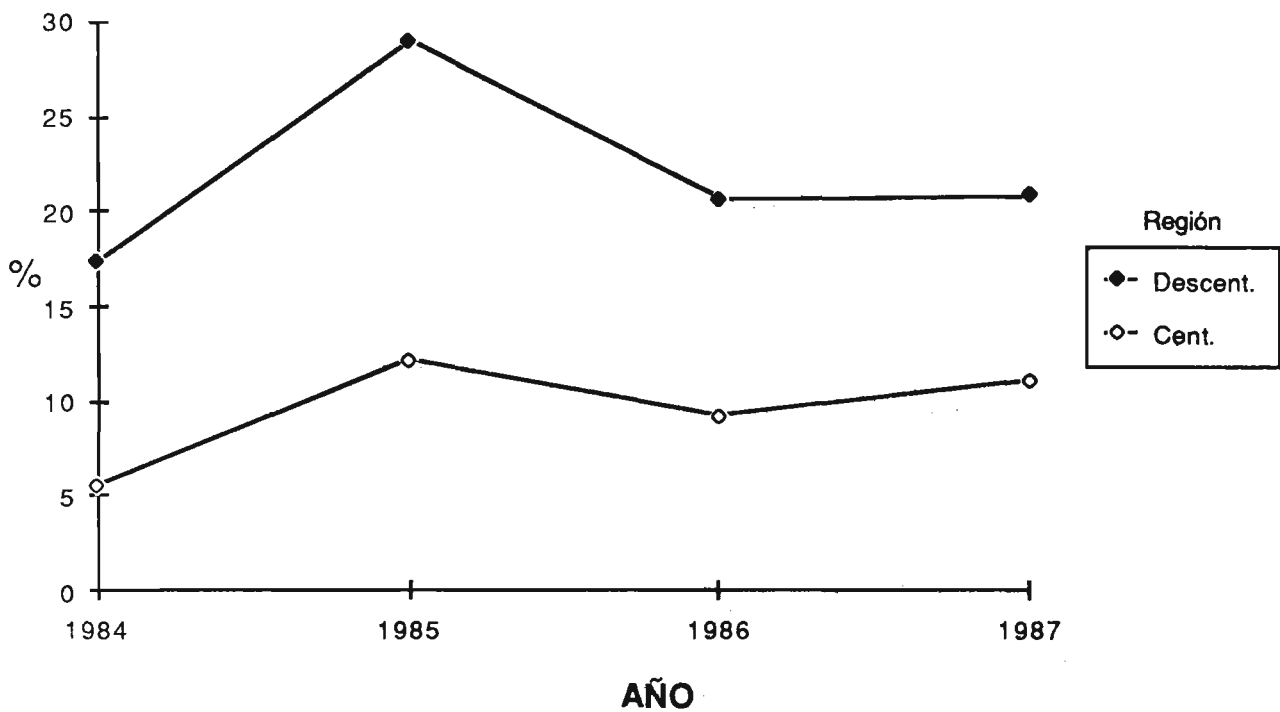
Gasto en el Sector Salud, Según Población,
1982-1988.



Fuente: Cuadro 7.

Gráfica 6

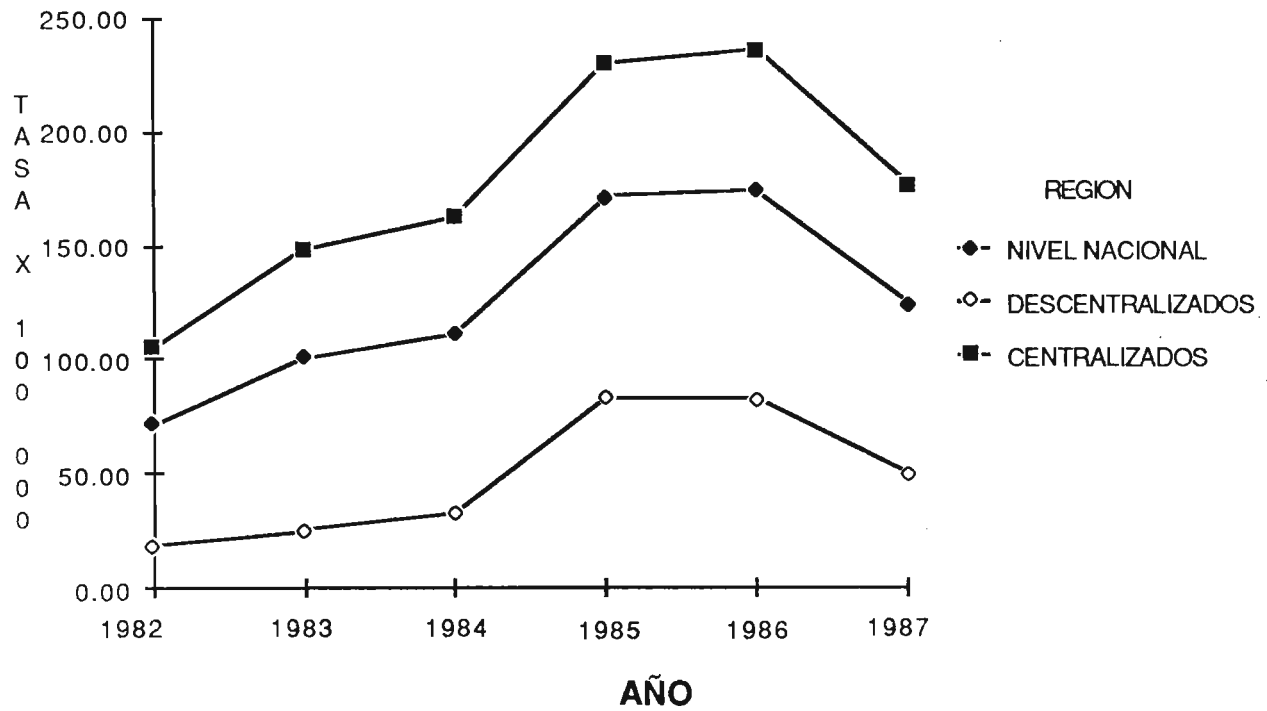
Aporte Relativo Para el Financiamiento de Servicios de Salud a Población Abierta Entre el Gobierno Federal y los Gobiernos Estatales, Según Situación Administrativa y Año. Expresado Como Aporte Porcentual del Gobierno Estatal. 1984-1987.



Fuente: Cuadro 9.

Gráfica 7

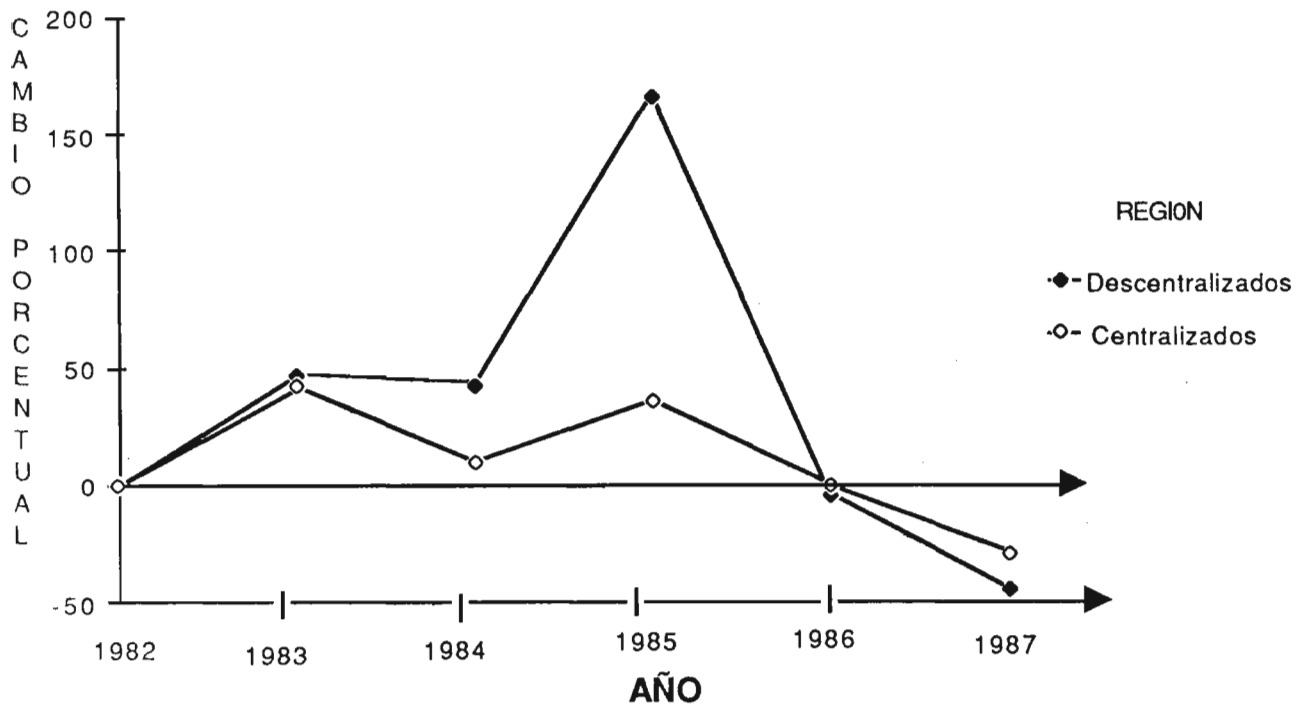
Tasas de Prevalencia de Paludismo, Según Situación Administrativa de los Estados y Año, 1982-1987.



Fuente: Cuadro 10.

Gráfica 8

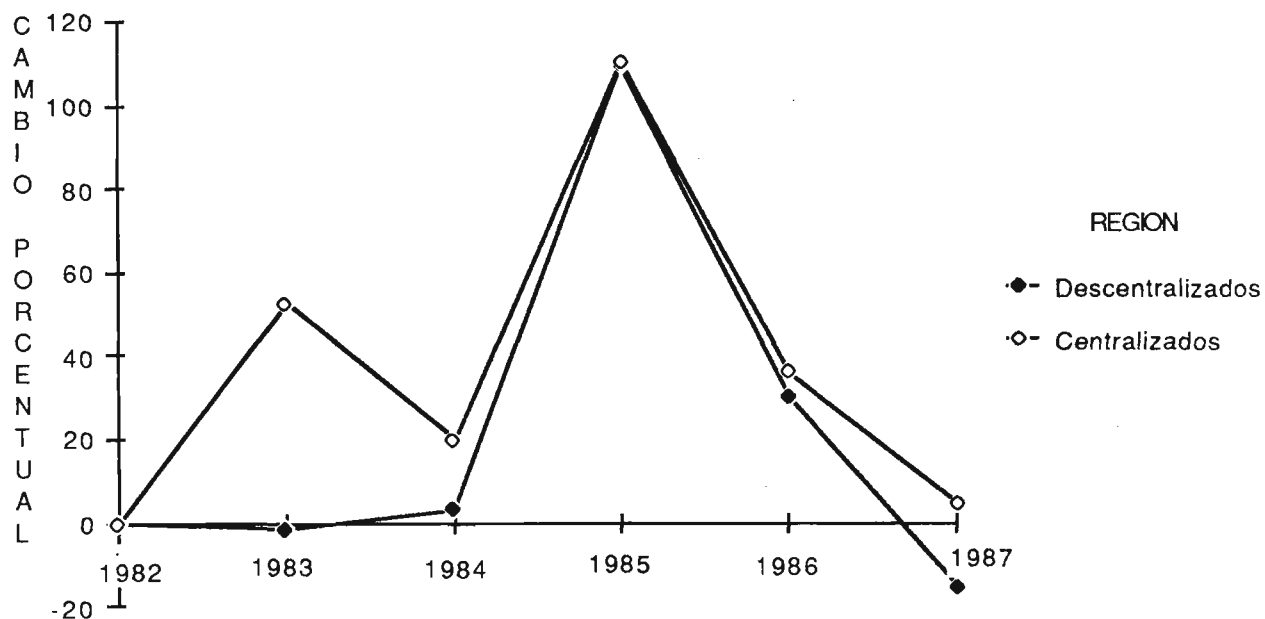
Cambio Porcentual en la Tasa de Prevalencia de Paludismo en Estados de Alta Prevalencia (>100 X 100,000), Según Situación Administrativa. 1982-1987.



Fuente: Cuadro 10.

Gráfica 9

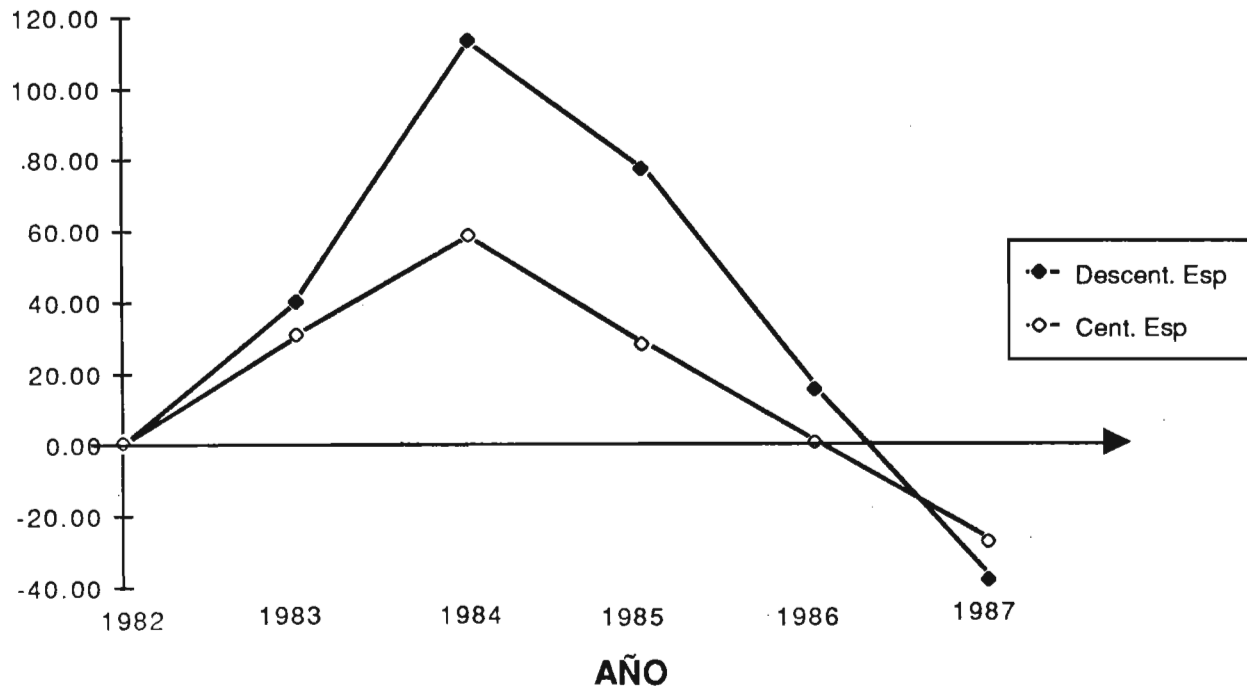
Cambio Porcentual en la Tasa de Prevalencia de Paludismo en Estados de Prevalencia Media (<100, >10 X 100,000), Según Situación Administrativa. 1982-1987.



Fuente: Cuadro 10.

Gráfica 10

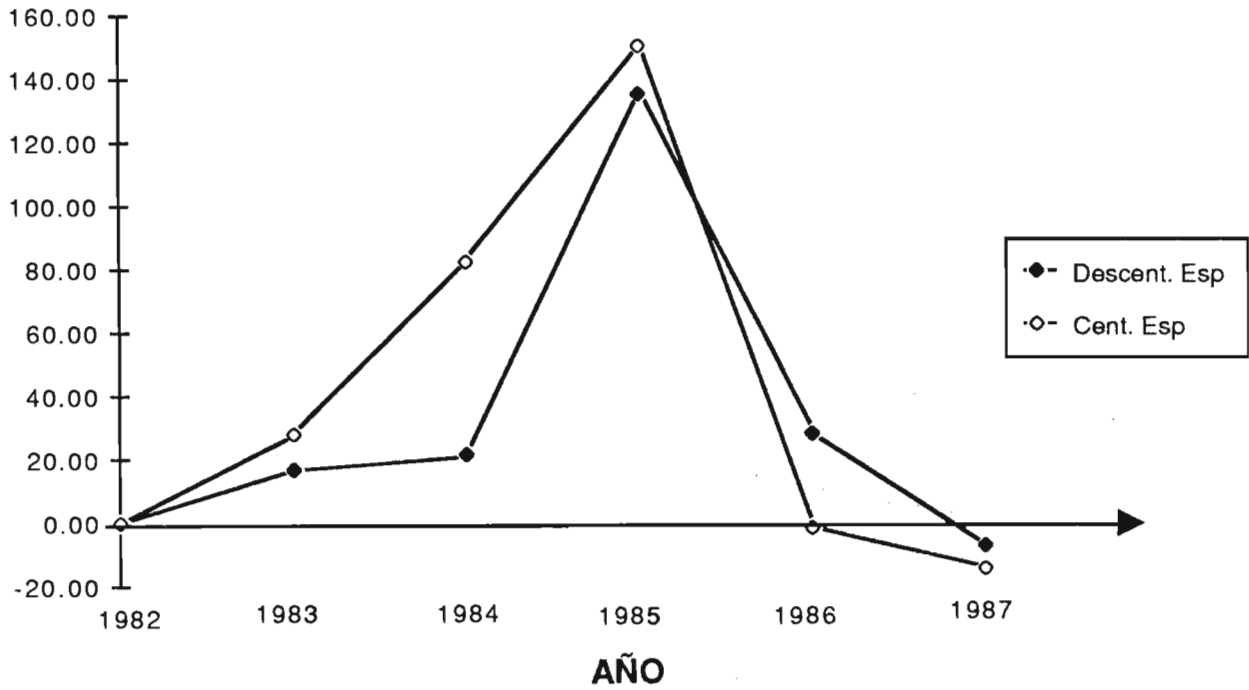
Cambio Porcentual en la Tasa de Prevalencia Esperada de Paludismo en Estados de Alta Prevalencia (>100 X 100,000), Según Situación Administrativa, 1982-1987.



Fuente: Cuadro 10.

Gráfica 11

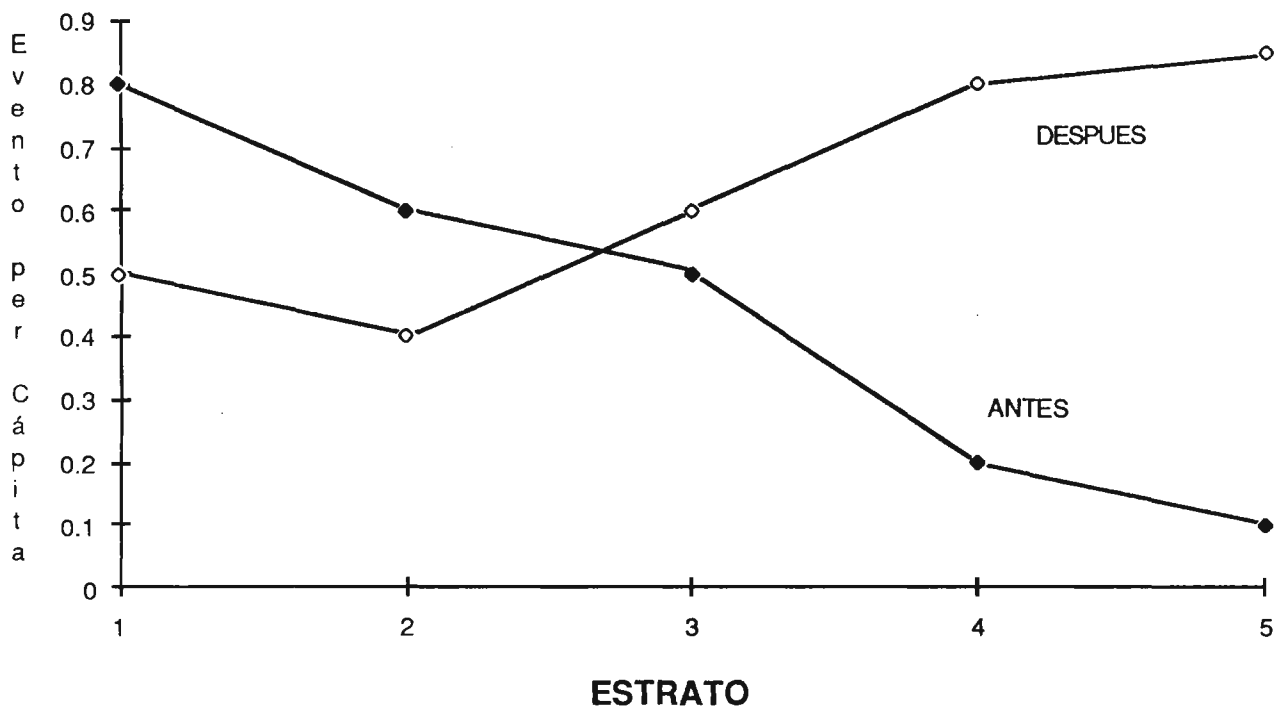
Cambio Porcentual en la Tasa de Prevalencia Esperada de Paludismo en Estados de Prevalencia Media (<100, >10 X 100,000),Según Situación Administrativa.1982-1987



Fuente: Cuadro 10.

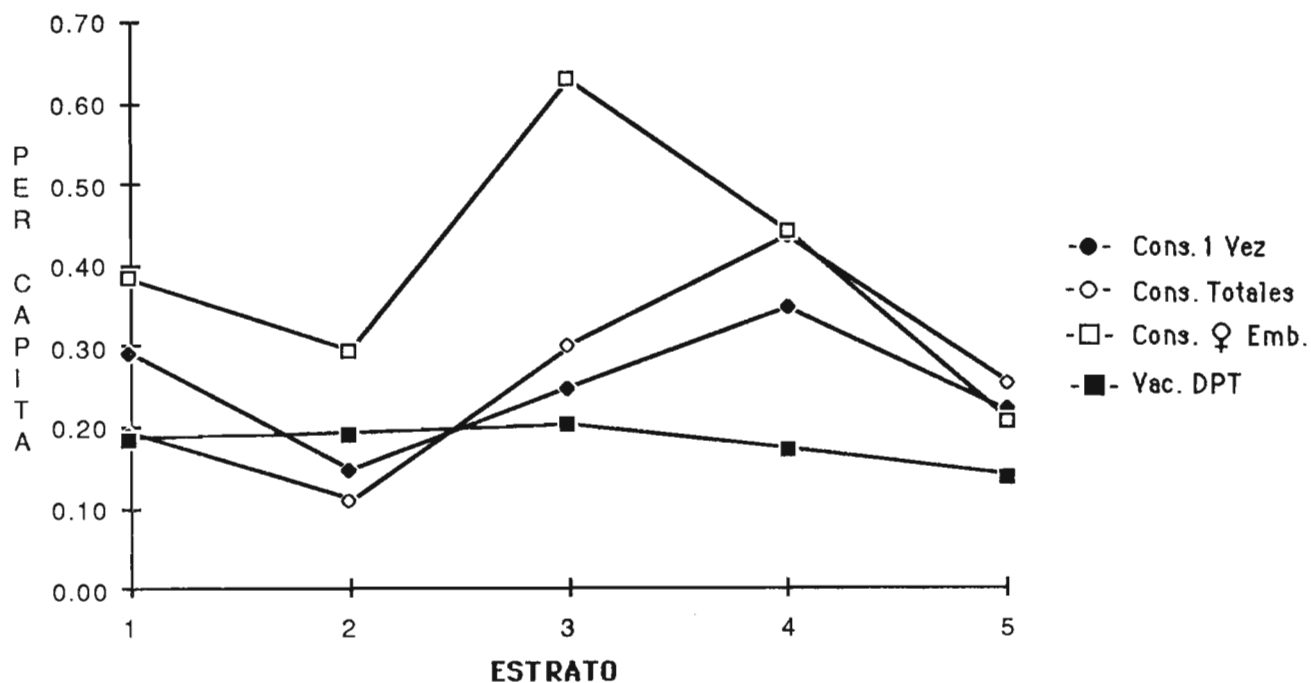
Gráfica 12

Situación Hipotética de los Indicadores de Servicios de Salud per Cápita Según Estrato Socioeconómico, Antes y Después de la Devolución.



Gráfica 13

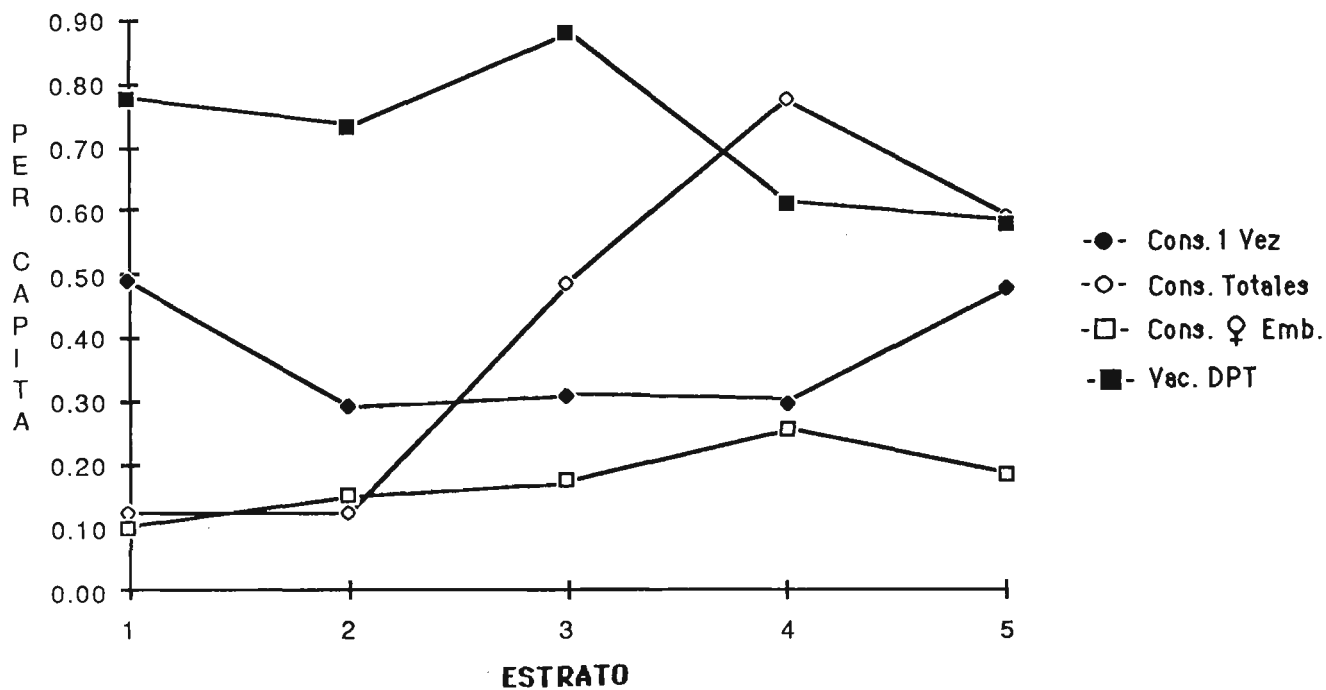
Situación de los Indicadores de Servicios de Salud per
Cápita en Guerrero Según Estrato Socioeconómico,
Antes de la Devolución (1985).



Fuente: Cuadro 12.

Gráfica 14

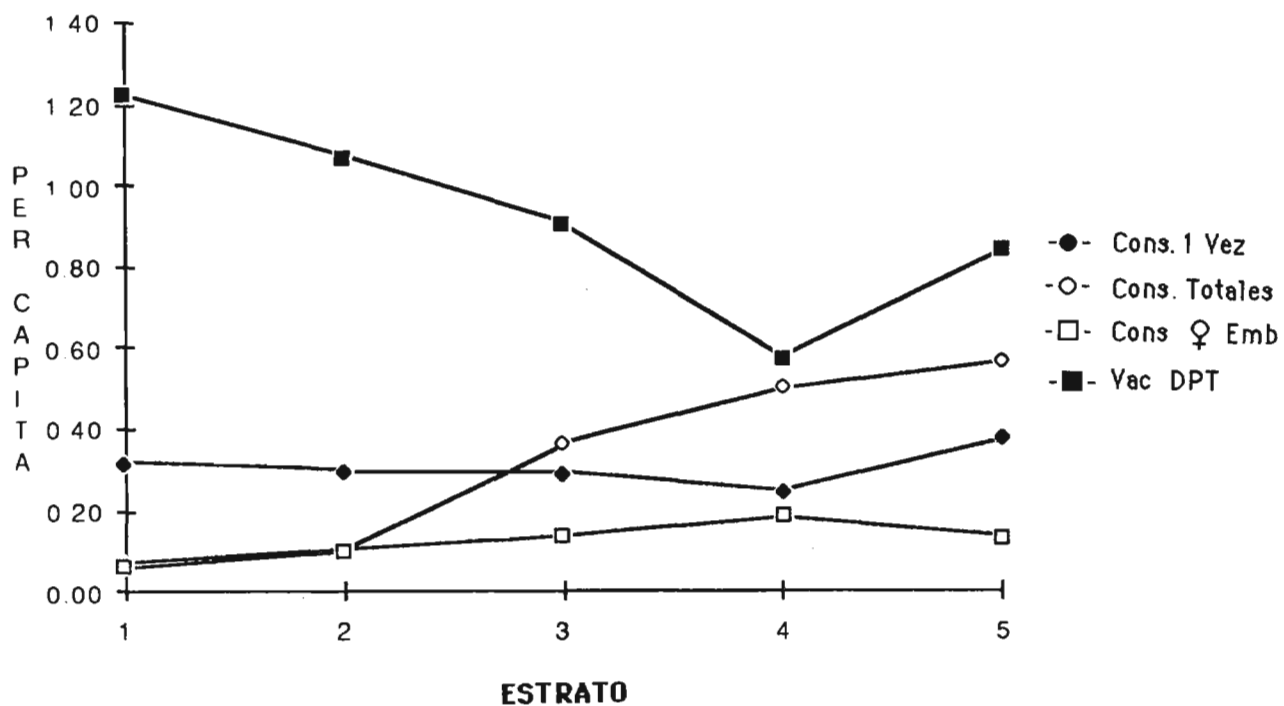
Situación de los Indicadores de Servicios de Salud per Cápita en Oaxaca Según Estrato Socioeconómico, en 1985.



Fuente: Cuadro 12.

Gráfica 15

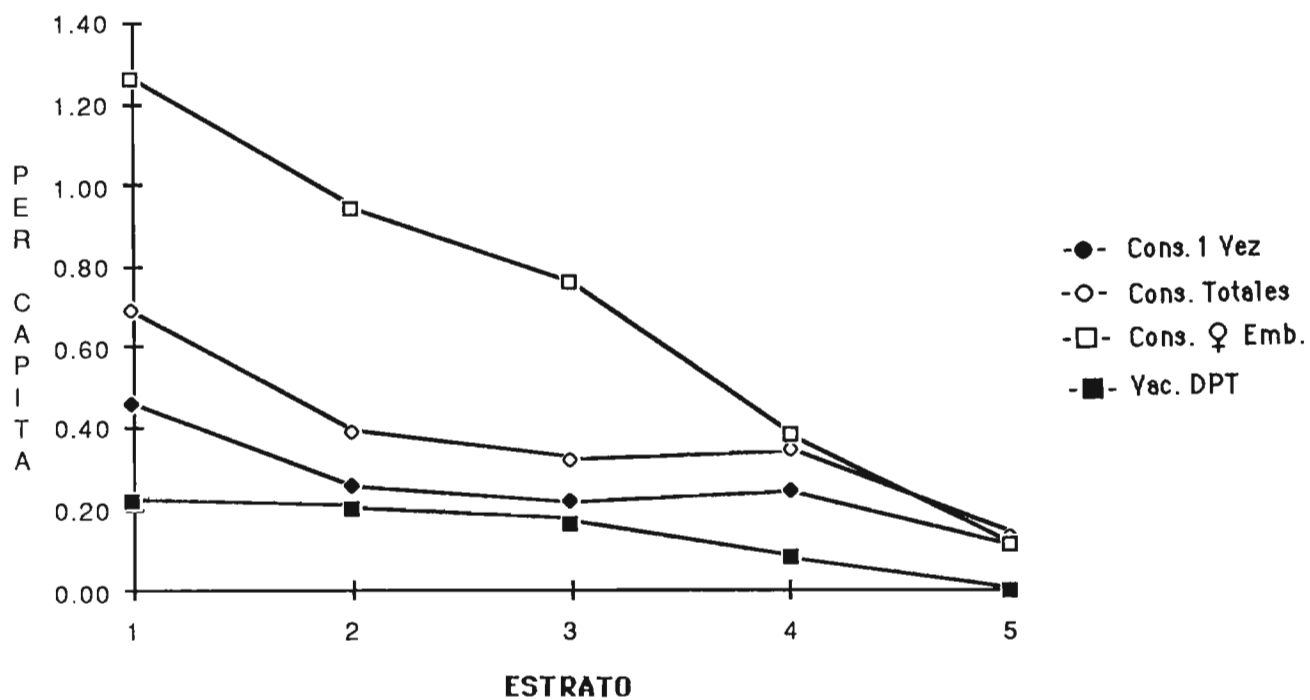
Situación de los Indicadores de Servicios de Salud per Cápita en Oaxaca Según Estrato Socioeconómico, Durante el Bienio 1986-1987.



Fuente: Cuadro 12.

Gráfica 16

Situación de los Indicadores de Servicios de Salud per Cápita en Guerrero Según Estrato Socioeconómico, durante el Bienio Posterior a la Devolución (1986-1987).

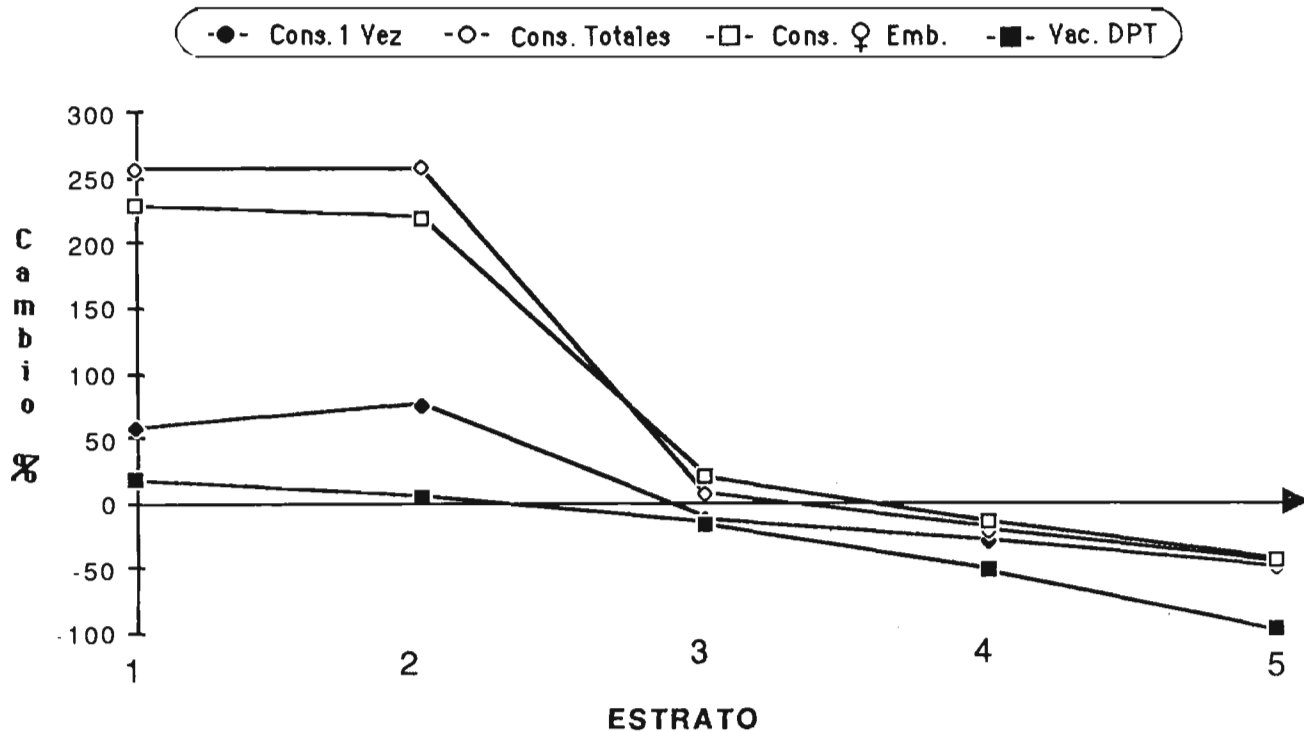


Fuente: Cuadro 12.

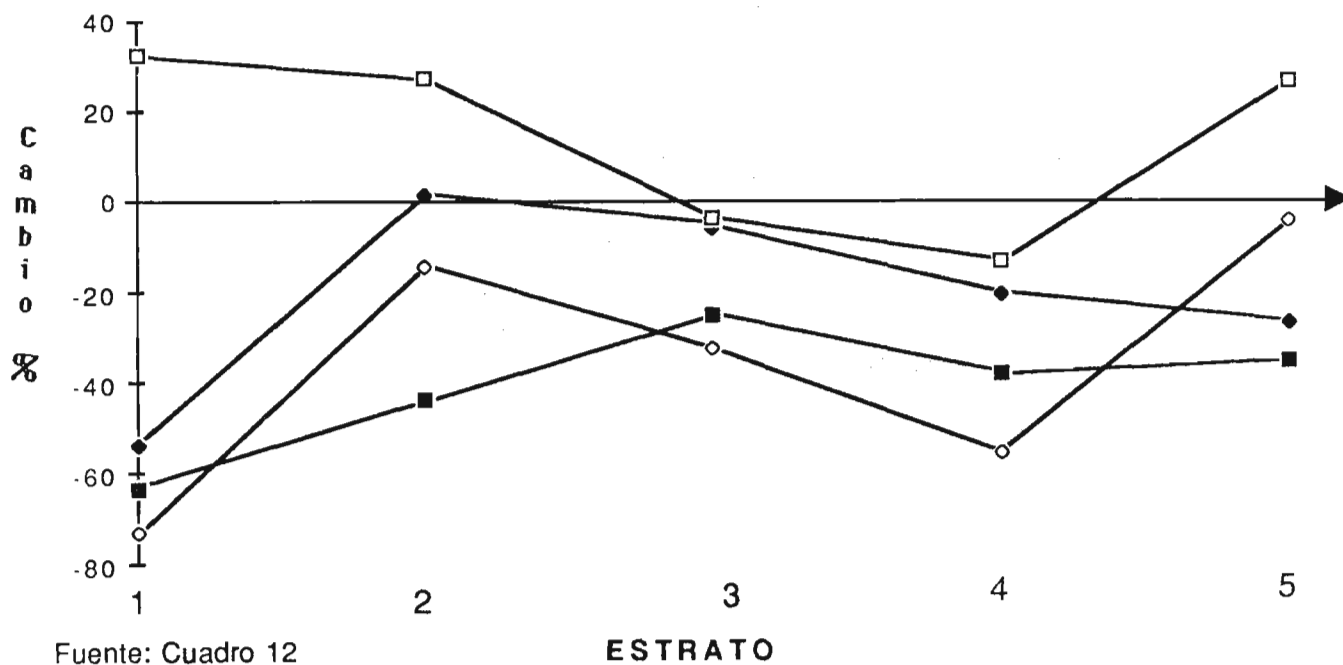
Gráfica 17

Cambio Porcentual Entre 1985 y el Bienio 1986-1987 en los Indicadores de Servicios de Salud per Cápita en Oaxaca y Guerrero, Según Estrato Socioeconómico. (Fuente: Cuadro 12)

Guerrero



Oaxaca



Fuente: Cuadro 12

ENTREVISTAS A FUNCIONARIOS

1. IDENTIFICACION

- 1.1. Nombre
- 1.2. Puesto
- 1.3. Dependencia
- 1.4. Profesión
- 1.5. Otros Estudios.

2. GENERALES

- 2.1. Antigüedad en el puesto
- 2.2. Puesto anterior
- 2.3. Otros cargos
- 2.4. Antigüedad
- 2.5. Otros cargos dentro del gobierno federal
- 2.6. Otros cargos dentro del Gobierno estatal
- 2.7. Edad

3. PERCEPCION DE PROBLEMAS

Preguntar en general, y para Oaxaca

- 3.1. ¿Considera Ud. que los servicios que prestan a la población podrían mejorar si los SCSP tuvieran una mejor relación con la SSA?

Si afirmativa...

- 3.2. ¿Que problemas en estas relaciones considera Ud. que son los más urgentes de resolver?
- 3.3. ¿A que se deben estos problemas?

- 3.4. ¿Cuáles han sido sus principales consecuencias?
- 3.5. ¿Que soluciones duraderas podrían darse a estos problemas?
- 3.6. ¿Considera Ud. que la descentralización pueda dar respuesta a estos problemas?
- 3.7. ¿Porqué?

4. FORMULACION

4.1. Participación

- 4.1.1. ¿Participó Ud. en el desarrollo de las ideas sobre la descentralización?

Si respuesta es negativa, aplicar 4.2.2. y que responda por proxi

- 4.1.2. ¿Lo hizo alguien de su dependencia?
- 4.1.3. ¿Quién
Nombre
Puesto
- 4.1.4. ¿En que actividades participó?
- 4.1.5. ¿Quién lo invitó a esto?
- 4.1.6. ¿A quién representó?
- 4.1.7. ¿Cuándo fue?
- 4.1.8. ¿Que propósito cumplía su participación?
- 4.1.9. ¿Qué otras instituciones estaban representadas?
- 4.1.10. ¿Que otras personas participaron?
- 4.1.11. ¿Que se logró de las reuniones?
- 4.1.12. ¿Que resultó de su participación?
- 4.1.13. ¿Que importancia cree que tuvo su participación?

4.3. Problemas

- 4.3.1. ¿Porqué considera Ud. que se está llevando a cabo la descentralización del gobierno federal?
- 4.3.2. ¿Porqué considera Ud. que se está llevando a cabo la descentralización de los servicios de salud a población abierta?
- 4.3.4. ¿Que críticas ha escuchado Ud. a la descentralización del gobierno federal?
- 4.3.5. ¿Está Ud. de acuerdo con ellas?

4.4. Objetivos y consecuencias

- 4.4.1. ¿Cuales son los objetivos que persigue la descentralización?
- 4.4.2. ¿Cuales son los más importantes, y porqué?

Contrastar Oaxaca, Guerrero y otros estados.

- 4.4.3. ¿Cuales cree que puedan realizarse con mayor facilidad?
- 4.4.4. ¿Cuales cree que tengan más dificultades?
- 4.4.5. ¿Que otras consecuencias tendrá la descentralización?

4.5. Procedimientos

- 4.5.1. ¿Que procedimientos han sido consideradas para lograr los objetivos dentro de su dependencia?
- 4.5.2. ¿Con que otras dependencias se relaciona la suya para implantar estos procedimientos?
- 4.5.3. ¿Cree Ud. que los procedimientos previstos para su dependencia son suficientes o atinados?
- 4.5.4. ¿Que obstáculos o resistencias considera Ud que encontrarán

estos procedimientos ?

4.5.5 ¿Considera que los procedimientos están bien distribuidos entre las diversas dependencias de la Secretaría?

4.6. Documentacion

Solicitar documentación en la siguiente pregunta

4.6.1. ¿Que documentos conoce Ud. que normen y regulen la descentralización?

4.6.2 ¿Cómo los ha utilizado?

4.6.3 ¿Cómo podrían mejorarse?

5. IMPLANTACION

Preguntar en general, Oaxaca y Guerrero

5.1. Actividades desempeñadas

Actividades clave: normatividad, estudios técnicos, presupuestación, financiamiento.

5.1.1. ¿Desde cuando trabaja su dependencia en la descentralización?

5.1.2. ¿Qué actividades han desempeñado desde entonces?

5.1.3. ¿Que documentos han elaborado?

5.1.4. ¿Que actividades de divulgación han organizado desde el comienzo?

5.1.5. ¿En que actividades de divulgación han participado desde el comienzo?

5.1.6. ¿Con que otras dependencias se han relacionado en el curso de sus actividades?

Si es afirmativa...

5.1.7. ¿Quién promovió la relación de su dependencia con las demás?

5.1.8. ¿Qué personas han sido las más importantes para el desempeño de su trabajo relacionado con la descentralización?

5.2. Toma de decisiones

Decisiones clave: Programación; adopción por municipios selectos; organización; recursos humanos, materiales y financieros.

5.2.1. ¿En que decisiones concernientes a la descentralización han participado?

5.2.2. ¿Que otras dependencias participaron en la toma de decisiones?

5.2.3. ¿Que personas participaron en la toma de decisiones?

5.2.4. ¿Que corrientes de opinión se expresaron en el proceso de tomar decisiones?

5.2.5. ¿Cómo se llegó a esas decisiones?

5.2.6. ¿Cuál fue su participación o postura ante las decisiones tomadas?

5.3. Capacitación

Preguntar sobre cursos, seminarios, talleres, de capacitación, pero no de divulgación o información.

5.3.1. ¿El personal de su dependencia ha participado en algún curso o taller sobre descentralización?

5.3.2. ¿Su dependencia ha promovido la capacitación sobre la descentralización?

6. EVALUACION Y CONTROL

Preguntar sobre evaluación y control formal e informal

6.1. Aspectos generales

6.1.1. ¿Han detectado problemas en el desarrollo de la descentralización con otras dependencias centrales de la SSA?

Si afirmativo

6.1.2. ¿Que problemas han sido éstos

6.1.3. ¿Que medidas correctivas han tomado?

6.1.4. ¿Que problemas han resuelto?

6.1.5. ¿Que problemas no han resuelto?

6.1.6. ¿Que consecuencias administrativas han tenido estos problemas?

6.1.7. ¿Han detectado problemas en el desarrollo de la descentralización con dependencias centrales en otras secretarías de estado?

Si afirmativo

6.1.8. ¿Que problemas han sido éstos

6.1.9. ¿Que medidas correctivas han tomado?

6.1.10. ¿Que problemas han resuelto?

6.1.11. ¿Que problemas no han resuelto?

6.1.12. ¿Que consecuencias administrativas han tenido estos problemas?

Contrastar Oaxaca y Guerrero

6.1.13. ¿Han detectado problemas en el desarrollo de la descentralización con con dependencias en las entidades federativas?

Si afirmativo

6.1.14 ¿Que problemas han sido éstos

6.1.15. ¿Que medidas correctivas han tomado?

6.1.16 . ¿Que problemas han resuelto?

6.1.17 . ¿Que problemas no han resuelto?

6.1.18 . ¿Que consecuencias administrativas han tenido estos problemas?

6.2. Productividad

6.2.1. ¿Su dependencia exige el cumplimiento de normas sobre productividad/efectividad a los estados descentralizados?

Si es afirmativa...

6.2.2. ¿Cuáles son estas?

6.2.3. ¿Qué medios tiene Ud a su disposición para vigilar su cumplimiento?

6.2.4. ¿Qué medios tiene Ud a su disposición para exigir su cumplimiento?

6.2.5. ¿A su dependencia le exigen el cumplimiento de normas sobre productividad/efectividad en los estados?

Si es afirmativa...

6.2.6. ¿Quién se lo exige?

6.2.7. ¿Qué medios tienen a disposición para vigilar su

cumplimiento?

6.2.8. ¿Qué medios tienen a disposición para exigir su cumplimiento?

7. DINAMICA POLITICA

Preguntar al nivel general, en Oaxaca y en Guerrero.

7.1. ¿Ha notado que se cuestione la política descentralizadora en los estados?

Si afirmativa...

7.2. ¿Cómo describiría la crítica?

7.3. ¿De que sectores proviene?

7.4. ¿Ha notado falta de interés por la política descentralizadora en los estados?

Si afirmativa...

7.5. ¿Cómo describiría la apatía?

7.6. ¿De que sectores proviene?

7.7. ¿Ha notado resistencias a la política descentralizadora en los estados?

Si afirmativa...

7.8. ¿Cómo describiría las resistencias?

7.9. ¿De que sectores proviene?

7.10. ¿Han tenido que emplear alguna medida de presión para que los estados respondan a la política?

Si afirmativa...

7.11. Cúales han sido estas medidas?

7.12. ¿Que efectos han tenido?

7.13. ¿Ha notado que se cuestione la política descentralizadora en la SSA?

No afirmativa...

7.14. ¿Cómo describiría la crítica?

7.15. ¿De que sectores proviene?

7.16. ¿Ha notado falta de interés por la política descentralizadora en la SSA?

Si afirmativa...

7.17. ¿Cómo describiría la apatía?

7.18. ¿De que sectores proviene?

7.19. ¿Ha notado resistencias a la política descentralizadora en la SSA?

Si afirmativa...

7.20. ¿Cómo describiría las resistencias?

7.21. ¿De que sectores proviene?

7.22. ¿Han tenido que emplear alguna medida de presión para que quienes se resisten en la SSA respondan a la política?

Si afirmativa...

7.23. ¿Cuáles han sido estas medidas?

7.24. ¿Que efectos han tenido?