

ENSAYO

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO EN LA DÉCADA DE LOS OCHENTA*

GUILLERMO SOBERÓN-ACEVEDO, M.C., PH.D.,⁽¹⁾
GREGORIO MARTÍNEZ-NARVÁEZ, M.C., M.S.P.⁽²⁾

Soberón-Acevedo G, Martínez-Narváez G.
La descentralización de los servicios de salud
en México en la década de los ochenta.
Salud Publica Mex 1996;38:371-378.

RESUMEN

El propósito de este artículo es presentar la experiencia en torno al proceso de descentralización que se llevó a cabo en la década de los ochenta. Primero se presentan algunos postulados en relación con este tema; después se plantean los fundamentos jurídicos y los convenios que se establecieron para la coordinación Federación-estados, así como los puntos básicos de la implantación de la estrategia descentralizadora; posteriormente se exponen los factores (favorables y desfavorables) que afectaron el proceso; finalmente, se aborda brevemente la posibilidad de realizar la descentralización de los servicios de salud a nivel municipal.

Palabras clave: servicios de salud/organización & administración; descentralización; México

Soberón-Acevedo G, Martínez-Narváez G.
Health services decentralization
in Mexico during the 1980s.
Salud Publica Mex 1996;38:371-378.

ABSTRACT

The objective of this article is to review the decentralization process that took place in the 1980s. First, some principles in relation to this topic are presented. Next, the legal foundations and the agreements which were established for Federation-states coordination are outlined, as well as basic points related to the introduction of the decentralization strategy. The favorable and unfavorable factors that affect the process are established and, finally, the possibility of carrying out decentralization of health services at the municipal level is briefly discussed.

Key words: health services/organization & administration; decentralization; Mexico

Solicitud de sobretiros: Dr. Guillermo Soberón Acevedo. Presidente Ejecutivo, Fundación Mexicana para la Salud. Periférico Sur 4809, colonia El Arenal Tepepan, 14610 México, D.F.

* Extracto de la Conferencia Magistral presentada con motivo del X Aniversario de la Descentralización de los Servicios de Salud en el Municipio de Acapulco, Guerrero, México, 14 de julio de 1995.

(1) Presidente Ejecutivo, Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD).

(2) Director de Programas de Salud, FUNSALUD.

Fecha de recibido: 27 de mayo de 1996

Fecha de aprobado: 23 de septiembre de 1996

EL PRESENTE TRABAJO retoma el proceso descentralizador iniciado en 1982, ya que el actual gobierno ha determinado emprender una reforma del Sistema Nacional de Salud. Así, se revisó aquella experiencia con el propósito de compartirla con las autoridades del Sector Salud.

En agosto de 1981, por acuerdo del Presidente José López Portillo, se creó la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, cuya misión fue “determinar los elementos normativos, técnicos, administrativos y financieros de los servicios públicos de salud, a fin de integrarlos en un sistema nacional de salud que diera cobertura a toda la población”.

Esa Coordinación surgió por la iniciativa del entonces Secretario de Programación y Presupuesto, licenciado Miguel de la Madrid, ya que dos ambiciosos programas de extensión de cobertura, sin ninguna coordinación ni vinculación entre ellos, le hacían cuantiosos requerimientos de recursos financieros. Por un lado, el IMSS-COPLAMAR, programa para la atención de la población abierta en zonas rurales a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y por otro, el de las zonas marginadas de las grandes urbes a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA).

Surgió así el estudio *in situ* de la situación de los servicios de salud en 19 entidades federativas, el cual reveló la impostergable necesidad de descentralizar los servicios de salud.

Las propuestas de la Coordinación, contenidas en el libro *Hacia un Sistema Nacional de Salud* que publicó la Universidad Nacional Autónoma de México, fueron presentadas en octubre de 1982 a la consideración del Presidente López Portillo y, una semana después, al Presidente Electo Miguel de la Madrid.

La estrategia de la descentralización de los servicios de salud incluida en ese trabajo fue pivote para la implantación de las otras estrategias (sectorización, modernización de la SSA, coordinación intersectorial y participación comunitaria), pues la descentralización de la vida nacional fue uno de los principios básicos del programa de gobierno de Miguel de la Madrid, postulados desde su campaña política.

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA VIDA NACIONAL

Para abordar este punto se recogen algunos postulados del pensamiento delamadridista en relación con la descentralización.¹

Se tiene, por una parte, que el programa que estableció la Constitución de 1917 fincó en el federalismo las bases para la integración política territorial y cultural de la voluntad nacional; por otra, que la transformación profunda planteada por la Revolución implicó la necesidad de concentrar esfuerzos. Sin embargo, la centralización se había convertido en una limitante para la realización del proyecto nacional, pues hoy se sabe bien que esa tendencia había sido superada y agotado sus posibilidades.

Así, se establecía la descentralización de la vida nacional como un imperativo para la consolidación de la sociedad, en el marco de un nuevo federalismo; se planteaba que la redistribución de competencias, entregaría o devolvería al municipio todas aquellas atribuciones relacionadas con el gobierno directo de la comunidad básica; se afirmaba que la administración pública federal debía ser el elemento conductor y el ejemplo del proceso de descentralización de la vida nacional. En suma, con la descentralización se buscaba fortalecer a la Nación, hacer más eficiente a la economía y más justa e igualitaria a la sociedad.

La descentralización de la vida nacional que se postulaba debía abarcar todos los aspectos y comprometer a los distintos sectores sociales de la población; para ello se requería de la participación social de todos.

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD

Es importante destacar también aquí algunos puntos que planteaba José Francisco Ruiz Massieu,² personaje clave de la descentralización de la salud como funcionario de la SSA.

“La descentralización en sentido estricto consiste en la transferencia a la administración pública local de facultades y con ellas programas y recursos, que son ejercidos bajo la tutela del órgano que las traspasa. El órgano que recibe las facultades (estado, municipio) posee su propia personalidad y patrimonio, así como autonomía política, y no se halla bajo el control jerárquico del transmisor. Formas menos avanzadas son la desconcentración y la delegación de funciones, en las cuales los actos emitidos podrán ser anulados, modificados o sustituidos por el superior”.

En el campo de la salud, la descentralización vincula las acciones públicas que lleva a cabo la autoridad local. El cuidado de la salud, concebido como atención médica y salud pública, requiere que se vinculen otras acciones

que inciden en la salud, manejadas fundamentalmente por los gobiernos de los estados: dotación de agua potable y alcantarillado, apoyos a la alimentación y cuidado ecológico.

Los partidarios de la descentralización señalaban que las naciones son organizaciones que, para funcionar con eficiencia, deben tener una escala óptima; si se rebasa el tamaño de la organización, aparecen ineficiencias que se traducen en rendimientos decrecientes.

“La descentralización en nuestro régimen constitucional puede evolucionar a través de dos vías que pueden usarse independiente o juntamente: la legislativa y la convencional”.

Los convenios de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y los gobernadores de los estados son instrumentos convencionales que redistribuyen el ejercicio de la competencia administrativa, pero no la legislativa que otorga la Constitución General de la Unión.

En cuanto a la evolución histórica de la descentralización de la salud en México, hay que tener presente que la Constitución de Querétaro, si bien definió que la salubridad general de la República correspondía a la Federación, el resto sería propio de los estados; sin embargo, le faltó claridad y con ello se provocó la centralización sanitaria.

Con base en la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República Mexicana, publicada en agosto de 1934, se crearon los Servicios Coordinados de Salud Pública como unidades regionales de competencia coordinada. A partir de este ordenamiento, todos los códigos sanitarios previnieron la fórmula de la coordinación. Sin embargo, a pesar de ese mecanismo, el proceso centralizador de la nación dejó sentir su presencia en el campo de la salud.

ESTRATEGIA DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Es importante recoger las dos vertientes de la descentralización antes apuntadas, la jurídica y la convencional, para entender las razones de la estrategia escogida, así como los puntos básicos de su implantación. Lo anterior se ha descrito en diferentes instancias.³⁻⁵

El fundamento jurídico de la descentralización

El Cuerpo Legislativo desplegó, entre 1982 y 1985, una actividad sin precedente en el campo de la salud. Dentro de las modificaciones introducidas a los preceptos le-

gales destacan los siguientes señalamientos en relación con la descentralización de los servicios de salud:

1. *Artículo 4o. Constitucional.* Se adicionó en febrero de 1983 con un párrafo penúltimo para incorporar el derecho a la protección de la salud. En lo esencial, esta adición estableció que: a) toda persona tiene derecho a la protección de la salud; b) una ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud; y c) esa misma ley establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

2. *Ley General de Salud.* Se promulgó en febrero de 1984 y entró en vigor en julio del mismo año, conforme a lo dispuesto por el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos mencionado arriba. La Ley General de Salud es reglamentaria del derecho a la protección de la salud como instrumento básico para dar eficacia progresiva, a fin de que esa garantía social pueda darse. Responde a los propósitos de definir el contenido, las finalidades y las bases jurídicas del derecho a la protección de la salud y a precisar el contenido normativo de las materias de salubridad general.

“La Ley General de Salud tiene, entre sus objetivos, dar impulso a la descentralización a través de una distribución de competencias en materia de salubridad general entre la Federación y las entidades federativas. Esto es parte del contenido de los títulos primero y segundo. Específicamente, el artículo tercero define las materias de salubridad general; el cuarto precisa las autoridades sanitarias, siendo una de ellas los gobiernos de las entidades federativas; el séptimo indica, como una de las atribuciones de la Secretaría, impulsar la descentralización y desconcentración de los servicios de salud; el noveno señala el propósito de establecer sistemas estatales de salud y la responsabilidad de los gobiernos estatales en su planeación, organización y desarrollo; el decimotercero distribuye las competencias entre Federación y estados; el decimotercero establece las bases y modalidades en el ejercicio de esas atribuciones y en la prestación de los servicios de salubridad general, de conformidad con los acuerdos de coordinación suscritos entre la SSA y los gobiernos estatales y el Departamento del Distrito Federal, en el marco del Convenio Único de Desarrollo; los artículos decimonoveno y vigésimo refieren la estructura administrativa que tendrán los servicios de salud, y el artículo vigésimo-

primero establece las bases a que se sujetan esos acuerdos de coordinación”.

3. *Decretos de descentralización.* Las Bases para la Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, se establecieron por decreto presidencial en agosto de 1983, señalando principalmente: lineamientos y normas aplicables, así como las características de los acuerdos de coordinación entre Federación y estados; las facultades, las acciones para la integración y funcionamiento de los sistemas estatales; los manuales de organización, de procedimiento y de servicios y los plazos para el cumplimiento de los compromisos; que los consejos internos de administración de los Servicios Coordinados de Salud Pública, convertidos en órganos administrativos desconcentrados por región, serán presididos por los gobernadores; la adecuación del modelo estructural de la Secretaría en el proceso de descentralización y deslinde de lo normativo en ella y lo operativo en los Servicios Coordinados; la participación de las Jefaturas de los Servicios Coordinados de Salud en los subcomités de Salud y Seguridad Social de los COPLADES; asimismo, la creación de un órgano al que se le confiere el Sistema de Salud del Distrito Federal, sujeto a la normatividad y a las acciones de coordinación entre la SSA y el DDF.

En marzo de 1984 se expidió otro decreto por el que se determinaba la descentralización de los servicios de salud de la SSA y los del Programa IMSS-COPLAMAR a los gobiernos estatales. En dicho decreto se enfatiza que la descentralización es un proceso gradual, ordenado por un programa que busca evitar deterioros en la operación de los servicios; se implica la evaluación de las acciones y se indica la extensión de la cobertura y el mejoramiento de la calidad, para dar efectividad a la nueva garantía constitucional.

“También se establece en el decreto que los servicios de salud se descentralizarán a los gobiernos estatales con sujeción a un programa específico y a los acuerdos de coordinación”.

Además, se menciona la elaboración de un Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para Población Abierta, responsabilidad conjunta de las Secretarías de Programación y Presupuesto y de Salud, y del IMSS donde se señalan las diferentes etapas del proceso de descentralización, así como sus características.

Convenios para la coordinación Federación-estados

Un elemento indispensable para la ejecución y operación del proceso de descentralización, aun cuando correspondía más a la esfera administrativa que a la legislativa, fue la participación formal de los gobiernos federal y estatales. Esto quedó establecido en el Convenio Unico de Desarrollo, donde se precisan las responsabilidades y recursos que atañen a cada gobierno estatal y al Gobierno Federal en la consecución de objetivos comunes. El correspondiente a 1984 incorporó dos cláusulas que revisten especial significado para la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

“La primera precisó que los ejecutivos federal y estatal realizarán acciones para llevar a cabo la integración programática de los servicios de salud en el Estado y en una segunda etapa la integración orgánica de los servicios de salud a población abierta a cargo de la SSA, del programa IMSS-COPLAMAR y de la propia entidad y, por este camino, llegar a la organización y desarrollo de Sistemas Estatales de Salud.

“La segunda cláusula definió que, a fin de procurar que el derecho a la protección de la salud se convierta en efectiva facultad de la población, la SSA celebrará acuerdos de coordinación para continuar el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta, de conformidad al Programa Nacional de Atención a Población Abierta y al Programa de Descentralización de los Servicios de Salud y promoverá la formación y funcionamiento eficiente de Sistemas Estatales de Salud”.

La Secretaría formalizó convenios con los 31 gobiernos de los estados de la República, en concordancia con lo señalado tanto en el Convenio Unico de Desarrollo, como en los decretos del 30 de agosto de 1983 y del 8 de marzo de 1984.

“Las finalidades de estos convenios son, fundamentalmente: i) establecer el tipo y características operativas de los servicios de salud; ii) determinar las funciones que corresponde realizar a la Secretaría de Salud y al Estado; iii) determinar los recursos que se aportan al efecto y efectuar las transferencias que correspondan; iv) establecer la estructura administrativa para los servicios de salud en la entidad; v) desarrollar los procedimientos para elaborar programas y presupuestos conforme a manuales de coordinación programática; vi) fijar los lineamientos para la descentralización hacia los municipios;

vii) establecer normas y procedimientos del control que corresponde a la Secretaría de Salud.

“En 1984 también se firmaron las bases de coordinación con el gobierno del Distrito Federal para normar, programar, evaluar y controlar el proceso de descentralización en esa entidad federativa.”

Implantación de la estrategia descentralizadora

Un principio fundamental que guió el proceso de descentralización fue el gradualismo. Se decidió que los estados asumieran la responsabilidad en cuanto desarrollaran la capacidad necesaria. Asimismo, no todas las funciones, las facultades y los recursos se les transfirieron en forma simultánea.

Ante el dilema de fortalecer los servicios para poderlos descentralizar o de descentralizar los servicios para poderlos fortalecer, se escogió una solución de medio camino, es decir, fortalecerlos hasta el punto en que pudieran ser descentralizables y, una vez dado este paso, continuar su fortalecimiento.

No todas las entidades federativas tienen las mismas capacidades de gestión ni cuentan con los mismos recursos, por esto el proceso de descentralización debe ser cauteloso, a fin de que se haga la transferencia sólo cuando hay capacidad de respuesta; es decir, es importante medir cuidadosamente la factibilidad. Lo anterior es válido sobre todo en el nivel de descentralización estatal-municipal, pues hay muchos municipios pequeños que no pueden asumir la responsabilidad.

Así pues, el gradualismo fue un elemento conductor del proceso guiado por la certificación de los avances en la etapa de coordinación programática señalada en el decreto descentralizador de 1984.

En la etapa de coordinación programática se adquirirían las capacidades de operación de los servicios por parte de los gobiernos estatales, con base en el cumplimiento de 14 instrumentos referentes a distintas cuestiones como la definición de un sistema estatal de salud, la formulación de la ley estatal de salud, el financiamiento, el procedimiento de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención del sistema, el sistema de adquisiciones, el manejo del personal, el sistema de información, para mencionar las principales.

El Subcomité de Salud y Seguridad Social del Comité de Planeación de Desarrollo (COPLADE) en cada entidad federativa servía de pivote para coordinar los esfuerzos de la coordinación programática, que podrían traducirse

como “aprender a descentralizar descentralizando”. En la SSA se organizó un consejo de descentralización integrado por representantes de las áreas mayores; la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados que a través de los años había crecido desproporcionadamente, fue simplificada al máximo para propiciar el directo entendimiento entre la instancia estatal y las oficinas centrales.

Para cada entidad federativa se nombró un funcionario de la administración central, designado como comisario, para vigilar directamente la gestión descentralizadora desde la perspectiva federal. La Comisión Interna de los Servicios Coordinados y la Comisión de Vigilancia de IMSS-COPLAMAR hacían lo conducente en cada estado, para avanzar el proceso en lo que toca a la operación directa de los servicios.

Cuando había un razonable cumplimiento de los instrumentos antes señalados, se procedía a la segunda etapa: la integración orgánica (descentralización cabal) constituyendo los Servicios Estatales de Salud (SESa) por la fusión de los Servicios Coordinados de Salud, el IMSS-COPLAMAR y los que existieran creados por los niveles estatal y municipal. Los SESa podían asumir estructuras distintas (departamento, instituto, etc.) acordes a la organización estatal y en debido respeto a su conveniencia y decisión, producto del Pacto Federal.

Para la operación de los SESa o sus equivalentes se cedieron en comodato las instalaciones federales al gobierno estatal y se transfirió la tutela de mando de los empleados federales de la SSA al gobierno estatal. A juicio de los gobiernos estatales se podría continuar con el apoyo directo de las oficinas centrales mediante convenios específicos que, al respecto, se suscribían por tiempos determinados.

Uno de los aspectos primordiales fue el financiamiento de los servicios, ya que se requería el incremento de los recursos, pues la descentralización cuesta dinero puesto que se deben tener mejores servicios, pero al mismo tiempo se buscó un mejor balance entre la aportación estatal y la federal aspirando a una proporción de 40 y 60%, respectivamente. Antes esta proporción oscilaba entre 5/95 y 15/85%.

Con el fin de cuidar el armonioso funcionamiento de los SESa, en el año de 1986 se creó el Consejo Nacional de Salud, integrado por el Secretario de Salud del Gobierno Federal y, por invitación expresa, los gobernadores estatales y los titulares de los SESa. Buen cuidado se tuvo de mencionar en el decreto correspondiente que

el Secretario de Salud del Gobierno Federal conduce, pero no preside ni dirige, los trabajos del Consejo, a fin de cuidar una situación de igualdad con sus homólogos.

Se hicieron por lo menos tres evaluaciones del proceso descentralizador y de sus resultados y, aun cuando se identificaron fallas y desviaciones, el balance fue positivo. En efecto, se advirtió que después de un periodo de ajuste, en el cual disminuía la productividad, se lograba alcanzar un nivel 25% superior al que existía antes de la descentralización. Es importante tomar en cuenta que en el proceso tocaba cumplir con responsabilidades concretas a las siguientes entidades: SSA, Secretaría de Programación y Presupuesto, Secretaría de la Contraloría de la Federación e IMSS en el nivel central; y en el estatal, gobiernos estatales, Servicios Coordinados e IMSS-COPLAMAR.

FACTORES QUE AFECTAN EL PROCESO DESCENTRALIZADOR

Hay tres problemas estructurales que, desde un principio, limitaron el alcance de la descentralización.

La segmentación del sistema de salud

El cuidado de la salud de los mexicanos se divide entre los beneficiarios de la seguridad social (IMSS, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y otros organismos estatales), los protegidos por instituciones con servicios propios (Fuerzas Armadas, Petróleos Mexicanos) y los que constituyen la población abierta, que no tiene acceso a los servicios mencionados (SSA, Departamento del Distrito Federal, algunos servicios estatales y municipales). La legislación vigente y las previsible consecuencias políticas obligaron a circunscribir el proceso de descentralización a los servicios de salud destinados a la población abierta.

Los diferentes regímenes laborales

Los trabajadores de la SSA pertenecen al apartado B, los de IMSS-COPLAMAR al apartado A y los estatales a sistemas diversos.

Los esquemas de financiamiento

Estos son diversos y la distribución de los recursos entre los niveles de gobierno no permite a los estados y municipios asumir responsabilidades crecientes en el financiamiento de los servicios.

De todas formas, es importante identificar otros factores que, en favor o en contra, han pesado en la descentralización de los servicios de salud a población abierta.*

En forma favorable:

- La voluntad política del Primer Mandatario; recuérdese que la descentralización fue uno de los principios básicos en el gobierno de Miguel de la Madrid Hurtado; su interés continuo y decidida intervención cuando había que superar problemas resultaron determinantes.
- La adecuada planeación y la definición de instrumentos para lograr los propósitos de la etapa de coordinación programática, empezando por la fundamentación jurídica.
- La entusiasta participación del personal directamente comprometido en el proceso, tanto a nivel central como estatal.
- El gran apoyo que dieron la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS); con esta última hubo una interacción continua a lo largo del proceso. Cabe citar que la relación con estos organismos facilitó que la experiencia mexicana tuviera repercusión internacional y, en este sentido, puede mencionarse que uno de nosotros (GS) fue requerido para presidir en la OMS a un grupo de expertos convocado para definir las formas de fortalecer los ministerios de salud, con el fin de implantar en mayor medida la Atención Primaria a la Salud; en buena proporción las estrategias del cambio estructural en la salud que se instrumentaron en nuestro país se incorporaron en el documento.⁶

Factores desfavorables:

- La actitud de complacencia con la situación creada por una prolongada centralización. Esto se refiere a la resistencia a transferir la función, puesto que ésta significa poder de quien la ha ejercido y poca inclinación a asumir nuevas responsabilidades por parte de quien ha sido dependiente, lo cual se aplica tanto a instituciones como a personas.
- La limitación económica. La descentralización tiene que llevar a un balance más adecuado entre las aportaciones federal y estatal y también es necesario invertir

*Esta parte fue objeto de una comunicación en el Simposio "Salud y Federalismo", celebrado en la Academia Nacional de Medicina el 5 de julio de 1994.

recursos para fortalecer los servicios, de modo que sean descentralizables, así que hay que superar rezagos ancestrales. Tómese en cuenta que el gasto en salud, a precios constantes, disminuyó en 37% entre 1982 y 1988. De hecho, éste fue el factor principal para que la descentralización pudiese realizarse en sólo 14 estados y que no fuera posible llevarla a cabo en el Distrito Federal (D.F.).

- El costo y la complejidad de la descentralización en el D.F. A lo largo del sexenio se hicieron continuos intentos por descentralizar los servicios en el D.F., pero siempre surgieron razones para posponerlo, fundamentalmente por el temor de que los posibles percances en la transferencia trajeran consecuencias políticas. El terremoto de 1985 también pesó adversamente.
- La oposición del IMSS a la descentralización. En todo momento hubo reiteradas manifestaciones en contra de la transferencia de los servicios dependientes de IMSS-COPLAMAR a los gobiernos estatales; se hacían gestiones con los gobernadores para posponerla. También la retención del personal de mayor responsabilidad en IMSS-COPLAMAR dentro de la infraestructura del IMSS, equivalía a recibir los servicios sin el liderazgo que les era habitual.
- El limitado avance de la descentralización de otros sectores que deben apoyar y consolidar en forma concomitante la descentralización de los servicios de salud.
- La designación de los titulares de los SESa toca a los gobernadores estatales en los estados descentralizados. Pugnábamos siempre porque fueran nombradas personas calificadas, pero no siempre era posible, pues cuentan nexos afectivos y compromisos políticos.
- La gran movilización del personal. Recuérdese que la formación de recursos humanos calificados fue una de las estrategias del cambio estructural en la salud, ya que es componente esencial en el fortalecimiento de los servicios. Sucede que los esfuerzos de capacitación se frustran, en buena medida, cada vez que se da un cambio en los titulares de los servicios pues hay una gran tendencia a sustituir a las personas con responsabilidades actuales por otras con las que se tiene un conocimiento anterior o por compromisos políticos. Una sana movilidad es deseable, pero se llegan a dar casos extremos.
- La regresión centralizadora. Las ancestrales prácticas de funcionar centralizadamente determinan una tendencia a volver en ese sentido cuando surgen pro-

blemas en el proceso, pues se argumenta, sobre todo, que la falta de capacidad local es la responsable de esas perturbaciones. En vez de diagnosticar certeramente la dificultad para aplicar el correctivo necesario, se recurre a retornar a las oficinas centrales ciertas funciones y recursos. El cambio obligado de funcionarios a nivel central y estatal favorece esta regresión.

LA DESCENTRALIZACIÓN A NIVEL MUNICIPAL

Es pertinente hacer mención de la descentralización de los servicios de salud a nivel municipal, pues esta posibilidad fue planteada en la planeación del proceso de los ochenta y, de hecho, se llegaron a implantar acciones de esta naturaleza en algunos estados.

En nuestro país hay una gran atomización de la organización municipal, pues existen 2 403 municipios con un grado de desarrollo heterogéneo. Desde luego, hay muchos con una infraestructura tan incipiente que, de entrada, puede afirmarse que no tienen la capacidad para operar los servicios de salud que puedan existir en su territorio, así sean los más elementales. De ahí que hay que tener una gran prudencia para no llegar a excesos que signifiquen una descentralización a ultranza. Me parece que es más razonable pugnar por la participación municipal en apoyo de la salud que por la descentralización municipal. Aquí cabe un análisis y una decisión de carácter casuístico.

De hecho, el estado de Guerrero puede proporcionar una lección importante a este particular, pues en un principio se llegó a formalizar la descentralización a 46 de sus 75 municipios y después hubo que revertir a sólo los cinco municipios más grandes –Acapulco, Chilpancingo, Iguala, Taxco y Zihuatanejo.

El proceso descentralizador podría extenderse, justificadamente, hasta la jurisdicción sanitaria, ya que ésta concreta los elementos importantes de definición territorial, epidemiológica y de infraestructura de servicios de salud, para hacer que ahí puedan tomarse directamente las decisiones que les competen para una efectiva operación.

Los enfoques de reforzamiento de los sistemas locales de salud (SILOS) y de municipio saludable que ha promovido la OPS vienen bien para el punto que se discute.

CONSIDERACIONES FINALES

La eficiencia es un elemento que se invoca, en distinto contexto, por los opositores y por los partidarios de la

descentralización. Los primeros argumentan que hay una pérdida de la eficiencia por la falta de capacidades locales; los segundos, entre quienes milito, que a la larga se alcanza una mayor eficiencia y que, si bien en un principio pudiera no haber capacidad local, hay que construirla.

El compromiso asumido por el actual gobierno asegura llevar la descentralización a nuevas dimensiones cualitativas; es decir, empujar hacia una descentralización verdadera. El desarrollo democrático que se va alcanzando en los últimos años habrá de propiciarle.

REFERENCIAS

1. De la Madrid M. Descentralización de la vida nacional. En: De la Madrid M, Soberón-Acevedo G, Ruiz-Massieu JF, Kumate-Rodríguez J, Martuscelli-Quintana J, Sandoval-Hernández S *et al.* La descentralización de los servicios de salud: el caso de México. México, D.F.: Miguel Angel Porrúa, 1986:5-28.
2. Ruiz-Massieu JF. La descentralización de los servicios de salud: obstáculos y soluciones En: De la Madrid M, Soberón-Acevedo G, Ruiz-Massieu JF, Kumate-Rodríguez J, Martuscelli-Quintana J, Sandoval-Hernández S *et al.* La descentralización de los servicios de salud: el caso de México. México, D.F.: Miguel Angel Porrúa, 1986:61-84.
3. Soberón G. La descentralización y la integración del Sistema Nacional de Salud. En: De la Madrid M, Soberón-Acevedo G, Ruiz-Massieu JF, Kumate-Rodríguez J, Martuscelli-Quintana J, Sandoval-Hernández S *et al.* La descentralización de los servicios de salud: el caso de México. México, D.F.: Miguel Angel Porrúa, 1986:43-60.
4. Soberón G. El cambio estructural de la salud. IV. El financiamiento de la salud para consolidar el cambio. *Salud Publica Mex* 1987;29(2):169-177.
5. Valdés-Olmedo C, coord. Descentralización de los servicios de salud a población abierta. En: Soberón G, Kumate J, Laguna J, ed. La salud en México: testimonios 1988. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1988;103-151.
6. World Health Organization. Strengthening ministries of health for primary care. Technical Report Series, 766. Ginebra: WHO, 1988.