

La descentralización de los servicios de salud en México (1981-2000)

Guillermo
Fajardo Ortiz

LAS COBERTURAS Y LA SEGMENTACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (1980)

En 1980 México tenía 67 millones 400 mil habitantes, distribuidos en 31 estados y en el Distrito Federal. En su sistema de salud había tres grupos de prestadores de servicios: el primero, abarcaba a los organismos que otorgaban servicios a la población marginada, alrededor de 60% del total de la población de México; los organismos más importantes de este grupo eran la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el programa de solidaridad del Instituto Mexicano del Seguro Social co-PLAMAR (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados), los servicios de salud de cada uno de los gobiernos de los estados y los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal; el segundo grupo estaba conformado por las instituciones de seguridad social con servicios médicos, prestaba atención a cerca del 35% de la población, sus principales organismos eran el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que tenía a su cuidado a los trabajadores del sector formal de la economía, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE), que atendía a los empleados públicos; las fuerzas armadas contaban con su propio organismo de seguridad social, el Instituto de Seguridad



© Lorena Campbell, Roma, 1997.

y Servicios Sociales para las Fuerzas Armadas (ISSFAM), esto mismo ocurría con los trabajadores de la empresa de Petróleos Mexicanos y con el personal de los Ferrocarriles Nacionales de México. El tercer grupo prestador era el privado, tenía dos modalidades: el lucrativo y el no lucrativo (asistencia privada); este grupo era el más pequeño, sus integrantes: médicos, clínicas, hospitales, gabinetes de diagnóstico, etc., no estaban articulados, no conformaban una red.

CENTRALIZACIÓN: PASIÓN Y AFICIÓN GUBERNAMENTALES

El sistema político mexicano durante gran parte del siglo XX se caracterizó por su centralismo; los servicios de salud para la población marginada no fueron ajenos a la actividad centralizadora.¹

En 1920, cuando finalizó la Revolución Mexicana, existían incipientes servicios de salud gubernamentales de diferente jerarquía, ubicación y ámbito de acción: centrales, estatales, territoriales y municipales funcionaban en forma desarticulada; hubo intentos para que actuaran armónicamente, creándose diversas estructuras administrativas. En el periodo presidencial de 1934 a 1940, a pesar de esfuerzos de apoyo recíproco, existieron programas y planes de salud caracterizados por su centralismo en relación con la determinación de prioridades de salud, financiamiento, recursos y administración. En 1935 se formó un organismo que se convertiría, hacia la década de los sesenta, en una estructura denominada Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados que dependía de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), organismo federal encargado de la salud; di-

chos servicios señalaban medios y propósitos en cuanto a la planeación, organización, prestación y evaluación de la atención a la salud en las entidades federativas, sobreponiéndose, duplicando o absorbiendo funciones que correspondían a los organismos estatales encargados de la atención a la salud.

OTRO PRESTADOR PARA LA CLASE MARGINADA

Los citados Servicios Coordinados de Salud Pública, hasta la década de los setenta, fueron la dependencia principal para atender las necesidades de salud de la población abierta en todo el país.² En 1973, bajo el concepto de Solidaridad Social, el Instituto Mexicano del Seguro Social empezó a organizar, establecer y otorgar atención médica, farmacéutica y hospitalaria a población marginada rural, suburbana y urbana. El financiamiento de dicha atención estaba a cargo de la Federación, el IMSS la proporcionaba y los propios beneficiarios ofrecían en reciprocidad participar en acciones de beneficio colectivo.

En 1979, el gobierno federal decidió ampliar la prestación de servicios de salud a 10 millones de campesinos marginados; existió un convenio entre la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) y el IMSS para establecer y operar un plan de solidaridad social por cooperación comunitaria; así surgió el Programa IMSS-COPLAMAR, cuyos costos de inversión y de operación fueran cubiertos por el gobierno federal; A COPLAMAR le correspondía la obtención de los recursos necesarios y al IMSS administrar y contabilizar los fondos y proporcionar servicios de salud.

En 1983, el IMSS se hizo cargo total de la responsabilidad del programa, que continuó siendo financiado con recur-



© Lorena Campbell, Ciudad de México, 1999.

sos federales conociéndose, a partir de 1990, como IMSS-Solidaridad; desde entonces ha tenido gran importancia por sus recursos y cobertura en salud. Este programa del IMSS se apartó del modelo mexicano del seguro social y modificó la función tradicional de la SSA como otorgante principal de servicios de salud a población no asegurada.

Durante la etapa de centralización, en mayor medida en la SSA, pero no ajena a IMSS-COPLAMAR, se mejoró la salud de los mexicanos, se favoreció la promoción de la salud y el desarrollo de la medicina preventiva, se construyeron centros de salud, clínicas y hospitales y se capacitó personal.

Al inicio de la década de los ochenta había en las entidades federativas de México dos organismos principales que atendían los problemas de salud de la población "abierta": uno era la SSA, que se ocupaba en general de la población marginada en las grandes urbes; la otra era el Programa de Solidaridad del IMSS, que se orientaba básicamente a zonas rurales. En el sexenio 1977-1982, con el deseo de unificar dichos organismos que se financiaban con fondos federales, se conformó una estructura dependiente de la Presidencia de la República: la Coordinación de los Servicios de Salud.

LA DESCENTRALIZACIÓN

En el México de los años ochenta, la descentralización era una nueva referencia novedosa en lo administrativo, político, cultural y jurídico; el momento que vivía México abría las posibilidades de un cambio histórico, situación no ajena a diversos movimientos sociales. En 1983 y 1984 se modificó el artículo cuarto de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, y el Código Sanitario fue sustituido por la Ley General de Salud. En cuanto al artículo cuarto constitucional, se incorporó al mismo el

derecho a la salud, señalándose que se establecerían los ámbitos en cuanto a salubridad general por parte de la Federación y de las entidades federativas; en relación con la Ley General de Salud, desde el ángulo de la descentralización, distribuyó los poderes, en materia de salud entre el gobierno federal y los estados, presentando las bases para realizar la descentralización y establecer los ámbitos de acción entre la Federación, los estados y los municipios. En esos años, la SSA se convirtió en Secretaría de Salud, con actividades básicamente normativas, de supervisión y evaluación.

Posteriormente a la modificación del artículo cuarto constitucional y a la promulgación de la Ley General de Salud en marzo de 1984, se expidió otro decreto, determinándose que los servicios de salud de la SSA y el Programa IMSS-COPLAMAR (Solidaridad) pasarían a ser responsabilidad de los gobiernos estatales (descentralización).³ En dicho documento se expresó que la descentralización se referiría a la población "abierta", siendo un proceso gradual que evitaría deterioros en la operación de los servicios, evaluaría las acciones, y sería orientado a ampliar la cobertura y a mejorar la calidad de los servicios; se estableció también que la transferencia a los gobiernos estatales sería de acuerdo con un programa específico, siendo responsabilidad conjunta de la Secretaría de Programación y Presupuesto, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social y los gobiernos estatales. La descentralización pretendió unificar en cada entidad federativa los servicios de salud de la SSA, los del IMSS-COPLAMAR y los de los gobiernos estatales.

De acuerdo con las acciones anteriores, el Plan Nacional de Desarrollo 1984-1988 del gobierno de México, reiteró

que el proceso de descentralización de los servicios de salud debía permitir ampliar la cobertura, mejorar la calidad de los servicios y conciliar la eficiencia en la prestación de la atención y los derechos de los trabajadores; agregaba que con la descentralización se pretendía abaratizar los costos y racionalizar el gasto en salud, distribuyendo las competencias entre los niveles gubernamentales federal, estatal y municipal.

El proyecto descentralizador tuvo otros puntos de referencia: apoyo a la política democrática, crisis económica de México, presiones del Fondo Monetario Internacional y de otros organismos financieros orientadas a registrar el gasto público (austeridad), racionalización de la prestación de los



la Secretaría de Salud y, 2) la verdadera descentralización, conformando organismos estatales de salud.

La desconcentración consistió en trasladar facultades, planes y recursos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia a organismos estatales; a estos últimos se les concedió autonomía técnica, no se les otorgó responsabilidad jurídica ni patrimonio propio, y dependieron de normas y controles jurídicos centrales.

En cuanto a la etapa de descentralización, se orientó a transferir facultades, planes y recursos a estructuras con



© Lorena Campbell, Nueva York, 1993.

servicios de salud, y mejoría de la calidad de los mismos.

La descentralización abarcó a centros de salud, clínicas, hospitales generales y algunas campañas sanitarias; no comprendió los hospitales especializados; la descentralización tampoco contempló a otros organismos de seguridad social ni a los prestadores privados.

La descentralización se entendió como un proceso en el que el nivel central transfería a los estados autoridad, manejo de recursos y toma de decisiones; en otros términos, fue un instrumento del federalismo que implicaba redistribución de funciones, siendo un ejercicio administrativo y político. La descentralización de los servicios de salud pretendió conformar sistemas estatales de salud.

¿EN QUÉ CONSISTIÓ LA DESCENTRALIZACIÓN?

La descentralización se efectuó en dos etapas: 1) la desconcentración de los Servicios Coordinados de Salud Pública de

personalidad jurídica y patrimonio propio, con autonomía y técnica orgánica, y tuvo un doble propósito: el primero consistió en evitar duplicaciones y omisiones, y en buscar complementaciones y articulaciones; este propósito posibilitó elaborar programas estatales de salud, aprovechar mejor los recursos, rediseñar sistemas de referencia y contrarreferencia de usuarios, y expedir leyes estatales de salud;⁴ el segundo propósito pretendió unificar los servicios de la SSA con los del programa IMSS-COPLAMAR y los servicios que otorgaban los propios gobiernos de los estados, en un organismo de salud único que dependiera de las autoridades estatales.

Durante el proceso de descentralización se confrontaron problemas económicos y financieros, administrativos y políticos. La fusión se desarrolló en un medio de recortes presupuestales en materia de salud; hubo insuficiente capacidad de liderazgo en la unificación de los servicios; hubo pugnas de diversos órdenes entre los dos organismos principales que se unificaban. El programa IMSS-COPLAMAR estaba mejor organizado,⁵ era más completo, contaba con personal mejor preparado y con mayores y mejores recursos físicos que los servicios



de la SSA y los servicios estatales; desde el ángulo de participación del usuario en el sostenimiento financiero de los servicios, se presentaron diferencias: en IMSS-COPLAMAR los usuarios contribuían al sostenimiento con trabajo comunitario; en los servicios de la SSA y en los estatales los usuarios participaban con cuotas de recuperación; la calidad de la atención proporcionada por IMSS-COPLAMAR era considerada mejor que la que se otorgaba en la SSA y en los servicios estatales. Debido a las diferencias anteriores, en los estados de Hidalgo

tralización de los servicios de salud, el cual se inició pero no prosiguió, provocando deterioro en la atención a la salud.

En 1985 se habían descentralizado nueve estados, iniciando con Tlaxcala; posteriormente se incorporaron Nuevo León, Guerrero, Baja California Sur, Jalisco, Morelos, Tabasco, Querétaro y Sonora. Un año después lo hicieron los estados de Colima, Guanajuato y México; en 1987 se agregaron Aguascalientes y Quintana Roo.

En solo 14 entidades culminó la descentralización, desaparecieron los Servicios Coordinados de Salud Pública y el Programa IMSS-COPLAMAR, y se crearon organismos estatales responsables de los servicios de salud para población abierta.



© Lorena Campbell, Nueva York, 1993.

y Oaxaca hubo oposición a que el Programa IMSS-COPLAMAR desapareciera; el estado de Guerrero, cuyo gobernador había participado en el diseño de la descentralización, se mostró favorable a este proceso; otro conflicto fue que los trabajadores del programa IMSS-COPLAMAR no quisieron integrarse a un organismo estatal en que las condiciones laborales, los salarios y las prestaciones eran menores.

En relación con el Distrito Federal, el 26 de mayo de 1986 se conformó como parte de la Secretaría de Salud un organismo desconcentrado, los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, que atendía a la población abierta; en la siguiente década se integró con los recursos de la Dirección de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, constituyendo la Secretaría de Salud del D.F.

La "adquisición" de obligaciones por parte de las autoridades estatales, sin contar con los apoyos logísticos, técnicos, ni financieros suficientes y, en cierta forma, el hecho de que la estrategia de descentralización se originara en el centro, provocó reacciones en algunos gobiernos estatales: en el estado de Michoacán hubo oposición al proceso de descentralización.

Los estados descentralizados tuvieron problemas: insuficiente asignación y disponibilidad de recursos, permanencia del modelo centralizador en la administración del personal, comodato centralizado en el manejo de bienes muebles, permanencia de los programas verticales y deficiente capacidad gerencial; además, la SSA, el IMSS-COPLAMAR y diversos grupos estatales se enfrascaron en la disputa por el poder de los servicios de salud.

Aunque la descentralización no fue exitosa, la experiencia fue positiva, su intento y marco lógico y a veces retórico, aun en los estados que no participaron en el proceso, provocó una nueva dinámica entre las autoridades políticas y de salud federales y estatales, personal y usuarios acerca de las relaciones políticas, técnicas, administrativas y financieras entre el nivel central y los estados; además, hubo un mayor control de bienes y servicios en los estados descentralizados. La descentralización de los ochenta fue incompleta; hubo pocos impactos en equidad, eficiencia, calidad y sostenibilidad, sin embargo, abrió nuevos cauces para operar los servicios.

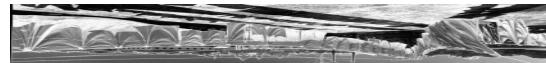
En el periodo gubernamental 1989-1994, la descentralización se detuvo, hubo cierta recentralización; sin embargo, en algunos estados se tomaron medidas con carácter descentralizador, hubo transferencia de aspectos administrativos y se aumentaron los recursos a los servicios desconcentrados; además, se reforzaron las jurisdicciones sanitarias con la idea de convertirlas en verdaderos sistemas de salud.⁶

UNA NUEVA DESCENTRALIZACIÓN EN 1985

En el periodo gubernamental 1995-2000 se reactivó la estrategia de la descentralización de los servicios de salud para población “abierta” en los estados; la misma formó parte del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 del gobierno federal.⁷ En agosto de 1996 comenzó un nuevo proceso de descentralización total de los servicios de salud a población abierta donde se involucraron diferentes actores. El gobierno federal, los gobernadores de las 31 entidades federativas, el jefe del Departamento del Distrito Federal, la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado, el Sindicato Nacional de Trabajadores al Servicio del Estado, el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, firmaron ante el presidente de la República, Ernesto Zedillo, el Acuerdo Nacional para la descentralización de los Servicios de Salud.⁸

Este programa descentralizador contó con recursos significativos; 121 100 trabajadores federales (SSA) se convirtieron en estatales; 22 461 salarios de los trabajadores estatales fueron homologados a los salarios (más elevados) de los trabajadores federales; 716 560 bienes muebles al igual que 6 240 bienes inmuebles, básicamente establecimientos médicos fueron transferidos del nivel federal a las entidades federativas. En 1991 la población abierta era de 45 millones de personas,⁹ casi la mitad de los habitantes de México.

Para la descentralización, en 1997, cada entidad federativa conformó un Organismo Público Descentralizado (OPD), instancia administrativa con personalidad jurídica y patrimonio propio, encargado de dirigir, administrar, operar y supervisar los establecimientos de servicios de salud transferidos por la SSA a los gobiernos estatales, administrar los recursos asignados, las cuotas de recuperación o de cualquier otro título legal e integrar un acervo de información y documenta-



ción que posibilitara a las autoridades e instituciones competentes la investigación, el estudio y el análisis de la salud. Los dos últimos estados que se incorporaron a la descentralización fueron Baja California Norte y Chihuahua, en 1998.

La nueva descentralización se realizó con habilidad política,¹⁰ no sólo tomando en cuenta la experiencia previa de 1985, sino también valorando los aspectos culturales, y reconociendo a los diversos actores y los contextos sociales y económicos. En la descentralización de los noventa se impulsó el consenso y se dieron los marcos normativos legales adecuados, se logró la descentralización de las autoridades de salud, de las prácticas planificadoras, de la asignación de recursos, del financiamiento y del otorgamiento de servicios en materia de atención médica y salud pública.

N O T A S

¹ Secretaría de Salubridad y Asistencia, Programa Nacional de Salud, Poder Ejecutivo Federal, México, 1984. pp. 15-16.

² Fajardo Ortiz, G., *La atención médica en México*, México, Francisco Méndez, editor y distribuidor, 1979. p.116.

³ Secretaría de Salubridad y Asistencia, Programa Nacional de Salud 1984-1988, Poder Ejecutivo Federal, 1984.

⁴ Soberón, G., Kumate, J.L. y Laguna, J. (compiladores), *La Salud en México: Testimonios 1988. Fundamentos del cambio estructural*, México, Secretaría de Salud/Instituto Nacional de Salud Pública/El Colegio Nacional/Fondo de Cultura Económica, tomo I, pp. 103-111.

⁵ Mesa-Lago, C., “Atención de salud para los pobres en América Latina y el Caribe”, *Publicación Científica*, núm. 539, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Interamerican Foundation, 1992, pp. 122-124.

⁶ Gutiérrez G., México, en *Sistemas Nacionales de Salud en las Américas*, México, Secretaría de Salud/Colegio Nacional, México, 1994. p.168.

⁷ Melgar Adalid, M., “Descentralización y administración de la salud”, en *1 por la salud en México*, Miguel Ángel Porrúa/SSA, México, 2000, pp.177-203

⁸ De la Fuente, R. y López Bárcenas, J. (compiladores), *Federalismo y salud en México*, Primeros alcances de la Reforma de 1995, Editorial Diana, México, 2001. p.16-23.

⁹ Tamayo, J., *El fortalecimiento del federalismo y la descentralización de los servicios de salud en México. Federalismo y Desarrollo*, México, 1997, pp. 16-19.

¹⁰ De la Fuente, R., “La medición en salud; de las propuestas a los hechos”, en *La medición a través de indicadores*, UNAM / Siglo XXI, México, 2001, p.12.

Guillermo Fajardo Ortiz Facultad de Medicina, UNAM.
gfortiz@servidor.unam.mx