

# Transformaciones de la Secretaría de Salud en México en el contexto de la Reforma Sanitaria

\*Minerva López Millán, \*\*Luis Ortiz Hernández,  
\*Roselia Arminda Rosales Flores

## RESUMEN

Se analizaron los cambios ocurridos en la Secretaría de Salud (SSa) de México en las dos últimas décadas. Entre las tendencias más importantes que se identificaron se encuentran: (1) las transformaciones que ha sufrido la SSa al apearse a las recomendaciones de instituciones internacionales de financiamiento (Banco Mundial); (2) la SSa se enfoca cada vez más a una función de regulación y normatividad, y progresivamente deja de ser una institución que presta servicios; (3) los servicios que todavía proporciona la SSa tienden a ser más restringidos tanto en términos de la población que atiende (selectividad) como los bienes que se incluyen (focalización), (4) los servicios de salud han sido descentralizados a los estados; (5) los recursos que recibe la SSa han sido reducidos en distintos momentos con el fin de mantener el equilibrio fiscal; (6) estas reformas se han dado bajo control de los trabajadores de la SSa a través de la organización sindical oficialista. Los autores sostienen que estas transformaciones obedecen a la lógica neoliberal en la que la salud es considerada como una mercancía que es adquirida en el mercado, y el Estado sólo atenderá a aquellos individuos que no pueden comprarla, como es la población que atiende la SSa. Además, de que en los últimos gobiernos se ha dado prioridad a los aspectos financieros, sobre la resolución real de los problemas de salud.

**Palabras clave:** reforma, servicios de salud, descentralización, población abierta, focalización, trabajadores de la salud.

## ABSTRACT

*Major changes occurred over the last twenty years in the Health Ministry in Mexico are presented and analyzed here. Most relevant identified changes were: (1) changes occurred at the ministry were similar to the proposals of the World Bank and other international financial agencies; (2) the functions of the ministry are now focussing in regulation and normativity and less in the provision of health services; (3) the services still provided by the ministry are more restricted in terms of selectivity as well as in terms of the actions included (focalisation); (4) the health services have been decentralized to the states; (5) the ministry's budget has been reduced in order to maintain a fiscal balance; (6) these reforms have been legitimated by a trade union controlled from the same ministry. The authors sustain that transformations obey to neoliberal international policies. These consider health a private good which obey to the market forces and that the State should provide health services just to those who can't buy them. Furthermore, the last governments give priority to financial issues instead of other existing health problems.*

**Key words:** reform, services of health, decentralization, focalisation, health personnel, population without social security.

\* Estudiantes de la Maestría en Medicina Social, UAM-Xochimilco.

\*\* Ayudante de investigación, Maestría en Ciencias en Salud en el Trabajo, UAM-Xochimilco. Calzada del Hueso, colonia Villa Quietud, Coyoacán, México, C.P. 04960, Tel.: 54-83-72-05.

e-mail: HYPERLINK "mailto:lortiz@cueyatl.uam.mx" lortiz@cueyatl.uam.mx

## Introducción

Durante las últimas décadas ha existido un amplio consenso acerca de la necesidad o la existencia de una transformación en los Sistemas de Salud de América Latina. Sin embargo, este consenso se diluye cuando se trata de explicar el origen de tales modificaciones y la lógica a que obedecen. Los gobiernos e instituciones sostienen que los cambios en los servicios de salud obedecen a razones técnicas y a las transformaciones en los perfiles demográficos y epidemiológicos de la región (PEF, 1996; Frenk *et al.*, 1994; Londoño y Frenk, 1997); otra línea de pensamiento, en la que se inserta este trabajo, vincula las modificaciones que experimentan los sistemas de salud con transformaciones globales de la sociedad, entre las que destaca el nuevo papel de la gestión gubernamental en el ámbito del bienestar social en general y de la salud en particular (Laurell, 1992; 1999).

El análisis de la reforma de los servicios de salud es un tema vigente; pero su importancia radica principalmente en que es una cuestión de debate público. Los objetivos de la reforma y las estrategias con las que se concreta son opciones políticas basadas en concepciones del ideal societal y del papel que la gestión estatal cumple. En el ámbito más concreto, en las reformas de los servicios de salud están en juego la distribución de los recursos y el acceso de la población a servicios de salud de una determinada calidad. Este trabajo pretende contribuir al debate sobre las maneras en que se está realizando la reforma a los servicios de salud en México. Desde la perspectiva adoptada para hacer este trabajo, las propuestas gubernamentales distan de ser las únicas y su viabilidad puede ser cuestionada. Es necesaria una evaluación crítica de las motivaciones y las estrategias que se han utilizado para modificar los servicios de salud en México, así como de sus avances y resultados.

El objetivo de este estudio es analizar las transformaciones que ha sufrido la Secretaría de Salud (SSa) —encargada de atender a la población sin empleo formal— de México durante los últimos veinte años. Asimismo, se presenta un análisis del papel que han jugado los trabajadores de esta institución y sus representantes sindicales.

En la primera parte del artículo se presentan algunas anotaciones de carácter teórico que guiaron la investigación. Los resultados han sido divididos en dos apartados en función de la implementación de la descentralización de los servicios de la SSa ya que fue la estrategia más importante para esta Institución. Es decir, se considera que los cambios más importantes que sucedieron en la SSa se articularon en función de la descentralización, la cual se inició en la década de los ochentas y fue interrumpida en esa misma década, para ser

reiniciada a mediados de los noventa. Estos dos momentos son abordados cronológicamente en el análisis que se presenta.

Para documentar las transformaciones que ocurrieron en la SSa en la década de los ochentas se revisaron documentos oficiales y estudios realizados desde distintas corrientes. Se trata de un ejercicio descriptivo cuyo fin es contar con los antecedentes de lo que ocurrió en el primer "ciclo" de la descentralización de los servicios de la SSa.

En la década de los noventa se hizo un análisis detallado: Primero se revisaron documentos oficiales (decretos, acuerdos, planes de gobierno y declaraciones oficiales) con el fin de conocer el discurso sobre el que descansa la reforma a la SSa. Es decir, a partir de los documentos oficiales se conocieron los propósitos que se buscaban, las premisas en las que descansaron las propuestas, los términos de los convenios y acuerdos, así como la redefinición en las atribuciones derivadas de los cambios introducidos.

Posteriormente, se realizó una revisión de notas periodísticas con la que se pretende conocer los cambios reales que han sido operados en la SSa. En este caso se confrontó el proceso que estuvo en marcha en la realidad con lo formalmente establecido en el discurso oficial. La búsqueda hemerográfica se realizó en la página electrónica del diario *La Jornada* y el *Boletín de Información Periodística en Salud*, elaborado por el Área Salud y Educación del Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana UAM-Xochimilco.

Con fines analíticos se distinguieron los siguientes aspectos:

(a) **Regulación.** Interesa conocer cuáles eran los cambios legales o normativos que sustentaron las modificaciones operadas en la SSa, cual era la distribución que se planteaba con relación a la capacidad de normar las actividades dentro del sector en los distintos niveles de gobierno y atención.

(b) **Financiamiento.** Cuáles eran las fuentes y la composición del financiamiento de los servicios de la SSa a nivel nacional y en las entidades federativas; si se proponían nuevas formas de financiamiento y si existían instrumentos que permitieran la distribución de recursos entre áreas con distinto nivel de desarrollo.

(c) **Provisión de servicios.** Cuáles eran los objetivos expresados respecto al funcionamiento de los servicios de salud; las características de la atención que se planteaba proporcionar; qué programas y servicios se integraron o integrarían; la población a la que se dirigiría la atención; el papel del

personal de salud y el papel de la participación social o comunitaria.

### Estado y reforma de los servicios de salud. Marco teórico

Actualmente existen dos posturas teóricas claramente identificables que abordan las reformas a los servicios de salud. Por un lado, se encuentran los autores adscritos al pensamiento de la salud pública quienes consideran que los servicios de salud son una respuesta técnica y racional a los problemas de salud de las poblaciones. Entre las críticas que se han hecho a esta corriente está el que considera al proceso de reforma como la única alternativa de transformación, una vez iniciada, sólo es necesario perfeccionarla progresivamente; no hacen explícito el marco conceptual en el que se ubican (Laurell, 1997). Las aproximaciones desde este enfoque son descripciones que no explican el origen de los problemas de los servicios y consideran a éstos como espacios autónomos de la dinámica social global. Frecuentemente en los diagnósticos que se realizan desde la salud pública se evidencia la disfuncionalidad de los servicios públicos, y se emiten propuestas de acción tendiente a incorporar la participación del sector privado ya que —se dice— la competencia que se da en el mercado mejorará los indicadores de productividad y calidad (Tetelboin, 1997).

La segunda perspectiva teórica, en la que se inscribe este estudio es la medicina social o enfoque sociohistórico. Su planteamiento general: la reforma que están experimentando los sistemas de salud está ligada o es producto de la transformación que sufrió el Estado y se inserta en una nueva forma de pacto social, mientras que las estrategias con las que se implementa la reforma están encaminadas primordialmente a reducir la participación estatal en el ámbito del bienestar y generar las condiciones para el crecimiento del sector privado (Laurell, 1992; López y Blanco, 1993; de Sousa, 1998). En el enfoque sociohistórico subyace un proyecto político alternativo que concibe a la salud como un derecho social cuya realización garantiza el desarrollo pleno de las potencialidades de los humanos y su participación social significativa.

### Neoliberalismo y Estado

Se considera al espacio institucional del Estado como una arena de conflicto político, donde los intereses contradictorios luchan por prevalecer y son dirimidas las cuestiones socialmente problematizadas. El Estado cumple con dos funciones contradictorias: acumulación y legitimación (Laurell, 1999).

Anteriormente el Estado nacional logró realizar estas funciones a través de tres estrategias: (1) las de acumulación,

cuyo fin es estabilizar la producción capitalista; incluye la mercantilización del trabajo, de los bienes y de los servicios; (2) las estrategias de confianza, que se relacionan con los riesgos derivados de las relaciones internacionales, las relaciones sociales, la tecnología y el medio ambiente; con ellas se estabilizaron las expectativas de los ciudadanos y contrarrestaron los efectos derivados de la acumulación, y (3) las estrategias de hegemonía, con las que se alcanzó la lealtad de las distintas clases sociales; sus ámbitos de intervención son la participación y la representación políticas, el consumo social y cultural, la educación y la comunicación de masas (de Sousa, 1998).

Ahora, el capitalismo global ha desestructurado los espacios nacionales donde con anterioridad se daba el conflicto y la negociación, ha minado la capacidad financiera y reguladora del Estado. Las tres estrategias del Estado se han rearticulado teniendo como eje rector la estrategia de acumulación. El “nuevo” Estado es débil en las estrategias de confianza y hegemonía; en “lo relativo a la estrategia de acumulación, el Estado resulta tener más fuerza que nunca, en la medida en que asume la gestión y legitimación, en el espacio nacional, de las exigencias del capitalismo global”. Esta rearticulación de las estrategias del Estado implica un vínculo más estrecho entre Estado y mercado, pues ahora la fuerza del primero se “manifiesta en la capacidad de someter todas las interdependencias a la lógica mercantil” (de Sousa, 1998: 55).

“El Estado abandona sus funciones de promoción e integración social; reorienta su acción contribuyendo a la definición de ganadores y perdedores mediante una firme intervención en la fijación del tipo de cambio, tasas de interés y política tributaria, bombeando ingresos en beneficios del sector financiero” (Vilas, 1996:115).

Las fuerzas sociales que transformaron al Estado argumentaron que era ineficaz, parasitario y predador, que debía ser reducido para permitir el funcionamiento del mercado. Se distinguieron las funciones que son propias del Estado de aquellas que éste “usurpó”, distinción encaminada a que el Estado asumiera solamente aquellas tareas que le son “exclusivas”. Estas transformaciones fueron impulsadas por instituciones financieras multilaterales y la acción concertada de los países centrales utilizando distintos dispositivos como la deuda externa, el ajuste estructural, el control del déficit público y de la inflación (de Sousa, 1998).

En el plano ideológico, la reforma del Estado descansa en el pensamiento del Public Choice con la premisa fundamental de que el mercado es el mejor mecanismo para asignar los recursos económicos y la satisfacción de las necesidades de los individuos, de ahí que sea necesario eliminar cualquier obstáculo que interfiera con el libre intercambio para hacer

efectivas las libertades económicas, morales y políticas. Según esta concepción es necesario reconstituir el mercado, la competencia y el individualismo mediante la reducción de la intervención estatal (Laurell, 1992).

### Las políticas sociales y de salud en el neoliberalismo

Las transformaciones del Estado han implicado necesariamente cambios en cada uno de los ámbitos en los que venía interviniendo, entre los que destacan la elaboración e implementación de políticas sociales, dentro de las cuales se ubican las políticas de salud.

La definición más "evidente" de política social es aquella que la vincula con el bienestar de una población. Desde esta dimensión la política social puede ser entendida como "el conjunto de instituciones que tienen por objeto el bienestar y los servicios sociales" (Laurell, 1992: 127). Sin desconocer el "componente" de bienestar, la política social también ha sido asumida desde su dimensión política entendiéndola como "una toma de posición del Estado frente a los diversos problemas sociales en función del juego de intereses en pugna", a su vez, las políticas de salud "también son tomas de posición que, cargadas de determinados correlatos valóricos en función de la orientación política general y las características prácticas, especifican la continuidad o la ruptura de determinados «modos de hacer salud»" (Tetelboin, 1997: 501-2). Así, las políticas sociales y de salud más allá de reflejar un proceso racional que se da en el seno de instituciones especializadas, tratan de un conjunto de concepciones e ideas que expresan intereses y dirigen los aspectos técnicos (Tetelboin, 1997).

Donnangelo y Pereira (1976) ubican dos espacios de actuación de la política social y la práctica médica en el capitalismo. En el ámbito económico la práctica médica contribuye a la reproducción y el mantenimiento de la fuerza de trabajo con lo que se asegura que los niveles de productividad sean estables. La práctica médica también es un espacio para la producción de plusvalor mediante las prácticas curativas de los médicos que son convertidas en mercancías; y de realización del plusvalor a través de la compra y uso de insumos diagnósticos y terapéuticos cada vez más sofisticados. El otro espacio de actuación de la práctica médica es el político-ideológico ya que la medicina sirve como un regulador de la vida privada de los estratos inferiores con lo que contribuye a alcanzar la legitimidad del orden social. En el caso de los trabajadores asalariados, la práctica médica contribuye a la reproducción de la fuerza de trabajo; mientras que para los desocupados surge la asistencia social como una respuesta del Estado para suavizar los conflictos políticos y sociales (García, 1981). En el neoliberalismo el papel de

legitimación de la práctica médica ha sido reducido a su expresión mínima, mientras que su función como espacio de producción y realización de plusvalor es el eje articulador de la acción estatal.

Por otro lado, se ha propuesto el concepto de régimen de política social como el elemento articulador entre las características del Estado y las políticas sociales que de él emanan. "Los diversos regímenes de política social expresan determinadas relaciones de fuerza entre las clases y tienen su origen en distintos proyectos políticos; se constituyen así, desde el ámbito político y representan diferentes soluciones históricas a la satisfacción de necesidades sociales" (Laurell, 1999:241).

Para tipificar un régimen de política social se han establecido tres criterios: el grado de desmercantilización de los servicios y beneficios sociales, el tipo de estratificación social generada por el régimen de bienestar y el grado de compromiso estatal con el pleno empleo (Esping-Andersen, 1991; Laurell, 1999). De éstos interesa conocer los dos primeros. El régimen liberal de política social representa el antecedente a la gestión estatal de corte neoliberal. Con relación al grado de mercantilización de los bienes y servicios, en el capitalismo las relaciones laborales implican una mercantilización de las personas ya que la supervivencia de éstas depende de la venta de su fuerza de trabajo.

Con el advenimiento de los derechos sociales modernos, vía las reivindicaciones de las luchas de los trabajadores, se logró "sacar" de estas relaciones mercantiles varios elementos del bienestar. Es decir, la desmercantilización ocurre cuando la prestación de un servicio es vista como un derecho social y una persona puede tener acceso a él independientemente de su relación con el mercado. En el estado liberal la desmercantilización de los bienes y servicios está determinado por el lugar que ocupan los individuos en la producción, o sea, por la pertenencia o no a un empleo formal lo que posibilita su capacidad de compra. La noción de derechos sociales es prácticamente suprimida, y es sustituida por el "principio de equivalencia" en el que los individuos tienen acceso a los servicios que pueden pagar (Laurell, 1999). El Estado promueve al mercado tanto de forma pasiva —al garantizar niveles mínimos de servicios— o activa —al subsidiar esquemas privados de atención.

El régimen de bienestar, aunque puede tener repercusiones en la desigualdad social, es en sí mismo un sistema de estratificación social, en tanto ordenador de relaciones sociales. En el régimen liberal se identifican dos grupos de población, por una parte, los individuos pobres atendidos por el Estado, y por otra parte, los individuos que tienen acceso a los bienes y servicios a través del mercado. En el

primer caso, los individuos deben comprobar su estado de indigencia para tener acceso a los servicios y beneficios restringidos proporcionados por el Estado, con este tipo de estratificación se establece una nula relación de solidaridad entre los ciudadanos y grupos.

La diferencia entre el régimen liberal y el neoliberal de políticas sociales radica en que este último es "pronunciadamente individualista, antisolidario y antiestatista" (Laurell, 1999). Bajo la óptica neoliberal la producción de servicios y bienes sociales ya no está regida por el bienestar social sino por la lógica de la ganancia (Vilas, 1996; Laurell, 1999).

### La implementación de las políticas sociales y de salud

La retracción del Estado en el ámbito del bienestar se da a través de cuatro estrategias: reducción del gasto público, focalización, privatización y descentralización. Dado que la reforma en la salud tiene como fin abrir un espacio de acumulación de capital, la privatización es la estrategia que articula y da forma al resto de las estrategias (Laurell, 1992).

La privatización, a la vez que estrategia, es objetivo de la reforma pues permite abrir los servicios médicos y asistenciales como espacios de acumulación. Pero esta privatización es selectiva en tanto que se dirige sólo a aquellos servicios y beneficios que son económicamente rentables. Para hacer viable esta estrategia es necesario generar las condiciones políticas e ideológicas a lo cual contribuyen las otras estrategias. Las políticas estatales, entonces, se encaminan a la creación de un mercado para el sector privado, en las siguientes condiciones: hacer que los servicios públicos sean percibidos como insuficientes y de mala calidad en consecuencia se incrementa la demanda de los servicios privados; contar con formas de financiamiento para el sector privado y asegurar que este sector tenga la capacidad para absorber la demanda derivada de la retracción estatal (Laurell, 1992).

El recorte del gasto público y social provoca el desfinanciamiento en las instituciones de salud, su deterioro y desprestigio. Con esta estrategia se hace posible evidenciar que la gestión estatal es improductiva y los servicios públicos son de mala calidad. Así crean un ambiente político e ideológico que favorece la reducción de la intervención estatal en este espacio (Laurell, 1992; 1997). Al mismo tiempo el Estado estimula o promueve distintas formas del sector privado en salud.

La introducción de sistemas de pago en los servicios públicos contribuye a la mercantilización de la salud al asignarle un precio (Laurell, 1992; 1997). "Con esta medida

se alcanzarían tres de los objetivos neoliberales: remercantilizar los bienes sociales; reducir el gasto social público y suprimir la noción de derechos sociales" (Laurell, 1992:140).

La tercer estrategia es la focalización de la población a la que está dirigida la atención (selectividad) y de los servicios y bienes que se proporcionan (paquetes mínimos de servicios). Según el discurso oficial, con la focalización de los servicios y bienes se alcanza mayor equidad en tanto se logra garantizar un mínimo de servicios a toda la población, en especial a aquellos en situación de pobreza. Con esto la focalización se torna en una estrategia discursiva que legitima la reducción de los beneficios públicos. Además, con la focalización se excluyen un gran número de servicios y bienes del sector público, por lo que necesariamente tendrán que ser adquiridos en el mercado o bien no tener acceso a ellos.

La focalización en términos de población —selectividad— ha sido implementada a través de programas a los que sólo tienen acceso los individuos que logran comprobar su condición de pobreza o indigencia. Estos son, por lo regular, utilizados de manera discrecional por las autoridades con lo que se asegura una clientela política y se reducen tensiones sociales y políticas derivadas de la implementación del modelo (Laurell, 1992; Vilas, 1996).

La descentralización tiene como finalidad en el discurso democratizar la acción pública, incrementar la autonomía de las autoridades locales y reducir la "brecha" entre toma de decisiones, los problemas que se pretenden resolver y la instancia que implementa las decisiones. Sin embargo, en los hechos, la descentralización representa la posibilidad de introducir sistemas de gerencia y autofinanciamiento a los servicios (Laurell, 1992), además de que puede permitir el confinamiento de los conflictos al ámbito local, lo que facilita su aminoramiento, lográndose responsabilizar a las autoridades y funcionarios locales del fracaso de las políticas definidas en el centro (Laurell, 1997; Tetelboin, 1996; Collins y Green, 1994). El carácter vertical de esta estrategia ha sido evidenciado por el hecho de que sólo son descentralizadas las tareas de ejecución, mientras que la definición de políticas y el manejo de recursos financieros y humanos permanecen en el nivel central (Tetelboin, 1996). La forma en que se instrumenta la descentralización dentro del esquema neoliberal conlleva a la polarización entre regiones geográficas ya que se reducen los instrumentos para la redistribución de la riqueza de las regiones con mayor desarrollo económico a las más pobres (López y Blanco, 1993).

Dado que la reforma se basa en una concepción restringida de política social que se concreta en una progresiva reducción de los bienes y servicios públicos, es necesario

elaborar a la par un discurso que justifique tales transformaciones. Las instancias oficiales elaboran una estrategia discursiva en la que se combinan elementos científicos y técnicos con otros de carácter puramente ideológico. Las transformaciones se apoyan en minuciosas descripciones de la "crisis" de las instituciones públicas, que luego derivan en propuestas basadas en cálculos de costo-eficiencia en las que se incorporan mediciones complejas de enfermedad con limitaciones teóricas y técnicas (Laurell, 1999). Aunque en ocasiones de forma velada, en el discurso gubernamental se exalta la capacidad del mercado—a través del sector privado— como un artefacto para mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios asistenciales y de salud. Este argumento es plenamente ideológico, en tanto que, por un lado explícita una concepción de sociedad, y por otro, existen evidencias empíricas que demuestran lo contrario (Laurell, 1992; 1997).

### La SSa en la década de los ochenta

El antecedente inmediato de la descentralización de los servicios de la SSa de la década de los años ochenta se encuentra en la iniciativa desarrollada en el sexenio de José López Portillo (1976-82). Se estableció la Coordinación de los Servicios de Salud (CSS) con el fin de modernizar y racionalizar la infraestructura sanitaria y asistencial, y los Comités para la Planeación del Desarrollo de los Estados (COPLADE) cuya función fue desconcentrar las decisiones sobre la inversión federal. El planteamiento central de la CSS fue centralizar las atribuciones relacionadas con la planeación y descentralizar las facultades operativas. En el proceso de descentralización de los servicios de salud primero se crearía el Servicio Nacional de Salud que tomaría las funciones operativas de la SSa y de sus Servicios Coordinados, mientras que la SSa tendría funciones normativas sobre el sector salud.

Posteriormente, en función de la capacidad administrativa local, se formarían los Servicios Estatales de Salud. La CSS no definió el papel del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)-Programa de Solidaridad Social por Participación Comunitaria (COPLAMAR), podía ser incorporado a los Servicios Estatales, o sólo coordinarse con los servicios de la SSa bajo un sistema a cargo del IMSS. Las actividades de la CSS sirvieron de base para el proceso de descentralización implantado en la siguiente gestión (González-Block, 1992).

La descentralización de los servicios de salud—junto con la sectorización, la modernización de la SSa, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria— fueron impulsadas durante el sexenio de Miguel de la Madrid (1982-88) dentro del proyecto de descentralización de la vida nacional. Con la "descentralización se buscaba fortalecer a la nación, hacer más eficiente a la economía y más justa e

igualitaria a la sociedad" (Soberón y Martínez, 1996). Un elemento clave en este momento de implementación de cambios es la crisis económica que obliga a la racionalización y a la coordinación.

En el discurso oficial el Poder Ejecutivo Federal (PEF, 1983) consideraba que la descentralización permitiría hacer más democrático y eficiente el sistema social e incrementaría la participación de las entidades federativas, con lo cual se haría efectivo el derecho a la protección a la salud. La descentralización tendría que ser un proceso gradual que desembocaría en la creación de sistemas estatales de salud.

### Regulación

En agosto de 1983 se emite el Decreto para la Descentralización de los servicios de salud de la SSa (PEF, 1983) definiéndose las funciones de los distintos niveles de la SSa de la siguiente forma: las **unidades centrales** tendrían funciones normativas y de control, las **unidades regionales** ejercerían tareas de enlace y apoyo para la operación regional, y los **Servicios Coordinados** realizarían facultades operativas.

En 1984 se emite otro decreto para la descentralización de los servicios de salud de la SSa y del entonces IMSS-COPLAMAR (PEF, 1984). Se establece que la descentralización se realizara en dos etapas: (1) integración funcional o de coordinación programática entre los dos sistemas y (2) integración orgánica o fusión en una sola institución de los servicios de la SSa, el IMSS-COPLAMAR y de los servicios de los estados. Se esperaba que en 1984 se llevara a cabo la primera fase y que para 1985 se iniciaría la segunda y concluyera en 1986.

Hay que subrayar el hecho de que la descentralización haya comenzado a través de decretos del Ejecutivo Federal. Es decir, la descentralización fue iniciada como un proceso definido exclusivamente por la Presidencia de la República, sin que hayan participado en su definición los trabajadores de los servicios de salud, los mismos gobiernos estatales que recibirían los servicios u otras instancias. Así, se planteó incrementar la autonomía local y hacer más democrática la vida nacional mediante un proceso en el que la toma de decisiones se realizó de manera unilateral.

La participación de los ejecutivos federal y estatales se inició mediante el Convenio Único de Desarrollo, donde se precisan las responsabilidades y recursos con lo que participaría cada nivel de gobierno (Soberón y Martínez, 1996). Posteriormente, el Ejecutivo Federal firmó con cada uno de los gobiernos estatales un Acuerdo de Coordinación para establecer las bases para la elaboración y ejecución del

Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la SSA. En ellos se especifica que con la creación del Sistema Estatal de Salud se busca ampliar la cobertura y favorecer la integración y funcionamiento eficiente del Sistema Estatal de Salud (PEF y PEECh, 1984: 19).<sup>1</sup>

En 1986 se creó el Consejo Nacional de Salud integrado por el secretario de salud federal, los gobernadores de los estados y los responsables de los Servicios Estatales de Salud (SES), los tres en situación de igualdad. La función del Consejo fue vigilar el funcionamiento de los SES (Soberón y Martínez: 1996).

### Financiamiento

Las modificaciones en el financiamiento son innovaciones que necesariamente se vinculan con la descentralización. En los Convenios Únicos de Desarrollo entre Federación y estados se especificó que los recursos para la descentralización de los servicios provendrían de la SSA y del gobierno estatal. Se pretendía que la proporción entre financiamiento estatal y federal llegara a ser de 40% y 60%, respectivamente, antes de la descentralización esa proporción variaba de 5/95 a 15/85 (Soberón y Martínez, 1996). También se esperaba diversificar el financiamiento por medio de la integración de patronatos, la integración de comités de salud y la obtención de crédito externo (López y Blanco, 1993).

Los gobiernos estatales participarían en el financiamiento de los servicios de salud mediante los Convenios Únicos de Desarrollo, en los cuales se define que debían participar "con el 20 por ciento del costo total de los proyectos de inversión (Programa Integral de Inversiones) y con el 30 por ciento como contraparte de los recursos financieros que la SSA transfería a las entidades federativas por la vía del Programa de Desarrollo Regional" (López y Blanco, 1993:46).

En los estados en los que sí existió descentralización, los SES recibieron los recursos por medio de subsidios federales de acuerdo a un presupuesto predefinido con asignaciones mensuales. Los gobiernos estatales también daban aportaciones a los SES. En ambos casos los recursos eran transferidos directamente a los SES. "Las Secretarías de Salud estatales y los Institutos Estatales delegados y semi-autónomos tienen la misma relación financiera con sus dos fuentes, lo que

permite plantear que la política de descentralización no llegó a la devolución del control de los recursos federales, sino que se dio la delegación del control a organismos semi-autónomos, más vinculados al poder central" (González-Block, 1992:128). Una explicación de esta situación se debe en parte a la pobre base fiscal de los estados. Paradójicamente, uno de los incentivos para la descentralización fue que aquellos estados que se incorporaron al proceso recibieron recursos adicionales —manejados por la federación— para consolidar la infraestructura, con lo cual el financiamiento se centralizó a los dos años siguientes del inicio de la descentralización (González-Block, 1992).

Entre los problemas asociados con este nuevo esquema de financiamiento destaca que los estados con menos recursos contribuyeron con menos recursos con los SES, lo que provocó deterioro en los servicios, además de que se tuvieron que adoptar esquemas alternativos de financiamiento como impuestos estatales y municipales, formas de prepago, pago por servicios, inversión privada y aumento de cuotas de recuperación; se deterioraron los mecanismos de distribución de los recursos federales de los estados con mayor desarrollo económico a los más pobres. De tal forma que los "estados de Jalisco, Nuevo León, Tabasco y Estado de México concentraron en el trienio 1985-87 más del 50% por ciento del total del financiamiento federal" (López y Blanco, 1993:52).

### Provisión de servicios

Según los Acuerdos de Coordinación Federación —estados—, la gestión de los servicios de salud quedarían a cargo de los Servicios Coordinados de Salud Pública de cada estado, que serían órganos administrativos desconcentrados con competencia concurrente y autonomía técnica. Sus funciones serían: promoción de la salud, servicios de salud, control sanitario, epidemiología, planeación y administración (PEF y PEECh, 1984). La forma institucional en que se materializó la descentralización fue mediante la creación de secretarías de salud que formaban parte del ejecutivo estatal, o departamentos de salud insertos dentro de otras secretarías, o a través de organismos paraestatales del gobierno estatal (e.g. institutos de salud) (González-Block, 1992).

Existió amplia discusión sobre el modelo de atención que debía adoptarse en los servicios una vez que fueran descentralizados. Por un lado, un sector de la SSA consideraba que eran idóneas las actividades verticales y selectivas que permitirían abatir los principales problemas de salud, mientras que otro sector planteaba que era más adecuado una concepción integrada y horizontal de prestaciones de servicios con mayores facultades al nivel local.

<sup>1</sup> El contenido de los 32 convenios entre la Federación y cada uno de los estados es el mismo. Las citas que se mencionan a lo largo del texto han sido tomadas del Acuerdo signado por el Gobierno de Chiapas (PEF y PEECh, 1984; PEF y PEECh, 1997).

Las cuotas de recuperación fueron otro tema de discusión, habiendo un grupo dentro de la SSA que, apoyándose en la experiencia del IMSS-COPLAMAR, se pronunció por su desaparición con el fin de prestar servicios gratuitos con participación comunitaria; mientras que otro grupo consideraba que las cuotas eran necesarias como una forma de suplir el financiamiento de los servicios en momentos de crisis, a la vez que permitía la descentralización de los servicios y la regulación de la demanda.

Una tercera discusión giró en torno a la organización de los niveles de atención. Algunos consideraron que los hospitales debían ser manejados por los SES, mientras que otros plantearon que era más conveniente su incorporación a las jurisdicciones con lo que se lograría una mejor relación con el primer nivel de atención logrando la referencia y contrarreferencia de pacientes. La discusión fue resuelta retomando el modelo del IMSS-COPLAMAR ya que contaba con amplia documentación y normatividad; los hospitales dependieron de las autoridades estatales y se mantuvieron las cuotas de recuperación (González-Block, 1992).

Entre las repercusiones de la descentralización se encontró que la productividad se reducía durante el periodo de ajuste, para después incrementarse en 25% por arriba del nivel observado antes de la descentralización (Soberón y Martínez, 1996). También existieron problemas de desabasto en el ámbito jurisdiccional por insuficiencia de recursos y de canales de distribución adecuados (López y Blanco, 1993).

Los programas verticales fueron entregados a los SES para su operación, los cuales en ocasiones presentaban las siguientes dificultades: su capacidad técnica y financiera era deficiente, existía rigidez en los procedimientos administrativos, resistencia del personal para integrarse a los ámbitos jurisdiccional y estatal, concentración del personal en oficinas centrales dejando sin atención el nivel local, desmantelamiento y/o atomización de equipos especializados e insuficiencia de recursos financieros. Estos problemas llevaron al desmantelamiento temporal de los programas de control de enfermedades, problema especialmente fuerte en los estados pobres (López y Blanco, 1993).

### Los trabajadores de los servicios de salud

En los Acuerdos de Coordinación para la descentralización entre la federación y los estados se decía que la descentralización se daría con la participación de las organizaciones de los trabajadores, "respetando los derechos y las garantías de los trabajadores y atendiendo la opinión de sus representaciones, para asegurar su interés y decidida participación en el pronto desarrollo del Sistema Estatal de Salud" (PEF Y

PEECh, 1984:17). Es importante mencionar que en los mismos Acuerdos de Coordinación se establecía que en los Consejos Internos de Administración de los Servicios Coordinados de Salud Pública participaría un representante de los trabajadores, el cual tendría voz, pero no voto. Esto seguramente limitó el poder de negociación de los trabajadores de los servicios de salud a lo largo del proceso.

En este primer periodo de la descentralización las autoridades centrales no transfirieron el personal de salud a las autoridades estatales. La Federación de Sindicatos al Servicio del Estado se opuso a la descentralización lo que llevó a que el personal fuera manejado desde el centro (López y Blanco, 1993).

"No obstante, las autoridades estatales fueron autorizadas para llevar a cabo mayores funciones gerenciales en la administración de personal, así como para actuar como patrón sustituto en cuestiones sindicales. Las autoridades centrales se reservaron funciones de carácter político, como las negociaciones contractuales con el sindicato y la revisión y autorización de las plantillas generales de personal" (González-Block, 1992: 128).

Con la descentralización se esperaba que la SSA nivelara los sueldos de sus trabajadores con los del IMSS y ofreciera más plazas de base (González-Block, 1992). Sin embargo, las dificultades económicas de los gobiernos locales impidieron la apertura de plazas y la contratación de personal (López y Blanco, 1993).

### Los avances y la suspensión de la descentralización

Dentro de la fase de coordinación programática se debía fortalecer la capacidad de gestión local, lo cual se lograría mediante 14 instrumentos, entre los cuales los más importantes eran: la formulación de la ley estatal de salud, el financiamiento, el procedimiento de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención, el sistema de adquisiciones, el manejo del personal y el sistema de información. La vigilancia del proceso fue llevada a cabo por funcionarios de la administración central (Soberón y Martínez, 1996). La condición para avanzar a la siguiente etapa —de integración programática— era cumplir con los instrumentos señalados. Se constituían los SES por la fusión de los Servicios Coordinados de Salud de la SSA, el IMSS-COPLAMAR y los que existieran creados por los estados y municipios. Los SES podían asumir distintas estructuras administrativas (departamento, instituto, secretaría) (Soberón y Martínez, 1996).

La fase de coordinación programática fue iniciada en todos los estados, lográndose distintos avances en cada uno de ellos. Los estados que pasaron a la siguiente etapa

—integración orgánica— fueron: Tlaxcala, Nuevo León, Guerrero, Baja California Sur, Morelos, Tabasco, Jalisco, Querétaro, Sonora, Colima, Guanajuato, México, Aguascalientes y Quintana Roo (López y Blanco, 1993). En los dos últimos casos existió una escasa participación del IMSS-COPLAMAR (González-Block, 1992).

En 1987 el Ejecutivo Federal decidió suspender la descentralización. Entre los factores que impactaron negativamente la descentralización fueron: las inercias al cambio, limitación económica derivadas de las crisis económicas, la oposición del IMSS a la transferencia de los servicios del IMSS-COPLAMAR a los gobiernos estatales, el avance limitado de la descentralización en otros sectores necesarios para apoyar los servicios de salud, en ocasiones en la designación de los titulares de los SES no siguieron criterios técnicos sino que obedecieron a nexos afectivos y compromisos políticos, cuando surgieron problemas por la descentralización se tendió a regresar a prácticas centralizadoras (Soberón y Martínez, 1996; González-Block, 1992; López y Blanco, 1993).

“La información oficial señala que los estados con mayor avance en el proceso descentralizador fueron: Nuevo León, Sonora, Tabasco, México, Baja California Sur, Jalisco, Colima y Guerrero; Guanajuato, Morelos, Querétaro y Tlaxcala tuvieron un avance intermedio” (López y Blanco, 1993: 50). Para 1986, la devolución de los servicios se había realizado en 12 estados con una cobertura del 35.7% de la población abierta, mientras que el IMSS-COPLAMAR mantenía el 72% de sus unidades y el 60% de su cobertura potencial que representa 6.5 millones de habitantes (González-Block, 1992; López y Blanco, 1993). El hecho de que el IMSS-COPLAMAR mantuviera el control de la mayoría de las unidades de atención puede ser atribuido a “la redefinición de grupos de poder dentro de la burocracia de las instituciones del sector salud, (que) confrontó a las cúpulas del IMSS y de la SSA” (López y Blanco, 1993:53).

### La SSA en la década de los noventa

Durante el sexenio de Ernesto Zedillo (1994-2000) se elaboró el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 (PEF, 1996), en él se establece un diagnóstico de la situación del sistema de salud mexicano, a partir del cual se plantearon las directrices para la continuación de la reforma iniciada en los ochenta. En el Programa se establece que los principales problemas de las instituciones del sector salud son:

(1) La falta de incentivos para promover la calidad y la eficiencia, debido a la insuficiente capacitación de los trabajadores de la salud, la deficiente organización administrativa, poca atención a la satisfacción de los usuarios y a los

intereses de los prestadores de los servicios y preponderancia de las medidas curativas sobre las preventivas. (2) Cada institución ha atendido a un grupo de población específico, lo que ha resultado en la segmentación de las instituciones de salud (IMSS, SSA, IMSS-Solidaridad) donde cada una ha tenido una organización particular y diferenciada lo que, a su vez, provoca una coordinación insuficiente entre ellas redundando en “traslape” en la cobertura. (3) El centralismo limita la eficacia de las instituciones debido a que no se consideran las prioridades y los problemas regionales, existe una definición poco precisa de las responsabilidades entre las autoridades centrales y las locales y la operación centralizada conlleva al burocratismo. (4) Existe una insuficiente cobertura, especialmente en las zonas rurales dispersas y en los cinturones periurbanos marginados debido a la ausencia de una estrategia definida para llevar los servicios a estas poblaciones y a que se ha dado prioridad a las acciones de alto costo y baja efectividad.

A partir de este diagnóstico se establece una serie de lineamientos tendientes a solucionar los problemas identificados que —se dice— permitirán modificar la lógica del sistema de salud mexicano que se basaba en la pertenencia o no al empleo formal, por un nuevo ordenamiento fincado en el nivel de ingresos; mientras que las instituciones para población abierta (SSA e IMSS-Solidaridad) continuarán prestando sus servicios donde no se puedan introducir servicios de aseguramiento con pago anticipado. Para estas instituciones los lineamientos a seguir son la descentralización, el Programa de Municipio Saludable y “paquete básico de servicios”.

Dentro de la descentralización, se define un conjunto de intervenciones esenciales de salud, que son los servicios mínimos que los estados deben proveer para dar cumplimiento a las políticas y objetivos nacionales. Para el gobierno, las ventajas de la descentralización son: definición más clara de metas y responsabilidades que permitan un seguimiento más preciso de la efectividad de la política de salud, la SSA se concentrará en su función de normar y coordinar el Sector Salud, mayor reordenamiento del sistema, reducción de duplicidades, uso más eficiente de recursos y permitirá la focalización de atención a población no asegurable convirtiéndose en un instrumento de combate a la pobreza.

La ampliación de la cobertura se realizaría mediante un “paquete básico de servicios” definido a partir de necesidades prioritarias y compuesto por intervenciones sencillas de instrumentar, de bajo costo y alto impacto, que permitieran el aumento de la eficiencia en el manejo de recursos, con ellas se combatirían las principales causas de muerte y enfermedad de los grupos marginados. Se dice que la “definición de las intervenciones del paquete básico ha sido el

producto del diálogo y la concertación entre las autoridades federales y las estatales” (PEF, 1996:18). El contenido del paquete debe ser flexible de acuerdo a las necesidades de cada estado, pero en su definición deben prevalecer criterios de costo-efectividad e integralidad.

En septiembre de 1996 se firma el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, donde participan el Secretario de Salud, los gobernadores de los estados y los secretarios generales de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE) y del Sindicato Nacional de Trabajadores de la SSA (SNTSSa) (SSa *et al.*, 1996). En este acuerdo se dice que el gobierno federal atenderá los compromisos en materia de salud definidos en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 mediante la descentralización de los servicios de salud para la población abierta a los estados, con lo que se crearán los sistemas estatales de salud. Con ellos se logrará incrementar la cobertura a través de un paquete básico de servicios y el mejoramiento de la calidad y eficiencia de las instituciones mediante una mejor coordinación sectorial. En el plano político, con la descentralización se busca fortalecer el federalismo y “reintegrar a la esfera local las facultades que les eran propias”; mientras que en el ámbito social permitirá “acercar a la población servicios fundamentales, que al ser prestados por los estados aseguran a los usuarios mayor eficiencia y oportunidad” (SSa *et al.*, 1996:27).

Es pertinente hacer algunos comentarios sobre el diagnóstico y las propuestas con los que se ha reiniciado la reforma a los servicios dirigidos a la población sin seguridad social. Tanto la evaluación de la situación actual de los servicios de salud como los lineamientos de la reforma son presentados como elementos técnicos que buscan, bajo un halo de “objetividad”, el mejoramiento de los niveles de salud de los mexicanos y el incremento de la participación de las autoridades locales. Vistas de forma aislada no se pueden hacer críticas a ellas. Sin embargo, tanto el diagnóstico como las propuestas surgen en un contexto caracterizado por la transformación del papel que el Estado había tenido en el ámbito del bienestar social. Vinculada con esta redefinición del papel del Estado ha existido una consolidación de la ideología neoliberal a través de diversas instituciones bilaterales y supranacionales, entre las que destaca el Banco Mundial.

Los planteamientos plasmados en el Programa de Reforma del Sector Salud —del cual se desprenden en buena medida los planteamientos generales del Acuerdo Nacional para la Descentralización y los Acuerdos de Coordinación entre estados y federación— son muy similares a los dados por diversos intelectuales de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD). Dicha similitud no es incidental. Esta

institución se ha encargado de adaptar las propuestas del Banco Mundial a la “realidad mexicana”.

Hay que agregar que la fundación recibe financiamiento del Banco Mundial. Así, por ejemplo, en esa institución (Frenk *et al.*, 1994) se ha impulsado la estimación de los complejos indicadores con los que cuantifica la discapacidad y la muerte prematura y que fueron propuestos en el documento del Banco Mundial “Invertir en Salud” para el diseño de paquetes mínimos de salud. Del mismo modo, los funcionarios de FUNSALUD han propuesto la definición del acceso a los servicios de salud en función de los ingresos o capacidad de pago, en lugar de la pertenencia al empleo formal y que con la participación del sector privado se incorporaría la competencia al sector salud, lo cual tiene el potencial de incrementar la eficiencia y la calidad en los servicios (Frenk *et al.*, 1994; Londoño y Frenk, 1997). De esta forma, la similitud entre las propuestas vertidas por el Ejecutivo Federal en el Programa de Reforma y los documentos de FUNSALUD indican que el gobierno mexicano se ha adherido a los postulados neoliberales en el ámbito del bienestar social y la salud promovidos por el Banco Mundial.

### Regulación

En el Acuerdo Nacional para la descentralización (SSa *et al.*, 1996) se definen las funciones que tendrá cada nivel de gobierno, las cuales son las mismas que se pretendieron atribuir durante la descentralización llevada a cabo en la década anterior. Los estados operarán los servicios de salud haciéndose cargo de la distribución de los recursos financieros y participando en el diseño e implementación de las políticas de salud. La SSA deberá abandonar las tareas administrativas para centrarse en su función normativa y operativa en aquellas materias que son ejercicio exclusivo de la federación, con lo que se busca mejorar el control y vigilancia de la SSA sobre los servicios públicos, privados y sociales.

Se confirma que el Consejo Nacional de Salud tendrá funciones de coordinación y concertación entre las autoridades de la SSA y las autoridades estatales. Otras funciones del Consejo son: evaluación de programas, fomento de la cooperación técnica y logística, promoción de la participación social y comunitaria en la descentralización, promoción de esquemas de financiamiento complementario y evaluación de los avances de la descentralización.

Como puede apreciarse, el cambio más radical en la regulación, que se gestó desde la década pasada, es que la SSA asume el papel exclusivo de normar todo el sector salud de México, dejando de prestar servicios. Esta misma tendencia ha sido observada en otros países de Latinoamérica como

Chile (Tetelboin, 1996), Colombia (Restrepo, s/f) y Argentina (Iriart, 2000). Esta atribución exclusiva de la normatividad a la Secretarías o Ministerios de salud deriva de una propuesta más general en la que se distinguen las funciones de regulación, financiamiento, contratación y prestación de los servicios de salud (Londoño y Frenk, 1997). Esta división de funciones parece que apunta sobre todo a resolver dos cuestiones: disminuir la inversión pública y abrir espacios de acumulación, más que a hacer efectiva la labor de los servicios de salud.

Una de las condiciones para que se expandan los servicios privados es que dejen de ser prestados por el Estado o bajo cualquier forma de organización pública (Laurell, 1992), por lo que es necesario contar con una justificación para que el Estado abandone los servicios. De esta forma se dice que el Estado podrá desempeñar con más eficiencia su papel de regular al abandonar otras tareas. En esta afirmación está implícito el reconocimiento de que las distintas funciones se contraponen, de tal manera que el ejercicio de una hace que se realice(n) mal la(s) otra(s), lo cual es cuestionable. En este sentido, hay que recordar que aunque el IMSS y la SSA han funcionado como dos sistemas separados, ambos pudieron desempeñar durante mucho tiempo las funciones de regulación y de prestación de servicios de manera simultánea, al tiempo que incrementaron progresivamente su capacidad de atención, lo cual demuestra que no existe "rivalidad" entre las funciones.

Lo que parece cierto, en cambio, es que la separación de funciones ha permitido el crecimiento del sector privado. En Chile, por ejemplo, el Ministerio de Salud ha asumido como tarea primordial la regulación, mientras que se crearon otras instituciones públicas (Fondo Nacional de Salud, FONASA) y los servicios de salud públicos y un sistema de primer nivel de atención municipalizado, además de instituciones privadas (Instituto de Salud Previsional, ISAPREs) para la atención (Tetelboin, 1996). De igual manera en Colombia el Ministerio de Salud se convirtió en una institución de regulación, la contratación y financiamiento está a cargo de otros organismos (las Empresas promotoras de Salud, EPS privadas y el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA público) que contratan los servicios en empresas privadas (Instituciones Prestadoras de Servicios, IPS) o en las instituciones públicas (Empresas Sociales del Estado, ESE) (Restrepo, s/f).

En el caso de México, aunque esta nueva organización del sistema de salud es aún incipiente, las autoridades sanitarias han explicitado en varias ocasiones sus intenciones respecto a esta nueva forma de organizar las funciones dentro del sector. Un subsecretario de Planeación de la SSA encar-

gado de reactivar la descentralización en el sexenio de Zedillo declaró:

"Hemos pensado la idea de que (...) nos organicemos más por funciones, en donde la SSA se encargue más de la regulación, de la normatividad, para que absolutamente los seguros privados, la seguridad social, la población abierta, y la medicina privada, por supuesto, nos organicemos más. Y separemos, en la medida de lo posible, el financiamiento de la prestación de servicios" (sic) (La Jornada, 2/1/95).

En la clausura de la celebración del 110 aniversario del Hospital ABC, el entonces secretario de Salud Juan Ramón de la Fuente "dijo que es necesario contar con un agente financiador único que se encargue de la recaudación y el pago de servicios, a fin de mejorar y eliminar las inercias que se padecen" (Uno más Uno, 22/1/97:8).

### Financiamiento

Antes de revisar las modificaciones que la descentralización introduce en la forma en que se financian los servicios es preciso mencionar el origen de los recursos que se utilizaron para llevar a cabo la misma descentralización. En 1995 se anunció la creación del Programa de Apoyo de Servicios de Salud a la Población Abierta con los recursos obtenidos de un préstamo de 420 millones de dólares del Banco Mundial (BM). El subsecretario de Planeación de Salud de la SSA en ese momento explica: "Si suponemos que esta gente sin servicios son 10 millones de personas y se toman 100 millones de dólares para el primer año del programa, a cada persona le toca un paquete básico de servicios por 10 dólares. Pero también se puede llevar a 200 millones, con recursos federales lo que implicaría que de esos 10 millones cada mexicano recibiría un paquete mínimo de 20 dólares, que en el BM y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomiendan para un país como México" (La Jornada, 11/XII/95). Este préstamo se hizo efectivo y con él se puso en marcha el Programa de Ampliación de Cobertura.

En los Acuerdos de Coordinación (PEF y PEECh, 1997) se define que el gobierno federal transferirá los recursos financieros a los gobiernos de los estados para que éstos se hagan cargo de las unidades médicas y administrativas. Las transferencias quedan limitadas por el techo autorizado en el Presupuesto de Egresos de la Federación y se efectuarán a través de un ramo especial, etiquetadas y calendarizadas al organismo descentralizado por conducto de la Secretaría de Finanzas Estatal o equivalente. La SSA transferiría a los estados los recursos para materiales y suministro, servicios generales y —a partir de 1997— para equipamiento. Los recursos que no se transferirían serían los de difusión e

información y los de seguros que cubren riesgos para bienes muebles e inmuebles. Los gobiernos estatales mantendrían su participación en el financiamiento y lo incrementarían en la medida de sus posibilidades. La Contraloría Interna supervisaría y revisaría la transferencia de los recursos.

La SSA tendría la facultad de distribuir los recursos entre los estados para lograr la equidad con base a las necesidades en salud, las condiciones económicas y financieras de la entidad, las evaluaciones de la SSA y la aportación estatal en salud. El gobierno estatal podría participar en el sistema de compra consolidada.

De acuerdo con el secretario de salud, a partir de 1997 la Secretaría de Hacienda comenzarían a transferir los recursos directamente a los servicios de salud de los estados. Los criterios de asignación serían el gasto *per cápita* en salud y los índices de marginación (Reforma, 12/IX/96:4). La transferencia se realiza a través del ramo 33 que incluye un fondo de aportación a los servicios de salud dirigidos a la población abierta (Excélsior, 14/XI/97:23).

Si en la primer etapa de la descentralización se planteó la desconcentración administrativa (González-Block, 1992; Soberón, 1996), en la actual se propone la devolución de la mayoría de las competencias en materia de salud; una devolución real implica que los estados puedan planear los programas que le son prioritarios y distribuir los recursos según criterios establecidos por ellos mismos (Araujo, 1996). Sin embargo, la forma en que se planeó la descentralización de los noventas parece que se dará de tal forma que en los hechos la autonomía de los estados en materia sanitaria continuará siendo reducida.

Con relación al financiamiento, las transferencias de recursos se realizan a través de un ramo especial y los recursos son "etiquetados". Hay que reconocer que al etiquetar los recursos se asegura que se deriven a donde se espera sean utilizados, lo cual es una garantía para su manejo transparente. Pero al mismo tiempo, si los estados reciben recursos "etiquetados" su capacidad de decisión se reduce ya que desde el centro se define cuál será el destino del financiamiento. Por ejemplo, el subsecretario de Planeación de la SSA describía algunos de los "candados" con lo que se descentralizaría el financiamiento: en "materia de gasto de inversión, el único candado que hay es que se construyan clínicas de primer nivel; porque en esas unidades se resuelven la mayoría de los problemas de salud" (El Nacional, 24/XII/97:17).

La aseveración sobre la importancia del primer nivel de atención no puede ser cuestionada; sin embargo que se

plantee que los estados sólo podrán construir clínicas pone en claro que lo que se busca es reducir los servicios que se prestan, lo cual es una política central que se viene desarrollando desde la década pasada. A priori no se puede definir que sólo se construirán clínicas, lo que debería ser definitorio en este tipo de decisiones son las necesidades en salud de la población. En este mismo sentido, en el Programa de Reforma del Sector Salud (PEF, 1996) se dice que los estados podrán cumplir con sus medios los objetivos nacionales y determinar el destino de los recursos excedentes una vez alcanzados dichos objetivos. Esto implica que la acción de los estados quedará limitada por las acciones definidas por el centro, y una vez que se haya cumplido con ellas, las autoridades locales podrán definir iniciativas propias.

Una devolución en la que se define de forma central cuáles son los programas prioritarios y cómo se distribuyen los recursos limita las potencialidades "democratizadoras" de la descentralización. Este hecho también pone en evidencia que es muy probable que con esta descentralización no se busca ampliar necesariamente la participación de las autoridades locales, sino que está dirigida a otros fines.

Por otra parte, desde la década pasada se comenzaron a introducir y/o incrementar las cuotas de recuperación en los servicios públicos como una forma alterna de financiamiento (López y Blanco, 1993; González-Block, 1992). Para la década de los noventa, en los Acuerdos de Coordinación se planea crear el Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación que estará a cargo de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública Estatal adscrita al órgano descentralizado que se creará. El gobernador del estado podrá exentar de pago en los siguientes casos: servicios de primer nivel en localidades del medio rural dispersos, servicios de primer nivel en medio urbano y segundo y tercer nivel de atención cuando el usuario no cuente con recursos (PEF y PEECh, 1996).

La creación de una instancia *ex profeso* para la administración de las cuotas de recuperación y la definición precisa de los casos en los que se exentará de pago son indicios de que se espera que por medio de las cuotas de recuperación se obtenga un ingreso sustancial. A lo que hay que agregar que al dejar al gobernador la posibilidad de definir si se aplican o no los criterios de exención de pago, se abre la posibilidad de que éste utilice los servicios médicos de forma discrecional. Una de las limitaciones de las cuotas de recuperación es que en los servicios de la SSA se atiende a la población en situación de pobreza, lo que conlleva que la mayoría sea exonerada del pago.

Las cuotas de recuperación tienen poco sentido en un tiempo caracterizado por el incremento de la pobreza: de

1981 a 1998 el porcentaje de la población pobre pasó de 48.5% a 78.0% (Boltvinik, 1999). También es previsible que algunas personas dejen de hacer uso los servicios de la SSA por la introducción de los sistemas de cuotas.

Una explicación alternativa al impulso de las cuotas de recuperación es que —aunque no exista un incremento sustancial en los ingresos de los servicios— con ellas se promueve una ideología en la que la salud es vista como mercancía con un precio definido y sólo aquellos que prueben no poder pagarla tendrán acceso a un mínimo de servicios proporcionados por el Estado. Con esto las nociones de ciudadanía y la salud como derecho son desplazadas por las de consumidor y la salud como mercancía. Se genera, pues, un clima ideológico propicio para el crecimiento del sector privado (Laurell, 1992; Laurell y López, 1996).

Un ejemplo de los intentos para introducir la lógica privada a los servicios públicos son las propuestas de modificación de los estatutos de los institutos nacionales de salud propuestos por el Presidente de la República, con las cuales se permitiría el uso del 20% de su capacidad hospitalaria para ser ofertada como servicios privados. El 5 de abril del 2000, el Ejecutivo envió al Congreso una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud para que se aplicara una modalidad llamada “prerrogativas por cuenta del paciente”. De esta forma, se proponía que los institutos brindaran servicios especiales a los particulares pagando una tarifa, la cual se fijaría de acuerdo a los costos de hospitales privados que ofrecieran servicios similares. Finalmente, el Congreso veto el artículo 57 de la ley de reforma a la Ley General de Salud que abría esta posibilidad (Milenio, Reforma, 18/IV/2000). No obstante, en la realidad estas prácticas se vienen realizando desde 1999 en los Institutos de Cardiología (Reforma, 14/IV/2000), Nutrición y Perinatología.

Otra característica del financiamiento al sector público es que éste se ha reducido desde el inicio de la reforma. Bajo el pensamiento neoliberal, existe un privilegio de los aspectos financieros y fiscales, sobre las demás esferas de la vida. Esto se ha traducido en recortes progresivos en el financiamiento destinado a las áreas sociales, en las que se incluye la salud, en aras de mantener el equilibrio fiscal. Uno de los mayores triunfos que se adjudica la gestión del presidente Zedillo es que ha mantenido en equilibrio las cifras de la macroeconomía. Sin embargo, esto se ha logrado a costa de reducir los bienes y servicios sociales.

En octubre de 1997 los diputados federales y el secretario de salud acordaron solicitar un incremento del 30% en el presupuesto para el sector salud. En ese momento se estimaba que el gasto en salud para 1998 sería de 3% del PIB,

del cual se destinaría cerca del 60% para los estados y 40 programas de salud, fundamentalmente para las zonas marginadas del país (El Nacional, 25/X/97). Sin embargo, para febrero de 1998 se inicia una serie de ajustes presupuestales, que se tradujeron en una reducción del 1% en los recursos asignados al sector salud. El área más afectada fue la Oficialía Mayor, mientras que se aseguró que los “programas sustantivos” no se verían afectados, ni existiría recorte de personal y tampoco se reduciría el ramo 33 (La Jornada, 8/II/98). En abril de 1998 ocurrió otro recorte presupuestal, si bien no se reducen los recursos del ramo 33, al componente de salud del PROGRESA se le reduce 104 millones de pesos. Esta reducción representó el 8.5%, junto con la reducción en el componente educativo, respecto al recorte total en el gasto público. Durante el primer ajuste presupuestal, el gasto social se redujo en 3 mil 386 millones; mientras que en el segundo fue de 725 millones de pesos (El Universal, 30/IV/98:1) y para junio del mismo año se anunció un tercer recorte presupuestal (La Jornada, 17/VI/98:49).

En diciembre de 1998, ante la caída del precio del petróleo, se modificó el presupuesto que sería ejercido en el siguiente año (La Jornada, 5/XII/98). El presupuesto destinado en 1999 a la SSA disminuyó 17% en términos reales con relación al destinado en 1988, al ubicarse en 17 mil 312 millones 948 pesos. En tanto, los recursos del ramo 33 que se presupuestaron para 1999 fueron de 10 mil 278 millones de pesos, lo que comparado con lo ejercido en el año anterior representó una reducción en términos reales de 17% (La Jornada, 18/XI/99).

#### Provisión de servicios

Según los Acuerdos de Coordinación para la descentralización entre la Federación y las entidades federativas, los gobiernos estatales asumirían básicamente funciones de prestación de servicios y controlarían los recursos presupuestales asignados por la SSA bajo criterios de equidad y eficiencia, realizarían funciones de programación y presupuestación siguiendo las directrices federales. A partir de la firma de los Acuerdos se esperaba que a más tardar en 60 días se promoviera una iniciativa de ley para la creación de un organismo descentralizado que se haría cargo de las funciones transferidas y tendría personalidad jurídica y patrimonio propio, sería presidido por un órgano de gobierno formado por el ejecutivo estatal, un representante de la SSA y un representante del SNTSSa. El nuevo organismo descentralizado desplazaría a los Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados donde aún existían. En un plazo de 90 días a partir del Acuerdo de Coordinación se entregarían las unidades médicas de la SSA a los gobiernos estatales (PEF Y PEECh, 1997).

En el diagnóstico oficial con el que se reinició la descentralización se decía que existían 10 millones de habitantes sin atención médica y se tenía como meta que para el año 2000, al término de la gestión de Zedillo, se tendría una cobertura total. La cifra de 10 millones de mexicanos sin cobertura fue repetida una y otra vez en distintos foros nacionales e internacionales, para después, conforme avanzaba el sexenio de Zedillo afirmar que esta cifra se reducía progresivamente (Excelsior, 8/V/98). En la comparecencia ante la Cámara de Diputados posterior al quinto informe de gobierno, el secretario de salud afirmó que de los 10 millones de mexicanos que al inicio del sexenio no estaban cubiertos por los servicios de salud, ya sólo existían 1.5 millones que permanecían en la misma situación (Reforma, 14/IX/99:2).

El incremento de la cobertura bajo la administración Zedillista se ha dado a través del paquete básico de servicios. Existe cierta contradicción entre el paquete básico de servicios y el incremento de la autonomía de las autoridades locales, ya que restringe el margen de acción de éstos debido a que el contenido del paquete de servicios ha sido determinado desde el centro. En el Programa de Reforma del Sector Salud (PEF, 1996) se especifica que los gobiernos estatales podrán decidir cómo distribuir los recursos que no se hayan utilizado en la operación de los objetivos que tienen prioridad nacional, además se señala que el paquete básico incluye los servicios mínimos que los estados deberán proporcionar. Así, la posibilidad de diseñar programas exclusivos del estado queda supeditado a los excedentes de la operación de los programas definidos *a priori* por las autoridades centrales.

Con el paquete mínimo de servicios se agudiza una tendencia iniciada en la década de los ochenta relacionada con la restricción progresiva de los servicios prestados por el sector público. Aunque en la década de los ochenta los servicios se redujeron por la severa crisis financiera por la que atravesó el país, en los planes gubernamentales todavía se planteaba el reto de incrementar el acceso al segundo y tercer nivel de atención en los servicios que proporcionaba la SSA (PEF y PEECh, 1984). Para los noventa, el plan es aumentar la cobertura a través del paquete básico de servicios, que más que servicios, en algunos casos se reducía a tratamientos puntuales que evitarían el paso de la enfermedad a la muerte; al tiempo que se establecían criterios estrictos para acceder a los niveles de atención más complejos y para la exención de pago (PEF, 1996; SSA *et al.*, 1996; PEF y PEECh, 1996). Es decir, durante esta segunda etapa se hacían más restringidos los criterios de focalización tanto de los servicios públicos que se prestaban como de la población que tendría acceso a ellos.

La creciente restricción en los servicios públicos es indicativa de la consolidación de la política neoliberal en salud,

cuya expresión se encuentra en las propuestas del Banco Mundial relacionadas con los cálculos de la discapacidad y la muerte prematura, en los que se privilegian criterios económicos sobre aspectos clínicos, además de que en su estimación está implícita la asignación de un valor a la vida y la salud de los humanos (Laurell y López, 1996).

Los servicios de salud han sido incorporados a los llamados "programas de combate a la pobreza". Este tipo de programas se caracteriza por ser asistencialistas, la extrema focalización en su contenido y alta selectividad de la población objetivo, además de que los gobiernos —federal y estatales— por lo regular los manejan con un alto grado de discrecionalidad. Los beneficios van dirigidos principalmente a niños menores de 5 años y exigen el trabajo de las madres. La atención médica dentro de estos programas consiste en el paquete básico de servicios y por lo regular se proporciona en las unidades de la SSA y el IMSS-Solidaridad. De ahí que se hayan incorporado al análisis.

Bajo la premisa de que con acciones focalizadas se rompe el "círculo vicioso de desnutrición, falta de salud, deficiencias educativas y carencia de oportunidades", en 1996 comenzó a operar el denominado Programa Piloto dirigido a familias pobres (El Nacional, 5/IX/96:17), que sería el antecedente de los siguientes dos programas. En 1997 se implementó el Programa de Alimentación, Salud y Educación (PASE) en el cual se invirtieron mil 600 millones de pesos, de los 30 mil millones destinados al combate a la pobreza, lo que representó 0.4% del presupuesto total del gobierno federal. El PASE consistía en 218 pesos para apoyar el consumo alimentario de la familia y 138 pesos como beca educativa para menores que asistían a primaria y secundaria (La Jornada, 12/II/97: 20). Se esperaba que en 1997 el PASE beneficiaría a 400 mil familias en extrema pobreza, cifra que llegaría a 2 millones de unidades domésticas en el año 2000 (El Nacional, 30/IV/97:12).

A finales de 1997 comenzó a operar el Programa de Educación, Alimentación y Salud (PROGRESA) en tres mil localidades de diez estados con un presupuesto de mil 350 millones de pesos para ser ejercido entre agosto y diciembre de ese año con atención a 160 mil familias. Este programa será considerado como el principal programa de combate a la pobreza del sexenio Zedillista. El PROGRESA incluye atención médica, suplementos alimenticios, la entrega de dinero para ayuda alimentaria, becas educativas. Los recursos de este programa son canalizados a través del ramo 26 que son recibidos por los municipios o los estados para que sean aplicados (El Financiero, 5/IX/97:5). Para abril de 1998 se atendieron a 2 millones de familias en 40 mil comunidades (Uno mas Uno, 29/IV/98:10).

Otro proyecto iniciado fue el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) que también está incluido dentro de los programas de combate a la pobreza. El PAC estaba financiado con recursos provenientes de un crédito del Banco Mundial por 310 millones de dólares, que se complementaría con los recursos aportados por el gobierno federal que ascendían a 134 millones de dólares. De acuerdo con las autoridades gubernamentales la "razón de haber optado por solicitar el crédito a este agente internacional, tiene la finalidad de evitar que se desvíen los de por sí insuficientes recursos presupuestales hacia otros aspectos altamente prioritarios" (Chiapas, 2000). Las jurisdicciones sanitarias y los municipios incluidos en el PAC reciben el presupuesto denominado normal (a partir de la descentralización presupuesto estatal) y un apoyo económico complementario (Chiapas, 2000).

El objetivo del PAC era "fortalecer e incrementar la cobertura y la calidad de los servicios de salud, a través de un paquete básico de servicios compuesto por doce estrategias y 75 acciones (de bajo costo y alta efectividad), en aquellas localidades y grupos de población que hasta antes del inicio del programa los recibían parcialmente o se encontraban totalmente al margen de ellos" (Chiapas, 2000). También se pretendía contribuir con el proceso de descentralización a través del fortalecimiento técnico y administrativo de las jurisdicciones sanitarias (Chiapas, 2000). El PAC estaba dirigido a comunidades con menos de 500 habitantes (Uno más Uno, 6/VI/99:11).

La meta del PAC era llegar a 380 municipios con mayor marginación con tres millones de habitantes (El Universal, 25/X/96). En septiembre de 1996 el PAC se aplicaba en 11 estados, 31 jurisdicciones y 380 municipios en regiones con mayor marginación (Uno más Uno, 2/IX/96). Para septiembre de 1999, se habían integrado 17 mil trabajadores al PAC (La Jornada, 14/IX/99).

Otra de las innovaciones dentro de la provisión de los servicios es la evaluación y certificación de los servicios de salud, que ha sido impulsada por la SSA. Se dice que los hospitales competirán por obtener la certificación, lo cual generará que incrementen su calidad y racionalicen el uso de los recursos (El Universal, 29/7/99:21). Nadie puede negar que garantizar un mínimo de calidad y de eficiencia es necesario para operar adecuadamente los servicios. Sin embargo, es muy probable que los programas de certificación sirvan más para dar continuidad al desprestigio de que han sido objeto los servicios públicos. Por el contrario, se puede esperar que el potencial correctivo de la evaluación que acompaña a la certificación no sea utilizado significativamente.

### Participación social

El gobierno ha utilizado sistemáticamente un discurso democratizador en el que hace referencia insistentemente a la participación social. Sin embargo, la democracia no se hace efectiva con sólo mencionarla.

En el Acuerdo Nacional para la Descentralización se estableció que "toda transferencia de facultades y recursos a los gobiernos locales, deberá estar sujeta a la condición de incorporar la participación ciudadana" (SSa *et al.*, 1996:30). Las distintas formas de organización de los ciudadanos servirán como "fuentes permanentes de opinión, evaluación y propuestas sobre la calidad de los servicios y la pertinencia de las acciones de gobierno (...) estructuras ciudadanas de monitoreo permanente sobre la eficacia de las instituciones y el acierto de las políticas con una mayor credibilidad sobre el quehacer gubernamental, mismo que deberá generar un clima de confianza necesario en este tipo de relaciones" (SSa *et al.*, 1996:30).

Como puede apreciarse, la participación de los ciudadanos en los planes gubernamentales se utiliza como un medio para la evaluación y diagnóstico, al tiempo que se busca la legitimidad que pueda otorgar. Pero no funciona como un ente con capacidad de decisión de la política de las estrategias y los programas.

El PAC funciona a través de brigadas de médicos, enfermeras y promotores. Los promotores cubren principalmente las localidades más alejadas con menos de 50 miembros y se encargan de capacitar a los habitantes en temas como cloración de agua, construcción de letrinas, prevención y detección de enfermedades diarreicas (El Universal, 4/I/99:17). Esta es la participación social que se plantea, sin redistribución real del poder, sólo como una forma de ejecutar políticas cada vez más restrictivas.

La incorporación del trabajo de los miembros de las comunidades (parteras, promotores) por lo regular es utilizado como un indicador de participación social. Sin embargo, también puede ser indicativo de la progresiva retracción del Estado. Es decir, el incremento de la cobertura anunciada constantemente por las autoridades oficiales se ha dado a través de medidas puntuales implementadas por miembros de la comunidad con una capacitación mínima.

### Los trabajadores de los servicios de salud

Desde el inicio de la descentralización de la SSA, las autoridades aseguraron en distintos documentos y declaraciones que los derechos laborales de los trabajadores permanecerían

intactos. En el Acuerdo Nacional para la Descentralización se decía que los gobiernos locales se comprometían a que en la creación de los organismos públicos descentralizados se respetarían los "derechos, prerrogativas, beneficios y prestaciones contenidas en las disposiciones federales legales y administrativas aplicables" de los trabajadores federales que se incorporarían a los sistemas estatales (SSa *et al.*, 1996:29). Según los Acuerdos de Coordinación para la Descentralización entre la Federación y las entidades federativas en la ley que se expediría para dar sustento a la creación del organismo descentralizado "deberá expresarse la obligación del organismo descentralizado de aplicar y respetar las Condiciones Generales de Trabajo de la SSa" y demás reglamentos y normatividad relacionados en materia laboral (PEP y PEECh, 1997:32).

También se decía que con la descentralización se respetarían los derechos laborales de los trabajadores (inamovilidad, catálogo de puestos, escalafón, permutas), "comprendiendo las prestaciones genéricas y específicas, así como los mecanismos vigentes de actualización salarial y los acuerdos y convenios celebrados sobre el particular con el SNTSSa, conforme a la legislación federal" (PEP y PEECh, 1997:34). De igual manera, desde el inicio de la descentralización las autoridades gubernamentales aseguraban que no existirían despidos masivos de trabajadores (El Nacional, 16/XI/96:12). Pero la política laboral efectiva sería otra.

Con la descentralización los trabajadores de la SSa pasaron del apartado B al apartado A. El pertenecer al apartado B garantiza que si la fuente de trabajo se agota el Estado tiene la obligación de reubicar al trabajador en otra dependencia. En el apartado A esta garantía no está incluida. Esta modificación de la situación jurídica de los trabajadores fue aceptada por la dirigencia sindical (El Financiero, 14/X/97:30) y dió sustento legal a los programas de retiro voluntario y de compactación de horarios (Excelsior, 18/III/99:25). Se llegó a estimar que el programa de retiro voluntario afectaría a 4 mil 620 trabajadores, de un total de 154 mil (La Jornada, 18/III/99:48).

Una de las condiciones para realizar la descentralización era la homologación salarial entre trabajadores de la SSa y los del IMSS, en los hechos no se llevó a cabo o bien sólo se realizó en los sitios donde existió inconformidad de los trabajadores (La Jornada, 15/X/97:14).

Desde las acciones oficiales ha existido una estratificación de los trabajadores entre aquellos que realizan tareas administrativas y los que realizan atención médica, lo que evidencia una política destinada a polarizar a los trabajadores. Esta estratificación se ha expresado —en los si-

guientes hechos. La homologación salarial previa a la descentralización que se planteó en los convenios sólo fue dirigida a los trabajadores del área médica y afines, mientras que los trabajadores administrativos no fueron incluidos en ella. Del mismo modo, los subsecuentes incrementos salariales, la recodificación de puestos y varias prestaciones laborales sólo beneficiaron a los trabajadores del "área sustantiva médica, paramédica y afin" y se excluyeron a los de las áreas administrativas (Uno más Uno, 19/IX/97:6; La Jornada, 25-III-99).

Paralela a la descentralización se iniciaron estrategias innovadoras en la organización del trabajo dentro de los servicios de salud de la SSa, una de las más importantes es la introducción de los estímulos a la productividad.<sup>2</sup>

En 1997 comenzó a operar el "Programa de Estímulos a la Productividad y Calidad a favor del Personal de Enfermería". En la estructura del programa se incluye el Comité Nacional de Estímulos a la Eficiencia y Calidad a favor del Personal Médico y de Enfermería, los Comités Estatales de Estímulos y las Comisiones de Trabajo. Para acceder a los beneficios del Programa los trabajadores son sometidos a una evaluación mediante los Comités Estatales, los cuales definen si los trabajadores reúnen las condiciones para hacerse acreedores al estímulo. Los estímulos representan un porcentaje del sueldo base que se define a partir de la puntuación alcanzada en la evaluación y son entregados cuatrimestralmente durante un año. Las enfermeras beneficiadas por el Programa pasaron del 10.4% del total de la plantilla en la primera promoción a 21.7% en la cuarta promoción. En 1998 el Programa se hizo extensivo al área médica y odontológica. En la primera promoción el porcentaje de médicos beneficiados fue de 10.7% y de odontólogos de 14.9%. En la segunda promoción los porcentajes fueron de 14.7% y 19.8%, respectivamente del total de las plantillas (SSa, 2000).

Con los programas de estímulos se pretende mejorar la calidad de los servicios de salud; inducir el mejoramiento del desempeño, la productividad y la superación del personal médico y de enfermería; contribuir a mejorar la satisfacción de los usuarios y los prestadores de los servicios médicos y estimular la participación del personal médico con la comu-

<sup>2</sup> Es interesante notar que existe una gran similitud entre las transformaciones que se están realizando en el ámbito de la salud y las que se están llevando a cabo en la educación. En los dos espacios se ha propuesto la privatización y la descentralización de los servicios, la certificación tanto de las instituciones como de los prestadores de servicio y se han introducido sistemas de estímulos a la productividad. La similitud de las propuestas no puede ser interpretada como incidental. Es el resultado de la aplicación de la ideología-política neoliberal que ha incursionado en la gran mayoría de los espacios sociales.

nidad (SSa, 2000). Es interesante ver cuanto se espera obtener con la introducción de los sistemas de estímulos a la productividad. El mejoramiento de los servicios es dejado en manos de la actividad individual de los trabajadores de la salud, como si fuera su único factor determinante. Con ello se desconocen otros problemas que aquejan a las instituciones públicas —principalmente el desfinanciamiento— y, a la vez, se responsabiliza a los trabajadores de la salud del éxito o fracaso de los servicios.

Los estímulos tienen el potencial de reducir la cohesión entre los trabajadores ya que promueven el individualismo para obtenerlos y la rivalidad entre los que los obtienen y los que no, además de que pueden generar estrés laboral. La baja oposición a la implantación de los estímulos a la productividad se debe a que permiten una cierta recuperación de los salarios. Los mismos trabajadores han denunciado que estos programas benefician a un reducido número de empleados y son utilizados de forma discrecional por los dirigentes sindicales y los directivos de cada institución ya que los criterios de asignación son manejados o definidos de forma arbitraria (La Jornada, 15/X/97:14).

La representación formal de los trabajadores de la SSA está a cargo del Sindicato Nacional de Trabajadores de la SSA (SNTSSa), el cual está afiliado a la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicios del Estado (FSTSE). Gran parte del sindicalismo mexicano ha sido históricamente cooptado por las instituciones gubernamentales a través del partido oficial (Partido Revolucionario Institucional, PRI). Tradicionalmente este corporativismo ha servido para que las políticas desarrolladas por el gobierno sean aceptadas por los dirigentes sindicales a cambio de ciertas concesiones. A manera de ejemplo, se puede decir que el secretario general del SNTSSa (Ayala Almeida) en 1997 era diputado federal por el PRI (El Financiero, 14/X/97: 30) y posteriormente fue el secretario general de la FSTSE (Excelsior, 18/III/99:25).

Las acciones gubernamentales en materia laboral han tenido la anuencia de los dirigentes sindicales. En el caso de la descentralización, el SNTSSa y la FSTSE firmaron el Acuerdo Nacional para la Descentralización y los Acuerdos de Coordinación entre la Federación y los Estados, lo que implica que aceptaron los términos en los que se planeó aquella. En el Acuerdo Nacional para la Descentralización se dice que se respetará la independencia del SNTSSa, además de que éste “formulará mecanismos innovadores que impulsen y alienten espacios de participación a nivel seccional” (SSa *et al.*, 1996:28). La dirigencia tanto de la FSTSE y del SNTSSa estuvieron de acuerdo con el cambio del apartado B al A de los trabajadores de la SSA con la descentralización, los programas de retiro voluntario, de compactación de

horarios y el impulso de la productividad dentro de los servicios (Universal, 18/III/99:10). Para el secretario general de SNTSSa el inicio de la descentralización tuvo efectos positivos en sus representados ya que produjo mayor estabilidad laboral, una retabulación salarial positiva y aumento del número de plazas (El Financiero, 14/X/97:30).

Por el otro lado, desde el inicio de la descentralización el gobierno reconoce como único interlocutor al SNTSSa, con lo cual se adelanta a los posteriores movimientos de trabajadores que tratarán de desarrollar un movimiento laboral alternativo al sindicato oficialista. El presidente de la República habla sobre la participación del SNTSSa: “creo que es muy importante reconocer (...) el enorme sentido de responsabilidad patriótica que ha tenido el Sindicato de Trabajadores de la Secretaría de Salud, y en especial la clara visión con que su dirigente, nuestro amigo Joel Ayala (Secretario General del SNTSSa), se ha comprometido con la descentralización” (El Nacional, 3/IV/97:4). Por su parte, el secretario de salud considera como “sindicato modelo” al SNTSSa ya que “ha hecho suyas muchas de las propuestas sociales como son el nuevo federalismo” (El Nacional, 29/XI/97).

El oficialismo del SNTSSa explica por qué en los Convenios se establece que la titularidad de la relación laboral se mantendrá entre la SSA y el Sindicato, y no se atomiza en cada una de las entidades. En los Acuerdos de Coordinación entre la federación y los estados se define que las Condiciones Generales de Trabajo seguirán siendo negociadas por la SSA y el SNTSSa, reconociendo a este último como “el representante legal, legítimo y único de los derechos laborales de los trabajadores de base que prestan sus servicios al Gobierno Federal y que pasarán a prestarlos a los organismos descentralizados” (El Nacional : 34).

Desde 1997 se comenzó a gestar un movimiento de trabajadores inconformes —entre otras cosas— con los cambios ocurridos con la descentralización y por la actuación de la dirigencia nacional del SNTSSa. En ese año surgía el Frente de Trabajadores de la Salud, cuyos dirigentes denunciaban que la homologación salarial no se había realizado y que existían anomalías en el manejo de los sistemas de estímulos (La Jornada, 15/X/97:14; El Día, 18/XI/97:30).

En 1999 se planteaba ya la constitución de una nueva organización sindical. Inicialmente agrupaban a 6 mil trabajadores del área médica y administrativa provenientes de los hospitales General de México, Infantil Federico Gómez, Juárez de México y de algunos estados como Nayarit, Colima, Veracruz, Guanajuato e Hidalgo (La Jornada, 21/III/99:60). En mayo del mismo año, con 25 mil agremiados,

quedó constituido el Sindicato Independiente de Trabajadores de Salud (SITS) —asesorado por una senadora del Partido de la Revolución Democrática— que buscó en el mes siguiente su registro ante el Tribunal de Conciliación y Arbitraje (Reforma, 21/V/99:2).

La FSTSE y el SNTSSa se inconformaron ante la Suprema Corte de Justicia por la formación del SITS. Sin embargo el fallo favoreció a la nueva agrupación sindical (Reforma, 21/V/99:2; Universal, 25/V/99:8).

### Conclusiones

Las principales estrategias que se han utilizado para transformar la estructura de la SSa son la descentralización y la focalización; su adopción ha sido producto en gran medida del apego del gobierno mexicano a las recomendaciones de los organismos internacionales de financiamiento, principalmente el Banco Mundial.

Estas propuestas son presentadas como una respuesta técnica. Sin embargo, surgen en un contexto caracterizado por el creciente desprestigio de las instituciones públicas y el impulso del sector privado con la complicidad del Estado mexicano.

La descentralización bajo el esquema neoliberal, lejos de incrementar la autonomía de las autoridades locales, se perfila como un proceso autoritario definido por el gobierno central. Es autoritario porque en su definición no participaron los usuarios ni los trabajadores de los servicios de salud. El papel de los trabajadores de la salud se ha reducido a ejecutar la política previamente definida, lo cual ha sido posible por la actuación de una dirigencia sindical que ha validado las reformas al sector a cambio de mantener reducidos cotos de poder. En el caso de los usuarios, su participación consiste en monitorear el éxito o fracaso de una política que ellos no definieron y en dar legitimidad a ésta.

La descentralización, tal como ha sido definida en las dos últimas décadas, no puede incrementar la autonomía local si se considera que los servicios se han reducido a un paquete mínimo. Es decir, ¿qué pueden planear o programar las autoridades locales? si ya se han definido los servicios que deben prestarse.

En el ámbito del financiamiento se observaron las siguientes tendencias: (1) el Banco Mundial ha proporcionado préstamos al gobierno mexicano condicionados a que éste último adopte políticas dirigidas a la población abierta mediante medidas puntuales; (2) el gasto que recibe la SSa ha estado supeditado al mantenimiento del equilibrio fiscal; y (3) el

énfasis a los sistemas de cuotas de recuperación es un indicio de la remercantilización de la salud en los servicios públicos.

Anteriormente se planteaba que la SSa proporcionaría servicios a la población sin empleo formal —la cual está concentrada principalmente en las áreas rurales y periurbanas—. Sin embargo, todo indica que los servicios médicos de la SSa serán progresivamente sustituidos por acciones puntuales para prevenir o curar ciertos padecimientos, estas acciones serán realizadas por los miembros de las comunidades con un entrenamiento mínimo.

Las instancias oficiales han desplegado una serie de acciones tendientes a minar la capacidad de resistencia de los trabajadores de la salud, entre las que se encuentra la cooptación —histórica— de los dirigentes sindicales, la estratificación de los trabajadores, la implantación de los sistemas de estímulos a la productividad y modificaciones en la situación legal, oposición a la constitución de grupos de trabajadores no oficialistas.

Finalmente, es cuestionable la propuesta de la nueva organización del sistema de salud mexicano donde la SSa ocupe un papel exclusivo de normatividad, ya que esto presupone que esta función se contraponen con las de financiamiento y servicio, lo cual no tiene ningún fundamento empírico. La que parece que si va a permitir esta división de funciones es la introducción del sector privado en los ámbitos de financiamiento y prestación de servicios, tal como ha ocurrido en otros países de la región.

### Agradecimientos

Agradecemos a la Dra. Carolina Tetelboin Henrión y al Mtro. Arturo Granados Cosme, profesores de la Maestría en Medicina Social, sus comentarios a las versiones preeliminares de este trabajo. También queremos hacer patente nuestro reconocimiento a la Lic. Andrea Zúñiga Reynoso del Área de Investigación, Salud y Educación, por su disposición para ayudarnos en la búsqueda hemerográfica.

## Bibliografía

- Araujo, J. (1997). Attempts to decentralize in recent Brazilian Health Policy: Issues and problems, 1988-1994. En: *International Journal of Health Services*, 27(1):109-124.
- Boltvinik J. (1999). Pauperización Zedillista. En: *La Jornada* 11 de octubre:18.
- Collins C and A Green, (1994). Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries. En: *International Journal of Health Services*, 24(3):459-475.
- De Sousa B, (1998). *Reinventar la democracia, Reinventar el Estado*, pp.1-22, España: Sequitur.
- Donnangelo MC y Pererira L, (1976). La medicina en las sociedades de clases. En: Donnagelo MC y Pereira L. (editores). *Salud y Sociedad*, pp. 1-66, Sao Paulo: Librería dos ciudades.
- Esping-Andersen G. (1991). As três economias políticas do walfare state. *Lua Nova*, Septiembre 24:85-115.
- Estado de Chiapas León, (2000). Página electrónica: <http://www.chiapas.gob.mx/>
- Frenk J., Lozano R., González-Block N.A. *et al*, (1994). Propuesta para el Avance del Sistema de Salud en México. En: *Economía y Salud*. México. FUNSALUD.
- García, J. (1981). La Medicina Estatal en América Latina/ 2, 1880-1930. En: *Revista Latinoamericana de Salud*, 2 (30):102-126.
- Gerschman S. (1990). Sobre la formulación de políticas sociales. En: Fleury S. (organizadora). *La Reforma Sanitaria*. En busca de una teoría, Guadalajara: Editorial Universidad de Guadalajara pp153-177.
- González-Block M (1992). Descentralización del Sector Salud en México: Alcances y limitaciones de los sistemas locales de salud. En: *Salud Pública de México*, 34 (suplemento):117-133.
- Iriart C., (2000). Atención gerenciada: la reforma silenciosa. En: *Revista Salud Problema*, 5 (9).
- Laurell AC (1992). Avanzar al pasado: la política social del neoliberalismo. En: Laurell C. (Coord). *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, México: Fundación Friedrich Ebert Stiftung. pp.125-146.
- Laurell, C. (1997). *La reforma contra la salud y la seguridad social*. México: Fundación Friedrich Ebert Stiftung- ERA.
- Laurell AC. (1999). La política de salud en el contexto de las políticas sociales. En: Bronfman M y Castro R. (coordinadores). *Salud, cambio social y política*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud , pp 239 – 252
- Laurell AC y López O (1996). Market Commodities and poor relief: The World Bank proposals for Health. En: *International Journal of Health Services*; 26:1-18.
- Londoño J.L. y Frenk J. (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. En: *Salud y Gerencia* 15:5-28.
- López, O., Blanco, J. (1993). *La Modernización Neoliberal en Salud*. México: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.
- PEF. (1983). (Poder Ejecutivo Federal) Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. México: *Diario Oficial de la Federación*, 30 de agosto:11-13.
- PEF. (1984). (Poder Ejecutivo Federal). Decreto por el que se descentralizan a los Gobiernos Estatales los servicios de salud que presta la Secretaria de Salubridad y Asistencia

- en los Estados y los que dentro del Programa de Solidaridad Social por participación Comunitaria denominado "IMSS-COPLAMAR", proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social. México: *Diario Oficial de la Federación*, 8 de marzo:19-22.
- PEF. (1996). (Poder Ejecutivo Federal). Programa de Reforma del Sector Salud. México: Poder Ejecutivo Federal.
- PEF. (1999). (Poder Ejecutivo Federal). *Quinto Informe de Gobierno*. Anexo Estadístico. México.
- PEF y PEECh. (1984). (Poder Ejecutivo Federal y Ejecutivo del Estado de Chiapas), Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo del Estado de Chiapas, con el propósito de establecer las bases para la elaboración y ejecución del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud. México: *Diario Oficial de la Federación*, 13 de diciembre:14-21.
- PEF y PEECh. (1997). (Poder Ejecutivo Federal y Ejecutivo del Estado de Chiapas) Acuerdo de Coordinación para la descentralización integral de los servicios de salud en el Estado de Chiapas. México: *Diario Oficial de la Federación*, 16 de diciembre:31-37.
- Restrepo J.H. s/f. *La Reforma a la salud en Colombia: será una realidad?*. Documento fotocopiado.
- SSa. (2000). Secretaría de Salud (). Página electrónica: HYPERLINK "<http://www.ssa.gob.mx/>" <http://www.ssa.gob.mx/>
- SSa. (1996). (Secretaría de Salud), Gobernadores de los Estados, FSTSE, STSS. Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud. México: *Diario Oficial de la Federación*, 25 de septiembre:25-31.
- Soberón-Acevedo, G. Martínez G. (1996). Descentralización de los servicios de salud en México en los ochenta. En: *Salud Pública de México*, 38 (5):371-378.
- Tetelboin, C. (1996). Las transformaciones del Sistema de Salud. *La Lógica neoliberal en salud*. [Tesis de doctorado]. México: Universidad Iberoamericana.
- Tetelboin, C. (1997). Problemas en la conceptualización de la práctica médica. En: *Estudios en Antropología Biológica*, VIII:487-510, México: UNAM-INAH.
- Vilas C, (1996). De ambulancias, bomberos y policías: la política social del neoliberalismo (notas para una perspectiva macro). En: Lerner BR, Casas R, Castillo H. *et al. Las políticas sociales de México en los años noventa*. pp. 11-246, México: UNAM, FLACSO, Editorial Plaza y Valdés.