



7
2ej

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE ECONOMÍA

**PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS
ECONÓMICO-JURÍDICAS DEL PROCESO DE
DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS
DE SALUD EN MÉXICO DURANTE EL
PERIODO 1988-1997**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ECONOMÍA
P R E S E N T A
ALFONSO ALVARADO RAYA**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MÉXICO, D.F. CIUDAD UNIVERSITARIA, FEBRERO 1998

219540



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

- **A MIS PADRES CON RESPETO Y AGRADECIMIENTO**
- **A JACOBA CON TODO MI AMOR POR SU APOYO Y COMPRENSIÓN**
- **A MIS HIJOS PAULINA, CARLITOS Y MARCO COMO MUESTRA DE CARIÑO Y PORQUE REPRESENTAN MI MAYOR ALICIENTE PARA SUPERARME**
- **A MIS HERMANOS POR SU APOYO INCONDICIONAL**
- **A MIS MAESTROS DE LA FACULTAD EN AGRADECIMIENTO POR SUS SABIAS ENSEÑANZAS**

**PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS ECONÓMICO-JURIDICAS DEL
PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN
MÉXICO DURANTE EL PERIODO 1988-1997**

INTRODUCCIÓN

**1. ANTECEDENTES, INSTITUCIONES E INSTRUMENTOS DEL PROCESO DE
PLANEACIÓN-DESCENTRALIZACIÓN**

1.1 Antecedentes	p.1
1.2 Instituciones e Instrumentos para la Planeación	p.7
1.3 Los Primeros Planes Sexenales (1934-1946)	p.8
1.4 Las Comisiones para el Desarrollo por Cuencas Hidrológicas	p.9
1.5 La Política Regional en el Plan Global de Desarrollo	p.11
1.6 El Sistema Nacional de Planeación Estatal	p.12

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 La Descentralización en el Marco del Estado Contemporáneo	p.14
2.2 Descentralización, Desconcentración, Regionalización, Verticalización y Privatización	p.19

3. REVISION DEL MARCO JURÍDICO DE LA DESCENTRALIZACIÓN

3.1 Referencias Comparativas	p.26
3.2 Particularidades Jurídicas del Federalismo Mexicano	p.31

4. EXPERIENCIAS SOBRE DESCENTRALIZACIÓN PRESUPUESTAL EN OTROS PAÍSES

4.1 Generalidades	p.37
4.2 Modelos de Descentralización en los Países Industrializados	p.40
4.2.1 La Reforma del Sistema de Salud Ruso	p.40
4.2.2 La Reforma del Sector Salud en España	p.41

4.2.3 El Modelo Canadiense	p.42
4.3 Descentralización en América Latina	p.51
4.3.1. La Experiencia Chilena	p.52
4.3.2 La Estrategia de Descentralización en Nicaragua	p.63
 5. EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A PARTIR DE LA INSTRUMENTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE PLANEACIÓN DEMOCRÁTICA (SNPD)	
5.1 El Sistema Nacional de Planeación Democrática	p.68
5.2. Planeación Estatal	p.84
5.3 Comités Estatales de Planeación para el Desarrollo	p.86
5.4 Planeación Municipal	p.88
 6. DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PERIODO 1983-1988	
6.1 Generalidades	p.90
6.2 Programa Nacional de Salud 1983-1988	p.96
 7. LA ESTRATEGIA DESCENTRALIZADORA DEL SEXENIO SALINISTA	
7.1 El Plan Nacional de Desarrollo 1990-1994	p.107
7.2 El Programa Nacional de Salud 1990-1994	p.108
7.3 Coordinación Funcional del Sistema Nacional de Salud	p.108
7.4 Sistemas Locales de Salud	p.109
 8. DESCENTRALIZACIÓN PRESUPUESTAL DEL SECTOR SALUD DURANTE EL SEXENIO DEL PRESIDENTE ERNESTO ZEDILLO	
8.1 Aspectos Generales	p.111
8.2 Medición del Grado de Descentralización	p.115

8.3 La Descentralización como Estrategia en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000	p.122
8.4 El Programa de Reforma del Sector Salud	p.124
8.5 Características Presupuestales del Proceso de Descentralización en Diversos Sectores	p.127
8.6 Las Variantes Jurídicas	p.141
8.7 La Estrategia Presupuestal de la Descentralización en la Ley de Coordinación Fiscal y en el Presupuesto de Egresos de la Federación para 1998	p.146
8.8 Programa para un Nuevo Federalismo 1995-2000	p.150

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCION

JUSTIFICACION

El tema de la descentralización es relativamente novedoso visto desde una perspectiva contemporánea, y entendiendo a dicha descentralización como la estrategia a partir de la cual el Gobierno Federal a fin de dar puntual cumplimiento a los postulados constitucionales en materia de distribución y reasignación del gasto público federal hacia las entidades federativas con mayores rezagos sociales, instrumenta un modelo que tiene entre sus principales variables, la de proporcionar los servicios de salud básicos a la población con un mayor grado de atraso, utilizando para ello el instrumental programático-presupuestal que permita transferir los recursos financieros necesarios hacia los estados de la República con la finalidad de que sean ellos mismos los que decidan en que invertir dichos recursos.

Además de lo poco estudiado del tema por analizarse, la investigación se justifica porque los intentos más concretos para descentralizar integralmente la vida nacional que se inician en el ámbito de la salud bajo el gobierno de Miguel de la Madrid, han tenido, hasta ahora poca efectividad en el logro de sus objetivos generales y particulares.

Se considera al respecto que con la publicación en el Diario Oficial de la Federación de los decretos de fechas 30 de agosto de 1983 (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) y el del 8 de marzo de 1984 (Decreto por el que se Descentralizan a los Gobiernos Estatales los Servicios de Salud que Presta la Secretaría 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), da inicio formalmente aunque de manera parcial, la estrategia descentralizadora en el ámbito de la salud.

En este mismo orden de ideas se debe tener en consideración que aspectos de índole económico-políticos como la escasez de recursos, la tendencia centralizadora en la toma de decisiones y la negativa de transferir facultades operativas a los programas locales, limitaron el avance del proceso y aún detuvieron importantes propuestas que pretendían llevar hasta sus últimas consecuencias la descentralización en el área de la salud. Además de lo anterior, se presentaron circunstancias al interior de las entidades federativas que imposibilitaron la coordinación con el Gobierno Federal y persistió el desacuerdo respecto de las facultades rectoras, normativas y de evaluación de este último respecto de los recursos presupuestales a transferirse.

Lo anterior significó que desde un principio la política de descentralización enfrentó obstáculos dadas las estructuras económicas, jurídicas, políticas y administrativas en las cuales predominaba el criterio centralista, no existiendo en aquél entonces las bases constitucionales para sustentar la dinámica descentralizadora.

Es por lo anterior que se justifica el estudio y elaboración de propuestas en materia de descentralización a partir de la década de los ochenta, procurando con ello sugerir alternativas para una descentralización integral en materia de salud, haciendo especial énfasis en la estrategia macroeconómica presupuestal; en los cambios de índole

económico-jurídicos que se han instrumentado y a partir de los cuales se intenta profundizar la descentralización del sector; los aspectos administrativos y de control de gestión relacionados con la descentralización; la descripción de los indicadores básicos en materia de salud; y presentar al final la fórmula con que actualmente se distribuyen entre las entidades federativas, las erogaciones del ramo del sector salud.

La utilización de la planeación y sus instrumentos es fundamental porque dicha mecánica además de prevenir circunstancias futuras, coordina intra e interinstitucionalmente la dinámica de las actividades encaminadas al objetivo común de un desarrollo integral de nuestra sociedad a partir de la puesta en marcha de programas sectoriales y en casos como el de la salud permite llevar a cabo la descentralización tanto de sus servicios como de su presupuesto, para lograr así una aplicación más racional e independiente de los recursos y con ello el logro de una mayor cobertura de salud a la población.

Se justifica también el estudio de la descentralización en tanto que proceso dinámico, relativo y contextualizado en un momento histórico determinado. Dicho proceso debe considerar por lo tanto el fortalecimiento de los municipios y regiones como efecto de los esfuerzos descentralizadores, los cuales deben estar apoyados por la creencia y la voluntad política de las altas esferas del gobierno y la administración pública.

El tema de análisis también adquiere especial relevancia por la dinámica que el sistema capitalista imprime a las economías que como la nuestra, presenta todavía rezagos importantes en materia de salud, explicados sobre todo por la falta de coordinación y organización entre las estructuras locales y centrales y por la carencia del instrumental técnico presupuestal que permita transferir directamente los recursos que requieren cada una de las entidades federativas.

En la descentralización es necesaria también una mayor participación democrática de los diferentes sectores de la sociedad, entre los cuales las entidades federativas representan el conducto por medio del cual se manifiesta la opinión de sus respectivas poblaciones y se facilita la solución de problemas concretos en el ámbito estatal.

El análisis de la descentralización de los servicios de salud en México es importante porque aún existe el peligro de que la autonomía local pueda ser confiscada y a su vez, el poder arrebatado en beneficio de un cacique o grupo dominante, sobre todo en las regiones más apartadas. No obstante lo anterior, se prefiere la descentralización porque posibilita que las clases más desprotegidas se hagan escuchar más a escala local, que en el nacional

Representa por lo tanto una forma de evitar desviaciones a favor de un grupo político, si se logra la prolongación de la descentralización funcional a la de toma de decisiones. La combinación de la descentralización territorial con la funcional, podría asegurar la promoción de grupos de interés que bajo otras circunstancias, difícilmente podrían hacerse oír y, por otro lado, permitiría desarrollar la participación ciudadana y su control sobre la gestión local.

Además de lo anterior, el análisis de la descentralización en diversos países es importante para conocer de que manera se está llevando a cabo el proceso en otras regiones del mundo y saber si parte de la estrategia implementada en nuestro país retoma, modifica o adapta dichos paradigmas.

OBJETIVO GENERAL

Demostrar que la descentralización presupuestal y una adecuada estructura jurídica, instrumentadas desde un punto vista en el cual sean la corresponsabilidad en el traslado y uso de los recursos federales en el sector salud los ejes a partir de los cuales se puedan cumplir los lineamientos para la reforma del sector permitirán mejorar los servicios de salud a la población en sus aspectos cualitativo y cuantitativo. Asimismo, proponer las alternativas de asignación presupuestal más convenientes que permitan apoyar al federalismo mexicano y eliminar progresivamente la etiquetación de recursos a priori por parte del Gobierno Federal, para que sean los propios estados los garantes de los recursos aplicados en el sector salud, decidiendo en forma libre y soberana en que programas y/o proyectos aplicarlos.

OBJETIVOS PARTICULARES

1. Demostrar que el federalismo en nuestro país tiene sus orígenes a inicios del siglo XIX, y que una variable fundamental del mismo fue la descentralización de los recursos financieros, desde la perspectiva de los ingresos y los gastos.
2. Evidenciar que el federalismo, entendido como la independencia y soberanía de cada una de las entidades federativas para llevar a cabo su estrategia de desarrollo, constituye la célula fundamental a partir de la cual se desarrollan las tesis sobre desconcentración y descentralización que posteriormente y de manera desagregada experimenta nuestro país a lo largo de su historia.
3. Estudiar la descentralización experimentada en otros países, y a partir de ello puntualizar si existen elementos comunes o si bien las particularidades de cada región, desde los puntos de vista económico, político y cultural le imprimen diferencias al proceso descentralizador en cada parte del mundo.
4. Analizar y demostrar que los diversos intentos para llevar a cabo la descentralización económica de nuestro país, solo han quedado en buenos deseos e iniciativas aisladas poco significativas desde el punto de vista presupuestal y que es a partir del gobierno de Ernesto Zedillo que la política de descentralización retoma los postulados del federalismo.
5. Indicar que fue durante el sexenio de Miguel de la Madrid, cuando se inicia la política de descentralización, no obstante lo cual, ello solo representó una introducción a la gran obra que implica la descentralización integral de nuestro país.
6. Identificar a la planeación como un instrumento fundamental de apoyo a la estrategia de descentralización, y como un elemento que permitió identificar la necesidad de cambios en la estructura económica para cristalizar la estrategia.
7. Revisar el marco jurídico a partir del cual se concreta la descentralización del sector salud y determinar si sus principales elementos contienen las bases normativas fundamentales que posibiliten sustentar en el marco de un Estado de Derecho, la descentralización de los servicios de salud a la población abierta en cada una de las entidades federativas sin riesgo de lesionar las diferentes esferas de competencia en los distintos órdenes de gobierno (federal y local).
8. Demostrar que la estrategia de descentralización presupuestal representará la variable básica explicativa que permitirá efficientar la reforma del sector salud en beneficio de la población e incluso en términos de costo-beneficio para el Estado mexicano.

9. Indicar que es necesario depurar la estrategia de descentralización a partir de una correcta distribución de competencias, y de una justa distribución de recursos financieros entre cada una de las entidades federativas que permita su desarrollo integral y su participación activa en el diseño de la política económica.
10. Proponer mecanismos compensatorios en la distribución de las participaciones federales a estados y municipios, buscando con ello un desarrollo nacional y regional equilibrados, pues ello permitirá que los estados de menor desarrollo relativo y con menor número de habitantes, tengan una participación más justa en la asignación de recursos.
11. Sugerir alternativas para mejorar la capacidad de resolver los problemas locales, al transferir la toma de decisiones sobre el uso de los recursos al lugar donde aquellos se presentan.
12. Demostrar que con la descentralización se ampliara la cobertura de los servicios de salud con equidad y eficiencia, y se podrá aumentar la capacidad de respuesta eficiente a los problemas de salud comunitarios; lograr una mayor eficiencia técnica y social de los servicios de salud; y, mejorar la organización del sistema de servicios de salud y la prestación de los mismos.
13. Asimismo demostrar que con la descentralización se puede promover un proceso de desburocratización de las estructuras administrativas actuales y prevenir las tendencias a la hipertrofia de dichas estructuras.
14. Finalmente se busca que la dinámica descentralizadora, permita a una mayor participación del beneficiario de los servicios de salud en el ámbito local, y de la comunidad en la toma de decisiones.

HIPOTESIS DE INVESTIGACION

La estrategia de descentralización de los servicios de salud a la población abierta requiere de una técnica presupuestal que permita transferir los recursos manejados actualmente por la Federación, puesto que la actual distribución, efectuada a partir de la etiquetación por concepto y partida, limita la independencia y soberanía de las entidades federativas en la consecución de su desarrollo así como su participación en la elaboración de la política económica y de salud delineadas por el Gobierno Federal.

Además de lo anterior, dicha estrategia implica grandes costos financieros y por lo tanto cargas significativas al presupuesto federal, lo que permite deducir que los análisis costo-beneficio han sido ínfimos, sino es que nulos, en detrimento de una justa, equilibrada y racional utilización de los recursos federales en el sector salud, y la consecuente baja en la calidad de los servicios de salud a la población, además de constituirse en una seria limitante a la reforma del sector salud tan indispensable actualmente en nuestro país de cara a las políticas económicas neoconservadoras aplicadas en nuestro país y a la expansión de las relaciones comerciales a nivel mundial entre los diferentes actores económicos ya sea vistos en forma conjunta o individual según el sector de la economía en el cual se desenvuelvan.

Por lo anterior una asignación presupuestal descentralizada que considere las técnicas nuevas del instrumental presupuestario, a partir de la utilización de fórmulas económico-sociales, indicadores particulares en el sector salud para mejorar en términos de calidad y cantidad los servicios a la población más desprotegida, y la supresión de "etiquetas presupuestales" en el manejo de los recursos, permitirán eficientar la descentralización de

los servicios de salud y con ello apoyar el nuevo federalismo a la luz del actual modelo de acumulación capitalista a nivel mundial, a fin de responder en forma expedita a las necesidades de una población nacional en constante crecimiento.

Asimismo se considera que hasta antes del sexenio de Miguel de la Madrid, no existió el sustento jurídico mínimo, ni se dió la transferencia presupuestal requerida para impulsar la descentralización integral de nuestra economía y por lo tanto se hace necesaria una transformación medular a la Constitución Federal y a otros ordenamientos que permita descentralizar los servicios de salud bajo criterios jurídicos vanguardistas que respondan a las demandas de la sociedad, y depurar la metodología presupuestal para que se logre descentralizar de manera integral el gasto público del sector salud hacia cada una de las entidades federativas.

ANTECEDENTES HISTORICOS DEL TEMA

Una de las expresiones más vivas en las luchas y los anhelos del pueblo mexicano para lograr su integración como nación independiente, se condensa sin duda en el término Federación.

Sería por lo tanto imposible entender nuestra idiosincrasia y nuestras aspiraciones, sin una conceptualización clara y objetiva del término federalismo, que considere como marco de referencia la conformación del término durante el siglo XIX, hasta sus actuales vinculaciones con lo social en el presente siglo.

Tratar de vincular Federalismo y Salud nos remite a los antecedentes de una sociedad con vocación asistencial, social y benefactora consigo misma. No se trata por lo tanto de referirnos a la salud en su concepción médica, sino de la profunda vocación social que tiene la lucha por la salud, como aspiración primero y como derecho posteriormente.

La trayectoria histórica por lo tanto se instituye en una revisión necesaria para comprender objetivamente las metas del sector salud en épocas futuras.

Desde la fundación del Estado Mexicano, podemos observar a través de los cambios constitucionales la presencia ambivalente en la concepción de lo que debería ser el desarrollo nacional, esto es, la pugna centralismo vs. federalismo, inclinándose nuestras autoridades por el primero, pues se le consideraba más acorde con nuestro pasado e idiosincrasia.

Esa fue la característica primordial de la pugna ideológica durante más de la mitad del siglo XIX, constituyendo el resultado final la consideración de que somos un Estado Federal con características en algunas ocasiones propias de federalismo-centralismo, y en otras, del federalismo-descentralización.

La historia y desarrollo de la atención a la salud puede apreciarse desde su origen en la época precolombina, donde predominó un criterio de vinculación de la medicina familiar al factor mágico-religioso, pasando en el Virreinato a una contraposición al crearse el Protomedicato, y los primeros centros de salud como el Hospital de Jesús en 1524; los hospitales rurales de San José y Acámbaro, Gto.; el hospital de "La Guatapera" y Pátzcuaro, en Michoacán; la fundación de la Universidad de México en 1553, y su Primera Cátedra de medicina en 1580, acciones todas ellas relacionadas a la concepción

centralista del Estado Virreinal y la influencia de la metrópoli y del monarca español en la Nueva España.

Por otra parte, con el inicio de la Independencia de México se presentaron cambios medulares en la atención a la salud, aunque en *stricto sensu*, debe reconocerse que desde 1812 en diversas regiones de la República, entre ellos en Sonora, empezaron a operar por instrucciones de la metrópoli española las Juntas Provinciales de Sanidad, integradas por especialistas de la medicina, cirugía y farmacias.

Observamos por lo tanto que las constituciones del siglo XIX en el tratamiento de la atención a la salud, le otorgaron una importancia variable en función de los matices de la pugna federalismo-centralismo por un lado, y por el otro en función de la vertiente federalismo-descentralización, muy en boga durante la época presente.

Así, surge la Academia de Medicina Práctica de México en 1824, inspirada en las corrientes federalistas y liberales de la época, y su mandato de 1825 sobre Salubridad e Higiene Pública en los Estados Unidos Mexicanos, el cual se refería a cuestiones propias de la organización sanitaria local, concepto que actualmente tiene su correlación con la dinámica sanitaria a nivel jurisdiccional.

Es digno de mencionarse también durante este periodo, la creación de la Facultad Médica del Distrito Federal, y la sustitución del antiguo Tribunal del Protomedicato, con la obligación para los integrantes de esa nueva Facultad, de elaborar un Código Sanitario, acto que se enmarca en el rechazo por parte de la corriente federalista a instituciones arraigadas en la estructura monárquico-centralista previa a la Independencia.

Podemos señalar por lo tanto, que el proceso de descentralización del sector salud iniciado hace más de diez años tiene una fuerte raigambre histórica y cuyo desarrollo presenta infinidad de matices en cuanto a las metas planteadas, los logros alcanzados, los obstáculos sorteados y los que aún falta superar.

El proceso de descentralización del sector salud se inició provisionalmente a partir de una reforma constitucional en 1984, referida a la protección a la salud como garantía individual y social, y con la estructuración de las bases para la distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Dicha distribución de competencias se concretó en la correspondiente Ley General de Salud, reglamentaria de dicha disposición constitucional, representando lo anterior una introducción del marco legal necesario para lograr una concurrencia efectiva entre ambos niveles de gobierno en esta materia.

En dicha Ley se hace patente por lo tanto, el otorgamiento a los gobiernos de los estados de las facultades necesarias para la prestación de los servicios de salud, así como para la organización e integración de sus respectivos sistemas estatales de salud, no haciéndose referencia en esta primera etapa a los aspectos relativos a la descentralización presupuestal, aspecto que a posteriori representaría la variable fundamental para lograr una descentralización integral del sector salud como se demostrará en la presente investigación.

De esta forma, la adición efectuada en nuestra Constitución respecto del Derecho a la Protección de la Salud, y la división de competencias en materia de salubridad general entre el nivel local y el federal, reglamentada por la Ley General de Salud, constituyeron la respuesta con la que el Gobierno Federal pretendió sustentar el proceso de descentralización.

Desde un inicio el proceso descentralizador tuvo limitantes, ya que su planteamiento se apoyó en un principio de solidaridad, que llevaba a los distintos órdenes de gobierno a hacer todo lo posible para contribuir al desarrollo nacional, obteniendo los beneficios que la colaboración federal les aportara y supliendo bajo un esquema de integración las deficiencias propias.

El esquema descrito anteriormente implicaba en realidad, la participación de las entidades federativas en las acciones que se consideraba correspondían a la Federación en su ejecución. De tal forma que, a partir de esta estrategia de descentralización, se invitaba a los gobiernos estatales a colaborar con el Gobierno Federal en la prestación de los servicios de salud, con el fin de desahogar la carga acumulada en el nivel central.

De esta manera, desde un punto de vista legal la descentralización presentó limitantes inmediatas, y fué obstaculizada por algunas deficiencias en su ejecución. Así, como una forma de llevar a la práctica los objetivos planteados en la descentralización, se recurrió a la celebración de acuerdos de coordinación entre la Federación y cada una de las entidades federativas, con la finalidad de que el proceso fuera paulatino y se apegara tanto a las necesidades locales, como a las condiciones socioeconómicas de cada estado.

A través de estos acuerdos las entidades federativas y el Gobierno Federal, a través de diversas dependencias, se comprometieron a celebrar convenios para la integración orgánica y la descentralización operativa de los Servicios Estatales de Salud, los cuales quedarían coordinados como componentes regionales del Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, se obligaba a los estados a integrar sus propios sistemas estatales de salud, para lo cual el Ejecutivo Federal entregaría a los estados los establecimientos de salud, las oficinas administrativas, los elementos de carácter técnico, bienes muebles e inmuebles con los que la Secretaría venía prestando sus servicios, así como los recursos financieros utilizados en su operación y desarrollo.

Tenemos por lo tanto, que durante el periodo de 1985 a 1989 algunos estados firmaron con el Gobierno Federal los Acuerdos de Coordinación para la Integración Orgánica y la Descentralización Operativa de los Servicios Estatales de Salud, lo cual marcó el inicio de la descentralización. Con estos instrumentos se pretendía la creación de estructuras administrativas locales que ejercieran las funciones que hasta entonces ejecutaba la Secretaría de Salud; y las conferidas al Programa IMSS-COPLAMAR.

En dichos instrumentos se pretendió transferir los recursos materiales, humanos y financieros con los que en ese entonces contaban la Secretaría de Salud y el Programa IMSS-COPLAMAR hacia los gobiernos estatales, otorgándoles la plena responsabilidad sobre su administración. Se tenía considerado entregar en forma íntegra los recursos durante el primer año, con el compromiso para la Federación de brindar todo el apoyo logístico necesario y, para los estados, de utilizarlos con racionalidad y eficiencia, objetivo que sólo se cumplió en forma parcial.

La estrategia considero que los servicios estatales de salud, a partir del segundo año, tendrían que programar en sus presupuestos estatales la asignación correspondiente a sus dependencias, con cargo al erario estatal en forma progresiva y ascendente, en tanto que la Federación disminuiría su aportación en los mismos porcentajes, hasta que los estados tuvieran la suficiencia presupuestal adecuada para hacer frente a su correcta operación.

Así, estos instrumentos como proyectos normativos presentaron deficiencias en su diseño, y aún cuando fueron el mecanismo inicial para poner en práctica el proceso de descentralización, en la práctica esta política pública enfrentó serios problemas que frenaron su evolución, tanto por la imposibilidad de cumplir estrictamente lo convenido, como por los vicios en su ejecución.

Un ejemplo claro de lo anterior fue la falta de programación de recursos a nivel estatal, ya que las entidades federativas en términos generales no tuvieron los suficientes recursos para hacer frente al compromiso que asumieron derivados de los acuerdos. Desde el punto de vista político ocurrió que algunas autoridades federales estaban renuentes a delegar en las entidades federativas funciones y facultades que de manera central habían desempeñado por mucho tiempo. Por su parte, algunas autoridades estatales no querían hacerse cargo de la responsabilidad del manejo de sus propios servicios de salud, ya que significaba la constante desviación de recursos del erario estatal para programas que hasta ese entonces había desempeñado la autoridad federal.

Una limitante adicional fue el hecho de que la firma de los Acuerdos para la Integración Orgánica y Descentralización Operativa se circunscribió a sólo 14 estados de la República, que además presentaban una naturaleza diversa en sus estructuras sobre las cuales recaería la responsabilidad de los servicios de salud.

ACUERDOS PARA LA INTEGRACION ORGANICA Y DESCENTRALIZACIÓN OPERATIVA

Aguascalientes	F.F. 19-X-1987
Baja California Sur	D.O. 4-XII-1985
Colima	F.F. 07-III-1986
Guanajuato	F.F. 07-III-1986
Guerrero	D.O. 18-X-1985
Jalisco	D.O. 01-XII-1986
México	F.F. 07-III-1986
Morelos	D.O. 15-IX-1986
Nuevo León	D.O. 11-XII-1985
Querétaro	F.F. 13-XII-1985
Quintana Roo	F.F. 23-XII-1987
Sonora	D.O. 01-XII-1986
Tabasco	D.O. 01-XII-1986
Tlaxcala	D.O. 24-VI-1985

Fuente: Apéndice de la Ley General de Salud.

El proceso por lo tanto, requiere de una instrumentación gradual que considere etapas sucesivas y paralelas, que se ajusten a las características particulares de cada entidad federativa, municipio y comunidad del país. En esta nueva etapa de la descentralización,

los criterios y políticas de operación se deberán conformar a través del análisis de las particularidades socioeconómicas, la desigualdad en su desarrollo sanitario y las limitaciones y posibilidades de cada estado.

La estrategia actual busca instrumentarse de manera inversa a como se hizo hace diez años, fortaleciendo efectivamente a los servicios de salud de cada entidad federativa, y posteriormente emitir un instrumento que formalice la descentralización y consumarla en términos reales.

El impulso a la descentralización de los servicios de salud, deberá considerar como herramienta fundamental la dinámica presupuestal necesaria para su aplicación inmediata en cada entidad federativa, procurando con ello apoyar el desarrollo regional integral que considere a las comunidades, los municipios, y a los gobiernos estatal y Federal en la decisión y ejecución de las políticas en materia de salud. La instrumentación de indicadores básicos, por lo tanto, representará un elemento básico para la elaboración de alguna fórmula específica que permita distribuir el presupuesto en forma descentralizada para lograr con ello un uso más racional de los recursos y la atención inmediata de servicios de salud a la población de cada entidad según sus propias demandas.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS ECONÓMICO-JURÍDICAS DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO 1988-1997.

CAPITULO 1.- ANTECEDENTES, INSTITUCIONES E INSTRUMENTOS PARA LA PLANEACIÓN

1.1 Antecedentes

Para tener una panorámica integral del concepto de descentralización que actualmente concebimos, debemos referirlo en perspectiva histórica al federalismo, cuya idea principal emerge en nuestro país en la etapa histórica comprendida entre 1812 y la Constitución de 1824, en la cual se concreta y proclama. Tal es la opinión de renombrados estudiosos e investigadores del tema.¹

En un primer momento la descentralización en nuestro país retoma las innovaciones políticas introducidas en España y que se consagraron en la Constitución de Cádiz de 1812, en la cual se reconoce y afirma una institución política, representada por la Diputación Provincial, germen del federalismo en México.² A manera de ejemplo tenemos que en el artículo 335 del capítulo llamado "Del Gobierno Político de las Provincias y de las Diputaciones Provinciales", se confieren entre otras las siguientes facultades a dichas Diputaciones:

- a) Intervención y aprobación del reparto de contribuciones hechas a los pueblos;
- b) Vigilar la correcta utilización de los fondos públicos de los pueblos de acuerdo con la legislación vigente;
- c) Cuidar que el establecimiento de los ayuntamientos se efectúe donde hacen falta;
- d) A partir de planes aprobados, promover la educación y fomentar la agricultura, la industria y el comercio; y
- e) Fomentar el censo y las estadísticas de las provincias.

De lo anterior se desprende que la consideración de los factores económicos, en especial la descentralización de fondos públicos a cada provincia a fin de promover su desarrollo, fue uno de los objetivos fundamentales para que cada provincia, en forma independiente pudiera elaborar sus estadísticas económico-demográficas.

Una explicación adicional de nuestro federalismo fue el reconocimiento del éxito que tuvo su implantación en los Estados Unidos de Norteamérica, pero sobre todo, por la necesidad urgente de llevar a cabo la descentralización del poder, lograr un desarrollo económico acorde a las necesidades de cada provincia y mitigar de esa forma tres siglos de centralismo colonial recrudescido, cuyo colofón fue su caída con el desmembramiento del Estado español.

¹ Vid: Faya Viesca, Jacinto "El Federalismo Mexicano. Régimen Constitucional del Sistema Federal", INAP, 1988.; y Ortega Lomelín, Roberto "Federalismo y Municipio", México, FCE, 1994.

² Moya Palencia, Mario "Federalismo y Descentralización Administrativa", en: Revista de Administración Pública, No.27, INAP, 1975.

Para el año de 1823 existían ya 23 provincias, pudiéndose afirmar por lo tanto, que México quedó dividido en provincias o Estados independientes que se hicieron cargo totalmente de su administración dentro de sus propios territorios.³

El año de 1824 tiene una gran importancia para la descentralización ya que el 31 de enero de ese año, un nuevo Congreso aprobó el Acta Constitutiva de la Federación Mexicana, firmándose el 4 de octubre con la denominación de Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos, instrumento que permitió: dinamizar la vida económica de los Estados; establecer la división de poderes con las facultades esenciales de cada uno, y fijar la extensión de la autoridad federal, determinándose las normas generales para el gobierno de los Estados.

Se puede considerar por lo tanto, que el federalismo mexicano forma parte intrínseca de la historia del país a partir de la Constitución de 1824. A lo largo de más de 150 años ha vivido transformaciones y deformaciones, resultado de la relación entre las dimensiones institucional, social, económica, política y cultural. De allí la dificultad para caracterizarlo sin la comprensión adecuada de su proceso histórico y del modo en que interactúan sus dimensiones constitutivas. En efecto, no es posible sostener que el federalismo se circunscriba a la definición constitucional de una forma de gobierno sin considerar su estrecha vinculación con la libertad política de los ciudadanos, así como con el complejo balance del poder económico y social nacional.

La oposición entre federalismo y centralismo se expresa en la experiencia histórica mexicana, desdoblada entre opuestos: libertad o poder, federalización o centralización. En el primer caso, libertad o poder nos remite a la dimensión política y cultural, e incluso étnica, que se desenvuelve en el espacio mexicano y que reconocemos en la relación entre gobernantes y gobernados. En el segundo, federalización o centralización, nos remite a la dimensión económica y social, que se relaciona sobre todo con la oferta de servicios públicos a la ciudadanía, instrucción, salud, comunicaciones, etcétera.

Los argumentos que se esgrimen al elaborar las constituciones de 1824, de 1857 y de 1917 coinciden al sostener que México opta por el federalismo con base en la diversidad de espacios presentes en el país. Se hace referencia constante a la pluralidad de situaciones geográficas y sociales, así como a la diversidad de usos y costumbres en las diferentes regiones del país. Se insiste en un hecho de capital importancia, especialmente en 1824 y 1857: que de no respetarse la libertad y soberanía de las regiones se corría el riesgo de que estas optaran por segregarse de la Unión de Estados Mexicanos, como ocurrió en el caso de Guatemala en 1820, y de que el espacio geohistórico mexicano acabara por desagregarse.

En efecto, así fue como el gran estado de México de 1824 se dividió en el transcurso del siglo XIX en cuatro estados: Hidalgo, México, Morelos y Guerrero. El noveno cantón del estado de Jalisco se convierte en el estado soberano de Nayarit en 1917 e incluso, ya entrado nuestro siglo, el proceso de redefinición del espacio geohistórico continúa al obtener los territorios federales de Baja California y Quintana Roo el *status* de estados. En este sentido la ciudadanía del Distrito Federal demanda nuevas formas de representación

³ Vid., Faya Viesca, Jacinto, op.cit., p.63

política que pudieran conducir a la creación de un estado más de la Unión.⁴

Así, la primera definición del federalismo mexicano que encontramos en la Constitución Federal de 1824 es la de una confederación de patrias donde los ciudadanos de las diferentes municipalidades retienen sus derechos a condición de servir a su municipio y a su estado, defendiéndolos de los peligros externos aun mediante el uso de las armas⁵.

En 1830 se puede distinguir una situación explicable solo a la luz de que en México es a partir de los derechos políticos municipales que se construyen y definen los derechos civiles, los cuales tuvieron en un inicio una connotación municipal. La característica de la libertad municipal, por lo tanto, durante la primera mitad del siglo XIX fue la gran diferenciación de los espacios políticos, la cual se enfrentó desde las primeras décadas de vida republicana a la alternativa centralista, que apoyada en un confederalismo con un poder federal débil, busca centralizar el poder, disminuir el número de municipios, limitar su competencia política y administrativa, así como controlarlos a través de autoridades nombradas en el centro.

El régimen centralista provoca el repunte del federalismo en las décadas de 1840 y 1850, y con la Constitución Federal de 1857 se redefine el pacto confederal en términos propiamente federales. La novedad es doble: la Constitución reformada atribuye a la esfera federal la defensa de las garantías ciudadanas y define con mayor precisión su esfera de acción mediante la justicia federal, al establecer un nuevo equilibrio entre el poder legislativo y el ejecutivo. La idea de fondo era buscar una mayor colaboración entre Federación y estados, y que, sin demérito de la libertad del individuo, fuera el poder federal el garante exclusivo de los derechos ciudadanos. El Congreso debía servir de contrapeso del poder ejecutivo y vigilarlo a fin de que este último no invadiera la soberanía de los estados. Finalmente, la Constitución de 1857 definió con mayor nitidez la esfera de acción de la Federación, preservando las competencias específicas de los estados. Resumiendo, se acotaron y definieron las competencias de los poderes de la Unión y se perfeccionó el sistema de los llamados "pesos y contrapesos".

Es por ello que en México, los ciudadanos de la segunda mitad del siglo XIX se resistieron a que la acción del gobierno invadiera sus soberanías estatales. Debido al roce constante entre ambos con motivo del ejercicio de sus competencias constitucionales se dificultaron los posibles vínculos entre la Federación y los estados. El resultado fue una matriz federal desequilibrada. Por ello, el poder federal trató de asegurar la gobernabilidad del país recurriendo a instancias informales e incluso a prácticas no institucionales. De esta manera, el federalismo adoptó un carácter coercitivo e impuso mayores controles a los estados. En suma, en la oposición libertad-poder predomina el último, el gobierno federal, y se fortalece la tendencia centralista dentro del federalismo.

Por su parte, los municipios se niegan a ceder, incluso de manera violenta, lo que consideran perteneciente a su esfera de gobierno. Baste un ejemplo: en 1892 el gobierno federal suprimió la alcabala, que constituía la fuente principal de ingresos de los estados, y de inmediato el gobierno de cada entidad afectó las finanzas de los municipios bajo su

⁴ Para una panorámica más detallada, véase Edmundo O' Gorman "Las divisiones territoriales de México", Porrúa, México, 1979.

⁵ Al respecto véase Alicia Hernández Chávez, "La tradición republicana del buen gobierno", México, Fondo de Cultura Económica/Fideicomiso Historia de las Américas/El Colegio de México, 1994, pp.21-45.

jurisdicción.⁶

Hemos definido las primeras décadas de vida republicana como confederales, en donde las libertades políticas se desarrollan asentándose sobre los derechos civiles. En consecuencia, los derechos políticos municipales, que son los que tuvieron un notable desarrollo, conformaron los derechos civiles. Debido al carácter municipal de estos derechos, su evolución tuvo una fuerte connotación territorial, y justamente por eso fueron muy diferenciados, por lo que era casi imposible de aplicar normas del gobierno general que no entraran de inmediato en conflicto con los usos y costumbres de cada territorio.

Cuando se promulga y se hace efectivo en la década de 1880 un derecho civil moderno, como el mercantil o el minero, y se aplican las leyes de desamortización con mayor firmeza, se topan con un abigarramiento de formas de propiedad y de posesión de compleja solución.⁷ La falta de cooperación entre los niveles de gobierno derivó no sólo de lo tardío de la legislación nacional civil, mercantil y electoral que diera parámetros de certeza jurídica a todos los habitantes en cualquier punto del territorio nacional, sino también del hecho de que la acción del gobierno no se vio acompañada de un reforzamiento de las instituciones de justicia que acotaran la arbitrariedad y protegieran el derecho de los individuos.

Tampoco se observó que conforme el gobierno central exigiera mayores contribuciones y que los gobiernos de los estados se vieran obligados a ceder en bien del conjunto del país tierras o bienes baldíos u ociosos, la entidad y sus pobladores hubieran recibido en compensación mayores servicios, como carreteras, escuelas y hospitales. Menos aún encontramos que a mayor participación de municipios y estados en el presupuesto general de la Federación hubieran sido resarcidos con una mayor representación política; por el contrario, se restó libertad política a los municipios, y a partir de 1892 se enquistó en los gobiernos de los estados una clase política al amparo de la reelección indefinida, que caracterizó al Porfiriato, excluyendo a otros actores políticos.

A partir de 1890, ante el avance estatista, los municipios retoman la bandera de su libertad política, a la cual suman una nueva demanda: la libertad electoral y el voto directo, con lo cual exigen que los vínculos de comunicación dentro de la matriz federal no se definan más a partir del poder federal, sino a partir de la representación política elegida directamente por los ciudadanos a nivel municipal, estatal y federal.

Lo que prevalece en los debates y en el ánimo de la sociedad es la idea de un país plural que se niega a abandonar sus diversas realidades culturales y sociales en aras de la uniformidad política y administrativa. En este sentido el artículo 115 constitucional garantiza la autonomía política y financiera del municipio -esfera de representación más cercana de la sociedad-, y el voto directo, afianza la libertad política del ciudadano en los distintos órdenes de gobierno.

⁶ La introducción del impuesto indirecto, el incremento de las contribuciones sobre la propiedad con base en nuevos avalúos, más una efectiva desamortización de la tierra y nuevas demandas para pagos sobre títulos son algunos de los detonadores de las protestas por contribuciones de fines de la década de 1880 e inicios de 1890. Véase al respecto: Marcello Carmagnani, "Estado y mercado. La economía pública del liberalismo mexicano", México, Universidad Iberoamericana, 1994; y Friederich Katz, "Porfirio Díaz frente al descontento popular regional 1891-1893", México, Universidad Iberoamericana, 1986.

⁷ En relación con la escasa difusión de los derechos de propiedad, véase John H. Coatsworth, "Los orígenes del atraso", México, Alianza Editorial, 1990.

Sin duda fue mediante la colaboración entre entidades y gobierno federal en torno al trabajo y los derechos sociales como se estrechó la relación entre dichos niveles de gobierno y de éstos con la sociedad. El federalismo de la segunda década de este siglo es la clara expresión de una sociedad deseosa de dar vida a un nuevo proyecto de colaboración que replantea la matriz federal en términos equitativos y sujetos a una burocracia central.

Bajo el riguroso impulso del movimiento social, el federalismo resultó revitalizado, y consecuentemente la soberanía estatal; también se renovó la composición de la representación en el Congreso de la Unión, en donde nuevos representantes más comprometidos con sus entidades federativas, dieron nuevo vigor a la relación entre los estados y la Federación.

Las demandas ciudadanas en lugar de ser encauzadas de manera institucional, se encontraron sujetas al voluntarismo político del gobernador y de quienes lo apoyaban. La restitución de derechos ciudadanos y la recomposición de los poderes de la Unión, fueron obstaculizados por grupos informales de poder, lo que condujo a un nuevo desnivel entre municipios y estados, amenazando incluso la aplicación de los derechos sociales, que acabaron por ser dádivas a clientelas políticas y no derechos. El resultado fue la imposibilidad de dar vida a un federalismo cooperativo entre Federación y estados explícito en la Constitución de 1917.

En esta época por lo tanto, la intervención del ejecutivo federal y del jefe del partido oficial, de carácter nacional, sofocó la soberanía de los estados, intervino en la designación de sus gobernadores y minó la autonomía municipal. El burocratismo abrió las puertas a la penetración del corporativismo, que difundió una forma de pensar y actuar decididamente antifederal. Gracias a la organización sectorial, el gobierno federal pudo intervenir en áreas en las cuales constitucionalmente no estaba autorizado. En forma gradual, vemos aparecer de vuelta en los municipios la protesta ciudadana, sobre todo en voz del creciente sector social no corporativo al que difícilmente podía controlar el poder federal.⁸

En este contexto, se puede considerar que el Federalismo mexicano abarca un conjunto heterogéneo de experiencias generadas a partir de la revolución. Con las acciones que se desarrollaron se trató de mejorar la distribución de la población y de las actividades productivas en el territorio nacional. A pesar de este esfuerzo, aún se encuentran grandes rezagos, derivados de la tendencia centralizadora que ha caracterizado al desarrollo en las últimas décadas.

En función de lo anterior es importante el análisis de las formas que ha adoptado la política regional en México y su relación con la estrategia de desarrollo aplicada por los gobiernos en los últimos 65 años, a partir de lo cual se pueden visualizar tres grandes etapas que constituyen una variable importante del proceso de descentralización:

La primera de ellas comprende el período de 1930 a 1955, en el cual se formulan los planes sexenales de gobierno del Partido Nacional Revolucionario y del Partido de la Revolución Mexicana, y se inicia las grandes inversiones de infraestructura hidráulica, de comunicaciones y transportes, de educación y salud, que sustentaron la transformación

⁸ Cfr., Alicia Hernández Chávez, "La parábola del presidencialismo mexicano", en Presidencialismo y sistema político. México y Estados Unidos, México, FCE/Fideicomiso Historia de las Américas/El Colegio de México, 1994.

del país. En esos años se impulsó el desarrollo regional, mediante la reforma agraria y la obras en las cuencas hidrológicas. Se dio una nueva dimensión a las actividades agrícolas con la generación de energía eléctrica y se abrieron cauces a los productos del campo destinados al mercado interno, para sentar las bases de la industrialización en México.

No obstante lo anterior, conviene señalar que a lo largo de las décadas de 1920 a 1960 la libertad de los municipios fue supeditada a la gobernabilidad. El poder federal, y en especial el poder ejecutivo, se convirtió en el agente capaz de satisfacer las demandas sociales y garantizar los derechos civiles de toda la población. A partir de los años treinta la corporativización de la sociedad y la economía dirigida a partir del Estado encauzan al país por la vía estatista. Es el periodo en que cobra mayor auge la centralización económica y social, cuando la ciudadanía pareciera intercambiar libertad política por protección social.

Se ha caracterizado a la tendencia que comienza en los años veinte y se acentúa durante el gobierno de Lázaro Cárdenas (1934-1940) como un federalismo estatista.⁹ Lo anterior no significa la liquidación del federalismo, sino que se le desvía en aras de la necesidad de transformar económica y socialmente al país para conducirlo hacia la contemporaneidad. Así, el proceso de centralización del periodo 1926-1960 encuentra su límite en el creciente costo e ineficacia de las instituciones del gobierno federal que terminan con la incapacidad para extender el sistema de protección social a toda la población.

Un ejemplo significativo de lo anterior fue que bajo el esquema sectorial o corporativo los municipios fueron golpeados fuertemente en sus finanzas. Los estados de la República de igual manera acabaron por depender de las asignaciones presupuestarias del centro, que se manejaban más con criterios políticos que de redistribución federal. A finales de la década de 1950 y sobre todo en la de 1960, la protesta cívica urbana y municipal de rechazo al centralismo se dejó sentir en huelgas y manifestaciones de tal vigor que marcaron el rumbo presente del país.

La segunda etapa corresponde al periodo de 1956 a 1970, en la cual predomina el proceso de industrialización, en el marco de una coyuntura externa favorable. Durante esos años se empiezan a dar los primeros pasos en la descentralización económica con la creación de polos de desarrollo regional. Sin embargo, el avance industrial, por la cercanía de los mercados y las economías externas, dan lugar a los grandes centros urbanos particularmente en las ciudades de México, Guadalajara y Monterrey así como en algunas de la mesa central y la frontera norte.

Es importante señalar que en las décadas de 1960 y 1970 el gasto federal se duplica en virtud de diversas medidas de centralización, en especial al conjuntar el presupuesto federal con los distintos presupuestos que manejaban autónomamente las paraestatales en 1965, con lo que se alcanza uno de los momentos históricos de mayor participación estatal. A pesar de lo anterior, el gobierno no logra captar nuevos actores sociales; por el

contrario, se dejan sentir fuertes demandas para imponer límites al poder federal e inducir

⁹ Véase más sobre el particular en Alicia Hernández Chávez, "Federalismo y Gobernabilidad en México", en M. Carmagnani, "Federalismos latinoamericanos: México, Brasil, Argentina", FCE/Fideicomiso Historia de las Américas/El Colegio de México, México, 1993.

el retorno el retorno a sus funciones constitucionales.

La tercera etapa, se considera del lapso que va de 1971 a 1982 y muestra el interés de ambas administraciones por implantar una política de desarrollo regional, orientada a establecer nuevos equilibrios territoriales en el país. En este período, se crearon diversos mecanismos e instrumentos para iniciar un proceso de reasignación de funciones y recursos hacia los gobiernos estatales, a los cuales haremos referencia en el apartado específico sobre la política de desarrollo regional.

La pretensión de implantar una política de desarrollo regional se ve afectada sin embargo, por el nuevo repunte del proceso de centralización que correspondió a la expansión del sector público y al incremento del gasto federal destinado a la protección social. Las políticas populistas de esos años, en lugar de volver a capturar el consenso de la ciudadanía externa al burocratismo y al corporativismo, terminaron por desgastar la credibilidad del partido oficial, poner en tela de juicio las políticas del poder federal y favorecer un proceso de transición hacia un nuevo sistema o pacto político.

En la década de los ochenta se vislumbra una ciudadanía dispuesta a construir un nuevo orden público fundado en una mayor libertad electoral y cívica. Esta tendencia se acompaña de una notable revitalización política de los municipios y del término del monopolio del partido oficial sobre los gobiernos estatales. Municipios y estados empiezan a ser gobernados por partidos de oposición.

La presencia de partidos y de movimientos políticos sustentados cada vez más en la opinión pública, generaron sin duda, una coyuntura extremadamente favorable a la construcción de una nueva matriz federal que permitiera transitar desde el federalismo centralizador al federalismo cooperativo.

No obstante lo anterior se debe tener presente que aún en las fuerzas que militan dentro de la nueva opción federalista, se manifiestan algunas tendencias contrarias a su implantación efectiva. Muchos tienden a confundir el federalismo con la descentralización administrativa, e incluso a verlo como una simple desconcentración de aparatos administrativos o de decisiones administrativas hacia los estados. En el mejor de los casos, se empieza a hablar de que la realidad plural del país requiere de niveles de gobierno, olvidando que el federalismo no es una matriz jerárquica, sino una de igualdad en donde interactúan las instancias estatales con las federales y, por lo tanto, hablar de niveles de gobierno conduce a una organización piramidal entre Federación, estados y municipios.

1.2 Instituciones e Instrumentos para la Planeación

Bases institucionales

Las primeras tareas de los gobiernos de la Revolución se orientaron al establecimiento de instituciones jurídicas, sociales y económicas para apoyar las distintas regiones del país e integrarlas al desarrollo nacional. En el contexto de la Constitución de 1917 y de su artículo 27 se promulgaron la Ley Federal de Irrigación (1926), a partir de la cual se

crearon la Comisión Nacional de Irrigación y el Fondo Nacional de Financiamiento; la Ley

Federal de Crédito Agrícola (1925), que dio origen al Banco Nacional de Crédito Agrícola en (1926), liquidando prácticas de crédito no institucional, que lesionaban los intereses de los campesinos; el Código Agrario de 1934, para ordenar jurídicamente el proceso de la Reforma Agraria generado por el movimiento armado de 1910, y al que dieron legitimidad jurídica los constituyentes de 1917, y la Ley de Crédito Ejidal (1936), que estableció las bases para crear el Banco Nacional de Crédito Ejidal en ese mismo año.

La Comisión Nacional de Irrigación funcionó hasta 1946, año en que se transforma en Secretaría de Recursos Hidráulicos. En dos décadas de labores desempeñó un importante papel en la construcción de las primeras grandes obras de infraestructura hidráulica, principalmente en las zonas semiáridas y áridas del país.

Desde 1926, el Banco Nacional de Crédito Agrícola proporcionó crédito de avío y refaccionario a los campesinos en las regiones Norte, Noroeste y en La Laguna, para impulsar la agricultura. En ese mismo año y con el interés de promover una mejor distribución de la población en el territorio nacional se promulgó la Ley de Colonización, que reordenó las acciones que en la materia venían ejecutándose. Ello permitió colonizar alrededor de un millón 250 mil hectáreas entre 1919 y 1944. Con base en esta Ley se creó la Comisión Nacional de Colonización en 1946 y se impulsaron otras acciones específicas, como los planes de colonización del Sudeste en 1959.

La crisis económica de 1929 puso de manifiesto la necesidad de acelerar el proceso incipiente de industrialización del país. En este contexto, y con objeto de coordinar y encauzar las actividades de las distintas dependencias del Gobierno para contribuir en mayor medida al desarrollo económico nacional, el 12 de julio de 1930 se promulgó la Ley sobre Planeación General de la República.

Este ordenamiento consideraba indispensable elaborar un plano nacional de México que abarcara entre otros aspectos, la división del territorio nacional en zonas, a las que clasificaría de acuerdo a sus potencialidades; la planeación y zonificación urbana regional; la formulación de los planes reguladores del Distrito y Territorios Federales. Esta Ley constituyó el primer paso de un largo camino: la integración de un marco jurídico que normara las actividades de planeación del país. Reconocía también las limitaciones de los mecanismos tradicionales para asignar recursos necesarios para contribuir al mejoramiento del nivel de vida del pueblo. Su intención era realizar un inventario de los recursos naturales disponibles y definir el potencial de las distintas regiones del país.

Para propiciar la participación de la sociedad en el desarrollo, en el mismo año de 1930, se estableció la Comisión Nacional de Planeación, organismo de carácter consultivo, integrado por representantes de los distintos sectores sociales. Paralelamente se crearon los Consejos Locales de Planeación en 1932, así como las Juntas de Mejoras Materiales y Servicios Públicos, configurándose así una estructura operativa para organizar los esfuerzos de planeación de la economía nacional.

1.3 Los Primeros Planes Sexenales (1934-1946)

En 1934 se presentó el primer esfuerzo integral de planeación del desarrollo: el Plan

Sexenal 1934-1940 elaborado por el Partido Nacional Revolucionario, que sirvió también como plataforma electoral al General Lázaro Cárdenas, y representó el instrumento

político para alentar la participación de los diversos grupos del país en las actividades económicas y sociales.

Con el Plan se buscaba consolidar los avances revolucionarios mediante la intensificación del reparto agrario, el apoyo jurídico y económico a los campesinos y el estímulo a su organización, ampliar la cobertura de los servicios de salud y educación, y crear la infraestructura necesaria para el desarrollo del país.

Desde su formulación el Plan contó con amplio apoyo popular. Al ponerse en práctica, se fortaleció la rectoría del Estado en la conducción y orientación de la actividad económica, al mismo tiempo que se avanzó en materia de bienestar social. Durante el periodo de su ejecución, se intensificó el reparto agrario, se alentó la creación de organizaciones sociales y se establecieron organismos de carácter nacional para el logro de los objetivos del Plan. Se realizó la expropiación petrolera y se crearon instituciones como la Comisión Federal de Electricidad, el Banco de Crédito Ejidal, Nacional Financiera y la Escuela Nacional de Agricultura.

Aunque el Plan Sexenal no presentaba una política regional explícita, el programa de gobierno avanzaba en ese ámbito, al haberse creado organismos como las Comisiones de la Alta y Baja Sierra Tarahumara (1936), la de Estudios de Planeación en el Valle del Mezquital (1936), la Intersecretarial de la Mixteca (1937) y la de Fomento Agrícola y Ganadero (1938), entre cuyos objetivos se encontraban la realización de estudios económicos y el impulso al desarrollo de las regiones señaladas. En esta etapa también destacó la creación de la Dirección de Obras del Bajo Río Bravo (1936), para realizar trabajos de contención de los desbordamientos de éste.

El segundo Plan Sexenal (1940-1946) siguió en lo fundamental las líneas establecidas por el primero. Sin embargo, a raíz del conflicto bélico mundial, varios de sus objetivos y acciones tuvieron que ser modificados de acuerdo a las nuevas circunstancias económicas externas e internas, que propiciaron cambios en la base productiva del país. En la instrumentación de la política económica se dio mayor énfasis al desarrollo del sector industrial, buscando su consolidación como eje rector del progreso nacional mediante el aprovechamiento de la creciente demanda de productos mexicanos originada por la Segunda Guerra Mundial. El Plan proponía que el proceso de desarrollo alentara una distribución racional de las actividades productivas en el territorio del país y se crearan las obras de infraestructura que permitieran aprovechar los recursos naturales, y estimular la integración de las zonas y comunidades rezagadas.

Para apoyar estos propósitos, se crearon el Consejo Mixto de Economía Regional para elaborar estudios socioeconómicos en cada entidad federativa, y la Comisión Federal de Planificación, como órgano consultivo con la finalidad de proponer y realizar programas que atendieran las repercusiones del conflicto bélico sobre la economía mexicana. En este contexto se instauró en 1944 la Comisión Nacional para Estudios de los Problemas de México en la Posguerra.

1.4 Las Comisiones para el Desarrollo por Cuencas Hidrológicas

Ante la necesidad de impulsar el desarrollo de algunas zonas que, pese a su alto potencial productivo presentaban rezagos, y con base en las experiencias obtenidas en las actividades de la Comisión del Bajo Río Bravo y la de Fomento Agrícola y Ganadero del Valle del Yaqui, a partir de 1947 se establecieron las Comisiones de las Cuencas Hidrológicas.

Estos organismos se orientaron a la construcción de grandes obras hidráulicas para incrementar la producción agrícola, aumentar la oferta de energía eléctrica y tener mayor control sobre las inundaciones. Adicionalmente, fueron dotando de infraestructura de comunicaciones y servicios a las poblaciones ubicadas en sus respectivas áreas de influencia.

Las comisiones actuaban como organismos descentralizados, dependientes de la Secretaría de Recursos Hidráulicos y, en términos generales, asumían la responsabilidad de las inversiones del sector; se coordinaban en algunos casos con otras secretarías de Estado y en ocasiones, con los gobiernos estatales para la ejecución de proyectos de desarrollo.

La Comisión del Papaloapan (1947-1986), contó con recursos que le permitieron iniciar importantes obras como la presa Miguel Alemán, la hidroeléctrica Temascal, la ampliación del ingenio San Cristóbal, y la fábrica de papel Tuxtepec; se construyeron además, escuelas, mercados, granjas y se promovió el desarrollo industrial de la zona. Comprendía una superficie de 45 mil kilómetros cuadrados de los estados de Veracruz y Oaxaca.

La Comisión de Tepalcatepec (1947-1960), con apoyo de los gobiernos estatales, construyó las hidroeléctricas El Cóbano y Salto Escondido; además propiciaría obras de carácter social, de salud y electrificación. Para ampliar sus actividades y su cobertura regional, en 1960 fue creada la Comisión del Río Balsas, que comprendía los estados de Guerrero, Jalisco, México, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Tlaxcala y una parte del Distrito Federal. En un principio, su atención se circunscribió a la zona correspondiente al Tepalcatepec, pero luego se extendió a otras zonas menos desarrolladas. Su actividad favoreció, entre otras, la promoción del proyecto acerero en las Truchas y llevó a efecto importantes inversiones de carácter social en la zona montañosa de Oaxaca, conforme a los planes de desarrollo de las cuencas de los ríos Mixteco y Tlapaneco, y terminó las presas El Infiernillo y La Villita.

La Comisión del Río Fuerte (1951-1985) concentró sus actividades en el estado de Sinaloa, en la conservación y expansión de las áreas bajo riego, aunque el curso del río también cruza por Sonora, Chihuahua y Durango. Sus acciones principales fueron la construcción de la presa Miguel Hidalgo y del ferrocarril Chihuahua-Pacífico. Posteriormente esta Comisión atendió el distrito de riego de la zona.

La Comisión del Río Grijalva (1951-1985) tuvo como propósito fundamental propiciar el desarrollo de las cuencas ubicadas en los ríos Grijalva y Usumacinta. Cubría una extensión de 49,900 kilómetros cuadrados de los estados de Tabasco, Chiapas y Oaxaca. Entre sus logros sobresalen la construcción de la presa Malpaso, en Chiapas, el establecimiento de una red de comunicaciones, la dotación de agua potable a la

población, la promoción de la agricultura regional y el inicio de un proceso de colonización en su zona de influencia.

Finalmente, las comisiones del Lerma-Chapala-Santiago (1950) y del Pánuco (1960), más que organismos de planeación, fueron creados para dar respuesta eficiente a los problemas específicos de carácter hidráulico que presentaban sus respectivas circunscripciones, limitando sus acciones a diseñar proyectos de irrigación, control de inundaciones y abastecimiento de agua potable. En apoyo a la primera Comisión, se estableció un organismo regional denominado Plan Lerma de Asistencia Técnica (PLAT), mediante el cual se realizaron estudios y recomendaciones en apoyo a otros organismos del Gobierno Federal.

En conjunto, las Comisiones para el Desarrollo de las Cuencas Hidrológicas gozaron de gran autonomía financiera y administrativa. Correspondieron a una etapa en la cual los gobiernos estatales y municipales no contaban aún con suficientes recursos y capacidad técnica para realizar inversiones importantes. Ciertamente, el aprovechamiento del agua como insumo para la agricultura y la industria, para uso humano y como recurso generador de energía, era y sigue siendo, una prioridad nacional. Sin embargo, no todo el territorio del país podía ser atendido sólo mediante la planeación de sus cuencas, ni era adecuado intensificar la planeación regional sin la decidida participación de los gobiernos locales. Estas fueron las causas que condujeron al progresivo abandono de aquel esquema de desarrollo regional.

1.5 La Política Regional en el Plan Global de Desarrollo

En el Plan Global de Desarrollo 1980-1982, se integraron los planes y programas sectoriales y multisectoriales elaborados entre 1977 y 1979, dentro de un conjunto de objetivos nacionales y un marco macroeconómico único.

Se planteó un crecimiento con mayor autonomía de las regiones, una más equilibrada localización de la actividad económica, y la aplicación de los recursos federales en forma coordinada con los gobiernos estatales. Todo ello en un contexto de fortalecimiento del federalismo, lo cual desde un punto de vista económico y administrativo, implicaba descentralizar decisiones y una mayor participación de los gobiernos estatales en la conducción del desarrollo de sus entidades.

La política regional del Plan Global incluía la de asentamientos humanos y de desarrollo urbano, con los instrumentos mencionados anteriormente. En materia industrial, de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo Industrial (1979) y el Programa de Estímulos para la Desconcentración Territorial de las Actividades Industriales (1979) se definieron tres tipos de zonas: de estímulos preferenciales (los puertos industriales, los municipios aledaños y ciertas ciudades medias); de prioridades estatales convenidas con el Gobierno Federal, y una zona de ordenamiento y regulación, o áreas de crecimiento controlado, integrada por el Distrito Federal y los municipios conurbados de su zona metropolitana.

Los estímulos incluían instrumentos fiscales, precios preferenciales de energéticos y el impulso a una infraestructura de comunicaciones y transportes orientada a integrar ejes transversales en el territorio, que comunicarían a las zonas costeras entre sí y a lo largo del Golfo de México y el Océano Pacífico, abarcando, desde luego, a los puertos

industriales.

Finalmente en el Plan Global se planteó el compromiso de fortalecer el Convenio Único de Coordinación e imprimirle mayor dinamismo.

1.6 El Sistema Nacional de Planeación Estatal

En su conjunto, las acciones aplicadas entre 1976 y 1980 llevaron a conceptualizar un Sistema Nacional de Planeación, para vicular las actividades de la Administración Pública Federal con las de los gobiernos locales y los sectores social y privado.

Se enfatizó en el carácter integral de este sistema, ya que incidía sobre los instrumentos a disposición del Estado en materia de planeación y abarcaba los principales aspectos del desarrollo del país; coordinaba las acciones de los tres órdenes de gobierno y alentaba la actividad social.

En este esquema se definió que la planeación realizada en las entidades federativas debía partir del ejercicio de su soberanía, permitiendo a sus gobiernos coordinarse con el Federal y que sus acciones se enmarcaran en experiencias y organismos propios de planeación.

En congruencia con estos principios, en 1981 se realizó un cambio significativo, al sustituirse los Comités de Promoción del Desarrollo (COPRODE) por Comités de Planeación para el Desarrollo Estatal (COPLADE). Los nuevos organismos actuarían bajo la responsabilidad y control de los gobiernos estatales y con el apoyo del Gobierno Federal. De esta manera se generó la instancia de planeación y coordinación local, para coordinar la inversión de recursos federales y estatales, de acuerdo a una jerarquización de las necesidades de cada entidad.

Los COPLADE se organizaron como organismos públicos dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para consolidar las actividades de planeación estatal y funcionar como foro de participación social y de coordinación entre los gobiernos estatales y los municipios.

Estos COPLADE eran presididos por el gobernador de cada entidad; tenían un coordinador general, que era el secretario de planeación del estado o su equivalente. El delegado regional de la SPP fungía como secretario técnico del comité. Para cumplir sus funciones, estaba estructurado en subcomités sectoriales, regionales y espaciales; en todos sus niveles había representantes federales y estatales. Entre sus principales funciones destacaban las de elaborar los planes de desarrollo y hacer propuestas anuales de inversión.

Hacia fines de 1982, con la experiencia en la aplicación de medidas de política regional, las deficiencias en los instrumentos creados a lo largo de más de medio siglo de desarrollo regional y la creciente complejidad de las actividades de los órdenes de gobierno, hicieron necesario dar a la planeación nacional, estatal y municipal un marco jurídico preciso, con un esquema conceptual que se adaptara a las necesidades de la administración pública mexicana, y a la organización de un sistema federal que daba sus primeros pasos en el camino de la descentralización y del fortalecimiento de los gobiernos locales.

Durante el siguiente sexenio se suspendió la política de descentralización a nivel estatal, así como la integración orgánica del IMSS-Solidaridad y la SSA. Las acciones en el periodo 1988-1994 se centraron en la consolidación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), con la estrategia de seleccionar inicialmente una jurisdicción sanitaria piloto en cada estado. La jurisdicción sanitaria fué concebida como la unidad desconcentrada regional a nivel estatal para planear, asesorar, coordinar, supervisar y evaluar los servicios de salud.

Además de lo anterior, se debe considerar que fué durante la etapa que va de 1988 a 1994 cuando se dió un fuerte impulso al programa IMSS-Solidaridad en los 17 estados no descentralizados, a partir del cual fueron construidas 1,105 Unidades Médicas Rurales, lo que representó un incremento en la capacidad instalada del 47.6% con respecto al inicio del sexenio¹⁰.

La estrategia de descentralización de los servicios de salud a la población abierta fué soslayada a un segundo término, estancándose los primeros intentos que al respecto se habían dado durante el sexenio de Miguel de la Madrid.

¹⁰ Secretaría de Salud, "Reseña en Salud", México, 1995.

CAPÍTULO 2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 La Descentralización en el Marco del Estado Contemporáneo

La referencia conceptual del tema de investigación es necesaria en virtud de que en ella se encuentran las bases teóricas a considerar para llevar a cabo la instrumentación adecuada de los mecanismos que permitan alcanzar los objetivos planteados. Tenemos que considerar a la descentralización de los servicios de salud como una estrategia y como instrumento de un proceso de modernización del Estado, que contiene características potenciales que afectan simultáneamente tres aspectos:

- a) pueden mejorar la productividad de los servicios;
- b) remover la cultura administrativa al incorporar nuevos actores a la gestión y al control;
- y
- c) la redistribución de los recursos estatales, al fortalecer la capacidad de presión local sobre el sector público de la salud y aumentar el peso de este dentro de la agenda de cuestiones socialmente problematizadas.

De esta manera, tenemos que al tratar de explicar la problemática del Estado Latinoamericano visto como un todo, tres verbos parecen condensar su estado actual, en tanto que plantean los términos de su necesidad y posibilidad histórica de intervención social. Nos referimos a si el Estado *debe, puede y quiere* seguir desempeñando el papel con el que se lo ha identificado en el llamado **Welfare State o Estado del Bienestar**.

Los verbos antes mencionados remiten, en otros términos, a tres cuestiones fundamentales alrededor de las cuales parece centrarse el debate sobre la modernización del Estado:

- 1) los límites deseables de su intervención, la legitimidad de sus actuales funciones, la reivindicación de su papel subsidiario, y la reconsideración de su tamaño;
- 2) las posibilidades de gobernabilidad de la sociedad frente a los desafíos de la crisis estructural que afrontan los países de la región, la precariedad de los recursos del sector público frente al crecimiento de las expectativas y tensiones sociales; y
- 3) la inactividad de la burocracia establecida, supuestamente debido a la vigencia de pautas culturales tradicionales y autoritarias, incongruentes con valores de eficiencia y desempeño responsable.

Así, la preocupación por el *encogimiento* del Estado a través de la reducción de su tamaño y formas de intervención ha tenido una gran penetración en América Latina. Apoyados en la llamada doctrina de la subsidiariedad, los ideólogos del gobierno *chico y barato* han iniciado hace ya bastante tiempo una aguda ofensiva, sosteniendo que el mercado es el más eficaz regulador de las transacciones sociales y que la excesiva presencia e intervención estatal distorsiona o impide el pleno funcionamiento de su "mano invisible". Según esta interpretación, el Estado intervencionista, coarta la iniciativa social y asigna los recursos de manera ineficiente, fundando su actividad en criterios que solo propenden a la hipertrofia de su aparato institucional.

Lo anterior no es totalmente cierto, pues en las economías con un cierto grado de atraso, a consecución de objetivos sociales en materia de salud, serían casi imposibles de cumplir, dadas las limitantes económicas tanto de su mercado, como de sus sistemas productivos, por lo que la participación del Estado así sea en forma marginal representa una necesidad ineludible para satisfacer las demandas sanitarias.

De esta manera, la redefinición del papel empresarial del Estado, la inestabilidad de la economía, la reducción del aparato burocrático, la disminución del gasto público, la privatización y descentralización de servicios públicos, han pasado a ser los lemas de un nuevo movimiento político y económico que demanda una drástica limitación de la intervención estatal.

Entre otros estudiosos, el *Estado mínimo* ha sido justificado durante este siglo, entre otros, por Milton Friedman, Robert Nozick, y Friedrich Hayek, y en su versión política contemporánea ha tenido entre sus realizadores a Margaret Thatcher y Ronald Reagan.

El debate entre los modelos intervencionistas y privatizadores se inclina actualmente hacia el segundo, sin embargo, si tuviéramos que manifestarnos frente al dilema intervencionismo versus subsidiariedad, visto como eje problemático para la definición del papel del Estado, sostendríamos que se trata de una falsa opción. De lo que aquí se trata es de plantear la existencia de esta polémica como factor condicionante de una estrategia de modernización estatal, ya que diferentes posiciones pueden suponer soluciones alternativas respecto a los alcances y contenidos de los proyectos de reforma institucional que se adopten.

Considerar los enfoques de diferentes escuelas del pensamiento económico supone proponer alternativas en las que muchas veces se presentan paradojas importantes, constituyendo una de ellas la relativa a que cuanto mayor es la crisis y más necesaria en consecuencia la intervención estatal, menores son las posibilidades de asegurar la acumulación capitalista, y la reproducción del Estado y de la sociedad. Al interrumpir el crecimiento sostenido de la economía, la crisis reduce no solo los recursos de los diferentes sectores sociales, sino, también, los que el sector público requiere para viabilizar el funcionamiento de sus instituciones.

Frente a estos desafíos, resulta evidente que los objetivos de un programa de transformación del sector público —incluyendo la política y gestión de los servicios de salud— deben extenderse para considerar aspectos relacionados con la descentralización presupuestal.

La estrategia económica seguida por nuestro país a lo largo de su historia ha transitado durante los últimos años de una economía con alta participación del Estado, hacia una en la cual se utilizan preferentemente los paradigmas neoliberales en la elaboración de la política económica.

El periodo que se analiza en la presente investigación está vinculado directamente con este cambio en los modelos de desarrollo instrumentados durante los gobiernos de Miguel de la Madrid, Salinas de Gortari y Ernesto Zedillo, etapa en la que la estrategia neoliberal se fue asentando en nuestro país, teniendo su límite máximo en el sexenio salinista, y su continuidad, pero retomando las bases filosóficas y teóricas del *Estado Social* elaboradas por un sinnúmero de economistas, juristas y filósofos en el actual

sexenio del presidente Ernesto Zedillo.

En el plano económico se ha justificado el *Welfare State* con el argumento de que el Estado es el equilibrador de los desajustes del mercado. El también llamado *Estado Social* tiene lugar como consecuencia de las disfunciones que crea el desarrollo del sistema capitalista y su finalidad es compensarlas y restablecer el equilibrio en sociedades cada vez más diferenciadas y potencialmente conflictivas.

La explicación anterior tiene dos tendencias según se considere que el factor desencadenante es el desarrollo económico o el desarrollo político. La primera se origina a partir del optimismo por la expansión en el proceso de acumulación, producido como consecuencia de la segunda posguerra mundial. Se sostiene entonces que el capitalismo ha superado la fase cíclica y que su prosperidad es estable. El problema ya no es el de la escasez sino el de la distribución adecuada de los recursos. Así, la verdadera problemática de esta sociedad, caracterizada por un incremento coyuntural de sus recursos, es que el desarrollo económico y la modernización con los procesos subsiguientes que se desencadenan, tales como los movimientos migratorios, el urbanismo, etc., generan desajustes, nuevos riesgos y necesidades, de manera que el Estado, es el instrumento adecuado para compensarlos haciendo posible la compatibilidad entre capitalismo y bienestar general.

La segunda tendencia se preocupa más por el desarrollo político pues según su concepción, entiende que el progresivo peso político que alcanzan las clases más desfavorecidas en el *Estado Social* obliga por conveniencia a la élite política y económica a otorgarle cada vez mayores privilegios o beneficios a la clase más pobre.

Las dos tendencias mencionadas contribuyeron pues a sostener que la participación del Estado es fundamental en la economía para compensar los desequilibrios, para invertir en sectores donde la iniciativa privada no lo hace y que son necesarios, tales como: la salud, seguridad social, vivienda y enseñanza pública.¹¹ Finalmente, toda esta exposición redundaba en la legitimación del Estado: el *Welfare State*, es el "Estado de todos" y lo logra a través de un trato a favor de los más necesitados.

En el plano filosófico se podrían mencionar las doctrinas social-demócratas y a distintas versiones del humanismo que se apoyan en autores como Georges Gurvitch, Laski y Jacques Maritain. El núcleo argumentativo de teorías tan heterogéneas sostiene que sin una igualdad entre los seres humanos es imposible hablar de que todos tienen derecho a la libertad, por no señalar el argumento fuerte del marxismo.

Versiones menos maximalistas que la marxista, sin embargo, aducen a la imperiosa necesidad de obtener un equilibrio más allá de la igualdad ante la ley para hacer posible el acceso de todos a las libertades o al menos a la gran mayoría de los ciudadanos. Igualdad que también resulta necesaria para crear condiciones simétricas para el diálogo público y democrático, según lo ha señalado uno de los más importantes representantes de la escuela de Frankfurt: Jürgen Habermas.¹²

¹¹ De Cabo Martín, Carlos, "Democracia y Derecho en la Crisis del Estado Social", *Revista Sistema*, Madrid, marzo de 1994, número 118-119, pp. 63-77.

¹² Cfr., Habermas, Jürgen.: "La legitimidad hoy", *Revista de Occidente*, Madrid, julio de 1976; "Problemas de legitimación en el capitalismo tardío", Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1973; "La reconstrucción del materialismo histórico", Taurus, Madrid, 1981; y "Teoría de la acción comunicativa", Taurus, Madrid, 1990

Estas teorías y argumentos se mantuvieron como realidad de las economías y sociedades donde hubo *Estado Social* durante cerca de cuarenta años, ya que en los años setenta, tanto en su estructura, como en su justificación el *Estado Social* entra en crisis.

Uno de sus primeros críticos, Friedrich Hayek, sostuvo que el *Estado Social* era altamente antidemocrático puesto que muchos ciudadanos no compartían las tareas y el intervencionismo del *Estado Social*. Según este crítico, la libertad en el *Estado Social*, desaparece a favor de la planeación que se propone y después se aplica, la que no es resultado de una deliberación democrática que tome en serio los derechos de todos y cada uno¹³.

De lo anterior se han derivado por lo tanto una serie de programas que pretenden reducir a su mínima expresión la presencia del Estado en los diferentes sectores económicos a través de la privatización de un gran número de actividades, y también en sectores como el de la salud, en donde se requiere de su participación para brindar los mínimos de bienestar a la población más desprotegida y eliminar con ello brotes de inconformidad que pudieran convertirse en movimientos radicales, que pusieran en tela de juicio la existencia misma del Estado. Aquí lo que se hace necesario es transferir recursos, toma de decisiones e incluso la operatividad de los programas hacia las entidades federativas con el apoyo de la política de descentralización.

Desde la izquierda James O'Connor en su obra "La Crisis Fiscal del Estado" apuntó que el *Estado Social* era imposible porque no podía hacer compatibles, al mismo tiempo, dos funciones antagónicas: la "función acumulativa" preocupada por satisfacer los intereses del capital; y la "función de legitimación" encargada de proporcionar a la población patrones de salud, consumo y educación. Para este analista cumplir con las dos funciones era irracional desde el punto de vista de la coherencia administrativa, la estabilidad fiscal y la acumulación de capital potencialmente provechosa¹⁴.

Otro argumento dirigido en contra del Estado benefactor, es el emitido por George Stigler, para quién los gastos públicos por deficiencias institucionales del *Estado del Bienestar* no se dirigían para beneficio de los pobres sino que, básicamente, favorecían a las clases medias y se financiaban con impuestos que pagaban los pobres y los ricos, lo cual resultaba tremendamente inequitativo.¹⁵ Una línea de pensamiento por ese tenor, mantenía que el gasto social generaba mayor pobreza y desigualdad puesto que no estimulaba la participación de los pobres en la economía, y paulatinamente los orillaba a mayor marginalidad y pobreza. También se trató de demostrar que la empresa privada podía tener cometidos sociales y podía satisfacer áreas económicas que los teóricos del *Estado Social* habían excluido dogmáticamente de la esfera privada¹⁶ y que las empresas públicas no necesariamente persiguen fines sociales, porque en ocasiones son dirigidas con criterios políticos.

En la *real politik*, la llegada al poder de países tan importantes como Estados Unidos o

Inglaterra fueron un acicate para incorporar todas las teorías neoliberales en sus programas económicos, desmantelando en parte las instituciones del *Estado Social*. Esta

¹³ Hayek, Friedrich, A., "The road to serfdom", Chicago, University of Chicago Press, 1976

¹⁴ O'Connor, James, "The fiscal crisis of the state", Nueva York, St. Martin's Press, 1972.

¹⁵ Stigler, George, "Director's law of public income distribution", Journal of Law and Economics", 13 de abril de 1979 pp.1-

¹⁶ Stigler, Joseph E., "El papel económico del Estado", Instituto de Estudios Fiscales, Madrid, 1993, pp.50-68.

situación se vió fortalecida porque gobiernos socialistas, como los de Francia y de España, aplicaron teorías neoliberales rechazando los modelos económicos de la segunda posguerra por considerarlos ineficientes, populistas y poco propicios para gobiernos con déficit público.

Lo anotado hasta aquí, nos permite sostener que no es conveniente aceptar que el *Estado Social* no puede recibir crítica alguna, cuando históricamente entró en crisis en los años setentas en gran parte por sus propias debilidades e ineficiencias. Esto nos debe llevar a replantearnos el papel de la economía de mercado, del Estado, del derecho y por supuesto de la democracia, para garantizar una estrategia macroeconómica que permita disminuir los rezagos económico-sociales que aún persisten..

Por otra parte, debemos anotar que la economía de mercado no es la panacea que muchos piensan, pero parece que a nivel mundial, regional y nacional es la opción que se ha elegido. La economía planificada del socialismo real se colapso y en la actualidad no nos provee de referentes, ni teóricos ni prácticos. Sostener esto no implica una sobrevaloración al mercado ni una confianza excesiva en sus bondades. El mercado es imperfecto y sólo sería perfecto en condiciones ideales, las que son ajenas en este momento a nuestras vidas.

No obstante lo anterior, la fuerza de trabajo y el mercado, mientras no inventemos o descubramos otra cosa, es con lo que contamos. Aquí se produce y reproduce la riqueza y es para muchas personas un medio que estimula sus potencialidades y en donde hacen valer sus derechos. No es que el mercado sea un equivalente de la sociedad civil, el mercado sigue requiriendo como siempre de la intervención del Estado para equilibrar las disfuncionalidades que genera. La cuestión es que esta intervención estatal no puede ser ineficiente, irresponsable, ni antidemocrática.

Con base en las anteriores reflexiones se puede colegir que la vertiente social que se propone el **Estado Postsocial** debe ser distinta de la actual. Tendrá que ser eficiente, eficaz, y sujeta a mayores controles democráticos que los actuales. El Estado por lo tanto, seguirá siendo un compensador y un equilibrador de las deficiencias del mercado, y actuará en áreas donde a los miembros de la iniciativa privada no les interese. No obstante, cuando intervenga y gaste, lo deberá hacer con criterios distintos a los actuales, considerando algunos de los que aquí se han mencionado. Los ciudadanos que aporten al gasto social en salud, deberán hacerlo mediante diseños institucionales novedosos, en los cuales la participación que efectúe el Estado haga conciencia en la sociedad de que no se trata de un obsequio del Estado, pues dichas aportaciones representan un costo determinado cubierto con los impuestos de la misma sociedad.

Por otra parte, el personal de la administración pública dedicado a la salud social debe ser más capacitado y profesional; se debe contar con métodos más eficaces y democráticos de control a la actividad de estos funcionarios; las decisiones en esta área deben considerar también un análisis de costo-beneficio; y la organización en la salud social se generará a través de servicios descentralizados y con atención preferente a las regiones pobres o capas sociales marginadas.

La finalidad del gasto social en salud debe ir más allá de lo asistencial o paternalista y al menos se debe informar al ciudadano lo que cuesta cada servicio o atención práctica. También es preciso establecer mecanismos de estímulo y de incentivos para aquellos

funcionarios y unidades que mejor realicen sus funciones, y, en fin, políticas públicas de salud encaminadas a la prevención.

Además se debe considerar que los logros no han sido suficientes para que la cobertura de los servicios sea integral hacia los grupos marginados, por lo que además de reconocer la necesidad de ampliar la participación del Estado en el sector salud, se tienen que depurar los mecanismos a partir de los cuales efectúa la transferencia de recursos, para que lo preponderante de la estrategia sea mejorar la calidad de los servicios, la operatividad presupuestaria en las entidades federativas, la rectoría normativa de la Federación, la ampliación del gasto y de las transferencias, y no instrumentar la descentralización *per se*, únicamente por representar un mecanismo que apoye la modernización estatal o por su dinámica liberal, lo que en última instancia resulta secundario.

Así, la política de descentralización en el sector salud implementada por el actual representante del Ejecutivo Federal, además de considerar mecanismos de control presupuestal, deberá integrar los indicadores básicos que permitan evaluar la calidad de los servicios de salud que se brindan a la población y ampliar su cobertura a localidades anteriormente no integradas a los servicios de salud.

2.2 Descentralización, Desconcentración, Regionalización Verticalización y Privatización

Existe una gran confusión en el uso del término *descentralización* en la literatura especializada. La misma proviene, en cierta medida, de que dicho concepto connota un significado diferente en la bibliografía anglosajona y en la francesa sobre administración.

En Inglaterra y en Estados Unidos se emplea el concepto descentralización de un modo genérico. En este sentido Rondinelli¹⁷ define la descentralización como: "la transferencia de la responsabilidad en materia de planificación, gestión, obtención y asignación de recursos desde el gobierno central y sus agencias hacia:

- a) las unidades de campo de estos organismos del gobierno central;
- b) las unidades o niveles gubernamentales subordinados;
- c) las autoridades regionales o funcionales con alcance geográfico; y
- d) las organizaciones privadas o voluntarias no gubernamentales.

En su definición por lo tanto, Rondinelli abarca fenómenos tales como: desconcentración, delegación, devolución y privatización.

Un uso más ajustado a lo que nosotros entendemos por descentralización es el empleado por la literatura francesa. En la misma se considera que la descentralización supone la

transferencia de poderes desde el nivel central a una autoridad de un área o de una función especializada, con distinta personería jurídica.¹⁸

¹⁷ Rondinelli, Dennis ; Nellis, John R. and Chemma, G. Shabbir, "Decentralization in developing countries: a review of recent experiences". The World Bank, World Bank Staff Working Papers; No. 581. Management and Development Series No. 8, Washington, D.C., 1983.

¹⁸ En la presente investigación se encontraran también consideraciones a la cuestión jurídica

Por otra parte, se distingue dicha descentralización de la *desconcentración* que es el equivalente francés de lo que habitualmente se entiende por descentralización administrativa, es decir el traspaso de atribuciones o responsabilidades de ejecución a niveles inferiores dentro del gobierno central y de sus agencias. La descentralización por lo tanto puede ser geográfica o funcional y cuando es más que una mera reorganización, otorga cierto nivel de discrecionalidad a los agentes nacionales a nivel local, para planificar e implementar programas y proyectos, o para ajustar las directivas del nivel central a las condiciones locales, dentro de los lineamientos estipulados por la instancia central o sus agencias. La desconcentración fue la forma más usual de organización de la relación entre el nivel central y el local en los países en desarrollo durante la década de los setenta.

Conviene apuntar que la diferencia entre los conceptos de descentralización y desconcentración no es solo cuestión de grados. No existe un continuo entre la desconcentración o la mera descentralización administrativa y la descentralización real de decisiones políticas. En este sentido Boisier¹⁹ señala que la descentralización implica el establecimiento de órganos con personalidad jurídica, patrimonio y formas de funcionamiento propios. En cambio los órganos desconcentrados operan con personalidad jurídica que corresponde al respectivo órgano central.

Tenemos así que el empleo que se hace del concepto de descentralización para referirse al campo de la salud, se halla más próximo a la noción francesa que a la anglosajona. En este sentido se considera que la descentralización efectiva de los servicios de salud supone el dislocamiento del flujo de poder económico, político, administrativo y tecnológico, desde ciertas unidades centrales a niveles periféricos, intermedios y locales. La descentralización es, así, un instrumento de reestructuración del poder, acercando los problemas a las instituciones de niveles intermedios y locales y traspasándoles la capacidad para tomar decisiones, dado que no hay descentralización efectiva sin capacidad normativa en cada nivel.

Se debe diferenciar, entonces, la *delegación* de poder para decidir sobre los fines y/o medios que supone el proceso de descentralización y lo que constituye una mera *transferencia de atribuciones* sin el correspondiente poder decisorio. Dicho poder es, tanto de poder económico, político y administrativo, es decir de asignación de recursos humanos y materiales, como de manejo del conocimiento para aplicar una tecnología sea de producto o de proceso.

No obstante lo anterior, la caracterización meramente conceptual del término descentralización resulta insuficiente para la comprensión de lo que supone efectivamente la estrategia de descentralización como tal. Será pues, necesario, incorporar una serie de dimensiones analíticas que den cuenta de las modalidades de interdependencia entre unidades centralizadoras y descentralizadoras conjuntamente con

los estilos de gestión estatal.

Desde cierta perspectiva, podría considerarse a la centralización y a la descentralización como modelos polares, sin embargo, dado que prácticamente ningún sistema real se

¹⁹ Boisier, Sergio, "Centralización y descentralización territorial en el proceso decisorio del sector público" S.1.: ILPES. Programa de Capacitación, 1985.

ajusta a estas caracterizaciones extremas, sino que en su mayoría presentan rasgos de uno y otro modelo, parece tener mayor sentido considerar que existe un continuo que va de la centralización a la descentralización, y que cualquier sistema existente exhibe normalmente una combinación de aspectos centralizados y descentralizados, sea en la fijación de políticas, o en la gestión de instituciones y programas.

Tradicionalmente, la literatura y la práctica administrativa han tendido a considerar que en todo esquema de política y gestión que admite cierto grado de descentralización, se debe de tratar de reforzar la centralización normativa y descentralizar la ejecución de políticas. De este modo, se pretende lograr un adecuado equilibrio entre funciones que se atribuyen, casi naturalmente, a uno y otro nivel. Más allá de la retórica y los principios en esta materia, ocurre que la fórmula político-administrativa que normalmente se establece entre órganos centrales y unidades descentralizadas, es el resultado de un proceso conflictivo que incluye la negociación y el compromiso, el cual no siempre se ajusta a las recetas técnicamente validadas.

Por otra parte, dado que en la consideración de esta fórmula juegan diferentes variables y dimensiones analíticas (v.gr., presupuestarias, jerárquicas, funcionales), corresponde precisar conceptualmente la naturaleza del continuo **centralización-descentralización**, introduciendo algunos aspectos básicos que contribuyen a esta mayor complejidad.

A manera de concretar un planteo elemental se tiene: la existencia de un *sistema descentralizado de salud* el cual supone una estructura institucional, relativamente articulada, de unidades responsables de la formulación e implementación de políticas de salud. Como sistema implica interdependencia entre sus unidades componentes. Un sistema se estructura y funciona como tal, solo en la medida en que sus componentes mantengan entre sí relaciones de dependencia mutua. De algún modo, el comportamiento de cada unidad se supedita al comportamiento de las restantes.

Sin embargo, es bien sabido que las relaciones que efectivamente se establecen, no siempre se ajustan a los esquemas normativos formales. El funcionamiento real tiende a distanciarse de lo que indican la legislación y los organigramas. Es el resultado de una práctica cotidiana que se manifiesta en comportamientos adecuados a los fines perseguidos por cada actor —individuo, unidad, organización—, dentro de las restricciones impuestas por el sistema normativo aplicable a la situación. Los grados de libertad para decidir en cada caso varían de actor en actor, según su ubicación jerárquica, legitimidad y capacidad de movilizar recursos. Por lo tanto, la existencia de grados variables de discrecionalidad, es decir, de posibilidades objetivas diferentes en cuanto a observar o no las normas y procedimientos prescritos, tenderá a producir asimetrías en las interacciones dentro del sistema, distorsionando el esquema organizativo formalmente establecido.

Estas diferentes fuentes de explicación pueden resumirse del siguiente modo. La mayoría de los programas y políticas públicas requieren para su implementación de una compleja

estructura gubernamental y un número no despreciable de unidades de decisión del sector privado. El desempeño del conjunto dependerá de una sucesión y articulación de comportamientos individuales congruentes o no con determinado marco normativo.

Cada unidad de decisión se verá sometida al conflicto inherente a las decisiones tomadas

en cada nivel y a la incertidumbre derivada del desconocimiento sobre el impacto de las propias decisiones. Por lo tanto, buena parte de los mecanismos organizacionales estarán destinados, precisamente a eliminar fuentes de conflicto e incertidumbre. Al respecto sería de gran apoyo, la creación de una *Comisión* que aglutinara a los representantes de los poderes federal y local para que en el seno de la misma y durante el periodo de transición, analice la problemática que pudiera generar la discrepancia de los dos niveles en la toma de decisiones.

Así, las organizaciones que tienen a su cargo funciones normativas altamente centralizadas (v.gr., legislación, planificación, evaluación, asignación de recursos, control de gestión), tenderán a diseñar un sistema de regulaciones, estructuras administrativas, medidas de desempeño y sanciones, que induzcan a las unidades implementadoras más desagregadas (v.g. unidades descentralizadas) a actuar de modo consistente con los programas y objetivos generales. A su vez, estas unidades intentarán mantener cierto espacio de decisión autónoma, de modo de compatibilizar las exigencias funcionales asociadas al cumplimiento de sus objetivos formales con aquellas derivadas de la necesidad de satisfacer otros objetivos e intereses.

En el campo de las relaciones de interdependencia que se establecen entre las unidades centralizadas y descentralizadas se debe considerar en primera instancia que todo sistema organizacional complejo se articula a partir de tres modalidades básicas de interacción:

- 1) aquellas derivadas de la necesidad de procurar y suministrar el flujo de bienes materiales y financieros necesarios para el funcionamiento de cada unidad;
- 2) aquellas destinadas a producir y recibir información y conocimientos técnicos asociados a la actividad especializada que justifica la existencia de cada unidad; y
- 3) aquellas dirigidas a impartir y acatar directivas emanadas de autoridad competente con el fin de asegurar el cumplimiento de ciertos objetivos comunes a las partes involucradas.

Se trata, naturalmente, de una distinción cuyos referentes empíricos se hayan, por lo general, estrecha y complejamente relacionados. No obstante, la distinción nos permite diferentes planos de interdependencia en los que se intercambian diversos tipos de recursos, cuyo control y empleo pueden explicar importantes variaciones en el comportamiento del sistema. Este parece, entonces, un fructífero punto de entrada para el análisis de los procesos de implementación de políticas públicas, ya que a través de las tres formas de relación identificadas se canalizan los flujos de recursos fundamentales que dan vida a un sistema organizacional, esto es, bienes financieros y materiales, información y autoridad.

De esta manera, ya sea a través de una jerarquía, de una relación funcional, o de un *vínculo presupuestario*, se intenta asegurar el mínimo de coordinación necesaria para

convertir políticas públicas, en prestaciones tecnológicas o administrativas puntuales, coherentes con los propósitos de dichas políticas. Formalmente, la estructura y el funcionamiento de cualquier sistema organizacional complejo prevé relaciones de interdependencia de estos tres tipos. El presupuesto, es un ejemplo de interdependencia material o de recursos. El organigrama, de interdependencia jerárquica. El sistema de salud propiamente dicho, de interdependencia funcional.

La descentralización, entendida ahora en el estricto sentido de transferencia a los niveles operativos locales de un mayor número de responsabilidades y funciones implicadas en estas diversas formas de interdependencia, supone adoptar un conjunto de decisiones políticas y técnicas en cada una de estas dimensiones. La naturaleza de estas decisiones dependerá de múltiples factores, y el modelo institucional resultante reflejará, seguramente, un compromiso entre criterios técnico-organizativos y criterios político-institucionales.

La estrategia de descentralización en países como el nuestro, adopta la típica estructura piramidal del modelo *Weberiano*²⁰ consistente en el esquema de **centralización normativa-descentralización ejecutiva**, pero tiende a ser extremadamente jerárquica, debido a que desde el centro se está imponiendo la normatividad y a dejar un reducido espacio para el surgimiento de liderazgos informales o procesos de fragmentación del poder.

Por su parte, bajo regímenes democrático-liberales, tienden a difundirse estructuras de autoridad de naturaleza *poliárquica*. La menor concentración de poder hace posible un mayor aislamiento y autonomía funcional de las instituciones burocráticas, creándose una brecha más pronunciada respecto a las relaciones de autoridad formalmente previstas. Naturalmente, el grado de autonomía de cada unidad de decisión varía, pero la existencia de un patrón general de mayor o menor autonomía depende en muchas ocasiones, de la vigencia de ciertas tradiciones y de las modalidades específicas que adquieren estos regímenes. En cualquier caso, el rasgo dominante es que la estructura de poder se funda en un complejo juego de fuerzas de intereses de corporaciones privadas, organizaciones burocráticas, gobiernos locales, partidos políticos, sindicatos, congreso y gobierno central.

De esta manera, en el plano de las interdependencias de carácter material o presupuestario, también pueden distinguirse dos aspectos: los criterios utilizados en la obtención de recursos y los empleados en su asignación. Bajo regímenes democráticos, la mayor autonomización de las unidades componentes del sistema político institucional, tiende a generar un proceso de *autarquización* en materia financiera. El gobierno central pierde capacidad para decidir la asignación planificada de los recursos, controlando una porción variable de los mismos. La existencia de fondos especiales con afectación específica, convenios de coparticipación impositiva entre la nación y las jurisdicciones políticas menores, instancias de negociación parlamentaria, etc., aumenta la competencia en la obtención de ingresos financieros por la vía fiscal; pero también, en la asignación de los recursos.

En cambio, los regímenes burocrático-autoritarios tienden a hacer prevalecer los principios de unidad y universalidad del presupuesto, para lo cual limitan drásticamente

los diversos mecanismos de autarquía financiera y aumentan su capacidad de decidir autoritariamente la afectación de los recursos. Finalmente, en los autoritarismos tradicionales se produce una virtual monopolización de los recursos en la cúspide de la organización política, guiándose su asignación por criterios totalmente discrecionales.

Por su parte la *regionalización*, es la división del país en áreas geográficas donde se escalonan (o regionalizan funcionalmente) los servicios de salud. Difiere de la

²⁰ Weber, Max "Economía y Sociedad. Esbozo de sociología comprensiva.", México, 1992, pp. 94-97.

descentralización en que no tiene implícita la transferencia hacia las regiones o niveles inferiores la función de toma de decisiones. En este sentido puede ser compatible tanto con la centralización como con la descentralización.

De cualquier modo, los procesos de **regionalización y descentralización** son complementarios. En efecto, al acentuar el criterio de territorio en la definición de descentralización se supone que la delimitación de las unidades territoriales debería incorporar criterios de área geográfica, concentración de población, presencia de establecimientos de salud y respetar esquemas globales de programación regional de desarrollo, así como las divisiones políticas y administrativas consideradas en las legislaciones de los países.

Descentralizar regionalizando, consiste en realizar las divisiones territoriales necesarias hasta el nivel que se determine por economías de escala e impacto epidemiológico social. A esta unidad administrativa de servicios se le denomina sistema local de salud, y es responsable de la salud de toda la población de su territorio y, a su vez, de este nivel administrativo y del servicio. Dentro de los sistemas locales de salud, la atención debe profundizarse, descentralizándose en tal forma que individuos, familias, grupos humanos, y comunidades puedan a su vez tener diversas soluciones en servicios de acuerdo con el tipo de recursos existentes.

Debemos considerar a la **regionalización** como un mecanismo de apoyo a la descentralización de la administración técnica y de servicios, que debe responder a principios claros y deberá establecer, en forma sistemática, la relación territorial con las poblaciones y con los equipos de dirección capaces de organizar los recursos existentes con base en un enfoque epidemiológico de los problemas, en condiciones de eficiencia y equidad.

La **regionalización** debe tener en cuenta los criterios y las decisiones político-administrativas que conforman los sistemas intermedios administrativos de los servicios, los sistemas locales de salud y los hospitales, todos ellos integrando la red de servicios que tendrá a su cargo no sólo la atención a la morbilidad, sino la organización de las actividades en función de los problemas locales identificados dentro de normas nacionales, estatales, que permitan desarrollar un "árbol de objetivos" sanitario-epidemiológicos, nacional, y estatal, así como un "árbol de decisiones" con los mismos niveles.

De ahí también, la necesidad de no confundir a la descentralización tal como la entendemos, con **municipalización**, ya que la municipalización de los servicios de salud puede ser adecuada en los municipios grandes y medianos, pero es discutible su conveniencia en los municipios pequeños. En este caso la restauración del poder local

podría ser entendida como la posibilidad de organizar un nivel local con un conjunto de pequeños municipios, los cuales conformarían un módulo básico de salud, o sea un distrito sanitario.

Por otra parte, debemos diferenciar la descentralización de la **privatización**, suponiendo esta última un traspaso de propiedad de los entes públicos a los privados y adquiriendo estos autonomía total del sector público. La descentralización, por el contrario, no supone una autonomía total de la unidad descentralizada, sino que conlleva la centralización de

algunas funciones a cargo del nivel central, tales como las de coordinación y control de distintos aspectos de carácter nacional.

Finalmente conviene hacer una distinción entre **descentralización y horizontalización**, pues en algunas ocasiones, ambos conceptos son homologados, utilizándose de manera intercambiable. Sin embargo, no son lo mismo. La horizontalización implica una modalidad asistencial, una forma organizacional de afrontar los problemas de salud, que apunta a integrar la atención, a totalizarla, sin enfatizar *a priori* ciertas patologías o grupos de riesgo, en menoscabo de otros.

Así, la *horizontalización* tiende a la identificación, prevención y tratamiento simultáneo, a partir de una población. Se opone a la **verticalización**, a la existencia hegemónica de programas verticales, que en general parcelan el proceso de trabajo y perturban la organización de los sistemas locales. La proliferación de programas verticales ha llevado a veces a la superposición de actividades y recursos en una misma zona y a la tensión y entrecruzamiento de líneas de mando y cadenas de responsabilidad, carentes de articulación las unas con las otras.

En este sentido, sin ser sinónimos, la horizontalidad se ajusta y corresponde como un proceso que procura la descentralización. Pero ello no quiere decir:

- 1) que sea imposible horizontalizar sin haber descentralizado; y
- 2) que aún, habiéndose completado la descentralización no pueda surgir la necesidad, la pertinencia, de establecer un programa o acción horizontal, ejecutada y monitoreada desde el nivel central.

Por lo anterior, la descentralización favorece la flexibilidad de dirección, así como la eficiencia de soluciones y la utilización de recursos y capacidades ociosas, que la centralización no es capaz de identificar. Es posible que la centralización encuentre en la desconcentración una alternativa que puede ser un paso para descentralizar, pero que, en muchos casos, oculta un fortalecimiento de los poderes centralizadores; por lo tanto, no hay descentralización efectiva si no hay asignación de recursos a un territorio determinado, para lograr soluciones a problemas locales identificados por los individuos, los grupos humanos con relaciones de trabajo comunes, las familias y la comunidad.

La descentralización significa mayor y mejor eficacia operativa y administrativa en la ejecución de los planes de desarrollo e implica, asimismo, un mayor realismo en su concepción y un apoyo a lo concreto y factible.

CAPÍTULO 3.-REVISIÓN DEL MARCO JURÍDICO DE LA DESCENTRALIZACIÓN

3.1 Referencias Comparativas

El presente apartado tiene como finalidad efectuar una revisión respecto de ciertos conceptos que desde el punto de vista del derecho, y en el marco de la tradición jurídica del derecho continental o civil, es el que prevalece en los países de América Latina y por lo tanto también en nuestro país.

Conviene aclarar que esta tradición es distinta de la del derecho consuetudinario o de *common law*, que caracteriza a los Estados Unidos de América, Canadá (con excepción de la provincia de Quebec) y al Caribe de habla inglesa, por lo que algunos de los conceptos aquí utilizados no tienen el mismo significado, en particular los referidos al Derecho Político²¹, Derecho Constitucional²² y al Derecho Administrativo²³.

Al igual que en otros aspectos de la realidad económico-política de los países de América Latina, la integración observada a nivel mundial por los diferentes Estados-nación y las diversas formas de cooperación (compárese por ejemplo la consolidación de un mercado norteamericano a partir de la firma del Tratado de Libre Comercio entre Canadá, Estados Unidos de América y México) nos permite vislumbrar a la última década del siglo XX y los albores del siglo XXI como una era de cambios profundos en los paradigmas políticos, económicos, tecnológicos y culturales de las sociedades de vanguardia.

En estos nuevos contextos, el dominio del conocimiento, la eficiencia y la productividad, serán los factores determinantes del progreso y la prosperidad, o bien, de la simple sobrevivencia. Es por ello, que sea aún más importante luchar por incrementar y mantener la **equidad** como componente ético del nuevo desarrollo económico-social, adaptando constantemente las normas jurídicas de nuestro Derecho nacional a la realidad económica, social y política actual.

Desarrollo con libertad, participación y equidad, implican también nuevos desafíos para el

²¹ La denominación Derecho Político se encuentra preferentemente en la literatura española e hispanoamericana. Representa la reacción frente al excesivo formalismo y legalismo del derecho público general, que no tomaba en cuenta los datos histórico-sociológicos ni los económicos, especialmente a partir de la obra de Montesquieu "El Espíritu de las Leyes". Su base es el estudio de las instituciones desde el ángulo jurídico, básicamente el derecho constitucional, junto con la Teoría del Estado, Teoría del Gobierno y la influencia de la sociología política desarrollada en Europa, especialmente en Francia, y de la ciencia política en menor medida, debido al marcado tono norteamericano, poco universal y a su excesivo empirismo.

²² El Derecho Constitucional y el Derecho Político constituyen el derecho público por excelencia, ya que ambos se refieren al conjunto de normas jurídicas que organizan una unidad social de vida política. El Derecho Constitucional es el Derecho Público Codificado (Cfr., Rivacoba y Rivacoba, Manuel de, "División y Fuentes del Derecho Positivo", EDEVAL, Valparaíso, Chile, 1968). En el derecho norteamericano, el Derecho Constitucional según el Black's Law Dictionary, West Publishing Co. St. Paul, Minnesota, 1979, es: "la rama del derecho público de una nación o estado que se refiere a la organización de poderes y marco de gobierno, de la distribución de las autoridades y funciones de las autoridades políticas y administrativas, los principios fundamentales que regulan las relaciones entre el gobierno y los ciudadanos y que prescribe generalmente el plan y métodos de acuerdo con los cuales los asuntos públicos de una nación o estado deben ser administrados".

²³ El Derecho Administrativo es aquella rama del Derecho Público que regula la administración pública como actividad del Estado para la satisfacción de las necesidades públicas, directas e indirectas, por actos concretos y dentro del orden jurídico, y como organización, esto es, como el conjunto de autoridades, agentes u órganos que realizan esa actividad, y que regula asimismo las relaciones recíprocas entre la Administración y los particulares. En el derecho norteamericano, según el Black's Law Dictionary citado en la nota anterior, se conceptúa a este derecho como: "el derecho creado por las agencias administrativas en la forma de reglas, regulaciones, órdenes y decisiones."

derecho y la justicia. Estos desafíos se relacionan con la creación y adaptación de conceptos, instituciones y procedimientos que permitan llevar adelante las actividades

que el desarrollo demanda: en el establecimiento de medios efectivos de participación, mediante consultas, integración de cuerpos decisionales, información a la opinión pública; en instancias judiciales o administrativas expeditas y efectivas a las que se tenga acceso para hacer que la ley se cumpla.

Lo anterior implica por lo tanto, un proceso legislativo (creación de normas) informado y en consulta con los interesados; ejecución por medio de instituciones con competencia clara y dotadas de recursos efectivos, mediante procedimientos abiertos y sujetos a crítica y cambio; y posibilidad real, expedita y efectiva *enforcement* de que se cumplan los cometidos, se usen debidamente los recursos, y se eviten los abusos. El cambio debe ser por lo tanto, de la administración autoritaria a la administración democrática.

Al respecto, ha sido interesante observar en las etapas precedentes de nuestra historia la ausencia de consideraciones jurídicas en los escritos sobre organización de servicios de salud en general y, en particular, en las discusiones que en el pasado se efectuaron sobre servicios locales de salud²⁴. Muchos de los problemas que se observan actualmente, en la complejidad creciente de las relaciones sociales y económicas, se explican, por una parte, por la interdependencia y globalización del Estado moderno, y por la otra, debido a la necesidad de tomar en cuenta nuevos actores, participando directa o indirectamente en la gestión estatal, dado lo cual se ha venido retomando la necesidad de investigaciones y análisis jurídicos que respondan a la dinámica de la descentralización.

Un nuevo esquema general de democratización está afectando el monopolio central de la gestión de gobierno, por lo que se han reactivado las instancias locales y regionales. Se requiere, entonces, revisar conceptos, criterios y mecanismos jurídico-institucionales que responden todavía a tradiciones de pensamiento, cuya rigidez lógica no es necesariamente compatible con la dinámica que exige el progreso y prosperidad a que aspira toda sociedad. La contribución de lo jurídico a este proceso de conceptualización y de institucionalización es evidente.

El ideal jurídico y la realidad jurídico-institucional forman parte y responden a un macrosistema de ideas, concepciones, intereses y realidades que toman a la sociedad organizada en su conjunto, como un todo, que comienza y termina en una noción moderna del Estado. Así, las necesidades locales o regionales de salud y las nuevas demandas que la tecnología plantea sobre la organización del Estado y los particulares en salud, encontrarán su lugar en las formas y características que adopte o que pueda adoptar el Estado en su continua evolución histórico-jurídica.

Las ideas en torno a los Sistemas Locales de Salud (SILOS)²⁵ se relacionan también con la noción y práctica del servicio público, ya que insinúan la necesidad de renovar y de repensar una serie de aspectos que se relacionan con los diversos intereses y con las

²⁴ Dos ejemplos que podemos comentar al respecto, son los relacionados con el Taller sobre Investigación de Servicios de Salud, realizado en Cocoyoc, México, los días 16-21 de julio de 1984 y el Informe de un Grupo de Estudios de la Organización Mundial de la Salud sobre "Investigaciones Destinadas a Reorientar los Sistemas Nacionales de Salud" del año de 1983, los cuales no mencionan la necesidad de tomar en cuenta la variable jurídica, y la misma, en la gran mayoría de casos, quedaba subsumida bajo temas administrativos.

²⁵ Al respecto se pueden comparar diversos análisis efectuados por la Organización Panamericana de la Salud; véase además Secretaría de Salud, "Reseña en Salud", México, 1995

distintas formas institucionales, públicas, privadas y mixtas , que se dan en la prestación de servicios de salud a nivel local o regional. El tema se ocupa también de los derechos

humanos, por cuanto se vincula con la discusión sobre un derecho de atención a la salud. Si bien se trata de un terreno más especulativo, es de gran importancia y actualidad.

Debemos considerar también, que en el seno del Estado tienen lugar una multiplicidad de actividades públicas, privadas, mixtas, individuales y colectivas. En el ejercicio de las funciones clásicas del Estado, esto es, mediante el actuar de los poderes ejecutivo, legislativo y judicial, tienen lugar otra cantidad de actividades. Así la **función legislativa** es creadora de normas impersonales, abstractas y generales. La **función judicial**, atendida por el poder judicial o por instancias administrativas, asegura que las normas se cumplan declarando el derecho en casos particulares. La **función ejecutiva** es aquella, en general, mediante la cual el Estado presta servicios para la satisfacción de necesidades generales, públicas, en forma permanente y con miras al bienestar general.

A las funciones clásicas del Estado, es necesario agregar otras dos que son esenciales de diferenciar en un Estado moderno: la **función regulatoria** y la **función contralora**. Entendemos por función regulatoria aquélla en virtud de la cual, entidades públicas dictan normas obligatorias cuyo propósito es activar la ley, hacer operable el ordenamiento jurídico. El ejercicio de la función regulatoria es fundamental para un desarrollo dinámico, que incluye reglamentos, normas, resoluciones, instrucciones, etc., que deben dictar las Secretarías, dependencias u órganos descentralizados o desconcentrados, municipalidades, empresas públicas y regiones.

La **función regulatoria** es la solución lógica ante la imposibilidad de recurrir al poder legislativo cada vez que sea necesario establecer normas sobre el medio ambiente, la salud o la seguridad pública. La falta de un desarrollo regulatorio con fundamento profesional y técnico, con adecuados medios de consulta y publicidad y con efectividad en su ejecución y cumplimiento constituye una de las barreras más serias en la administración pública actual.

Por su parte la **función contralora** se entiende como poder o autoridad para revisar, regular, ordenar y corregir, el ejercicio de las funciones administrativas en términos de su legalidad y legitimidad. Existe una importante y esencial función contralora que se ejerce por la representación de los gobernados en la gestión pública, y de modo general y permanente por la opinión pública, sin lo cual no puede hablarse de administración pública democrática.

La descentralización administrativa contiene otro concepto eminentemente jurídico consistente en la **transferencia de atribuciones** desde las entidades y organismos centrales hacia las unidades periféricas o locales; significa también la distribución de las competencias públicas entre múltiples entidades administrativas, estatales o no estatales, independientes del poder central, pero sin llegar a tener personalidad jurídica, patrimonio propio y con un ámbito de competencia territorial o funcional. Así, cuando solo se transfieren atribuciones los objetivos de la administración central varían en forma tenue, salvo que la administración los ejerce indirectamente por medio de entidades de diversa naturaleza con distintos grados de autonomía de gestión.

Otro concepto jurídico de gran trascendencia en la estrategia de descentralización, es el

de *delegación*, entendido este como el acto jurídico general o individual, por medio del

cual un órgano administrativo transmite parte de sus poderes o facultades a otro órgano.²⁶ Para que la delegación de competencias sea regular es necesario que:

- 1o La delegación este prevista por la ley;
- 2o Que el órgano delegante esté autorizado para transmitir parte de sus poderes;
- 3o Que el órgano delegado pueda legalmente recibir esos poderes; y
- 4o Que los poderes transmitidos puedan ser materia de delegación.

La falta de una de estas condiciones hace nula de pleno derecho a la delegación, en razón de que la competencia es siempre una cuestión de orden público. Así, hay delegación cuando el superior desplaza parte de sus funciones al inferior, que actúa en nombre y por el superior. Es una decisión del órgano administrativo a quien legalmente corresponde la competencia, por la cual transfiere el ejercicio de todo o parte de la misma a un órgano inferior.

La diferencia entre *delegación y descentralización* radica en que en esta última hay una decisión legislativa por la cual, total o parcialmente, se quita la competencia al órgano superior y se le atribuye a un nuevo ente o a un órgano inferior. En cambio al órgano al cual se delegan atribuciones no es el titular de la acción administrativa que sigue estando radicada en el superior. El superior puede revocar la delegación al inferior en cualquier momento.

Se debe tener en cuenta por lo tanto, que la organización descentralizada gira en torno a dos pivotes fundamentales: el atributo de la personalidad jurídica y la sustracción de la relación jerárquica. La descentralización administrativa encuentra su basamento en la autonomía y ésta exige como *condictio sine qua non* que el organismo tenga identidad jurídica. Así, el Estado inicia la descentralización de sus funciones estableciendo entidades que no se encuadran en la administración central. Estas entidades tienen regularmente personalidad jurídica y patrimonio propios.

Gabino Fraga define a la descentralización así: "...consiste en confiar la realización de algunas actividades administrativas a órganos que guardan con la administración central una relación que no es la de jerarquía..."²⁷. Esa sustracción al principio jerárquico tiene por efecto que la entidad sea pertrechada con autonomía orgánica, esto es, con un haz de facultades que son oponibles a la Administración centralizada y que pueden ser ejercidas libremente. En opinión de otro estudioso del derecho administrativo: "...la distribución de competencias en la descentralización supone personas jurídicas distintas del Estado..."²⁸.

Una entidad descentralizada es entonces una organización personificada y dotada de autonomía orgánica. Ambos elementos son esenciales para una conceptualización que teóricamente distinga descentralización de desconcentración. La descentralización implica la derogación de las facultades en las que se manifiesta la relación jerárquica: facultad de designación de los principales funcionarios de la organización descentralizada; facultad

²⁶ Cfr., Instituto de Investigaciones Jurídicas, "Diccionario Jurídico Mexicano: D-H", México, Porrúa-UNAM, 1987.

²⁷ Fraga, Gabino "Derecho Administrativo", México, Porrúa, 1966, p.200.

²⁸ Olivera Toro, Jorge, "Consideraciones generales de desconcentración", en Revista de la Facultad de Derecho, UNAM, tomo XIII, núm.51, julio-septiembre de 1963.

de mando; facultad de vigilancia; facultad disciplinaria; facultad de decisión y facultad de resolución de conflictos de competencia. El vacío que deja la derogación del principio jerárquico es llenado por el control, que evita la pulverización del poder administrativo.

Pero dotar de personalidad jurídica y patrimonio propios a los entes descentralizados no lo es todo, pues falta su autonomía económica consistente en la libre disposición de los bienes que forman su patrimonio y en la aprobación y ejecución que hagan de sus presupuestos sin ninguna injerencia de la autoridad central.

Desde el punto de vista jurídico, la descentralización en el sector salud en México tuvo como punto de partida el "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"²⁹, en el cual destacan: que cuando se lleve a cabo la celebración o revisión de los Acuerdos de Coordinación se debía proponer el programa de descentralización de los servicios de salud en cada Estado, identificando las actividades a descentralizar; proveer los recursos que serán afectos a la adecuada atención de las facultades transferidas; acordar que el titular de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) dicte los acuerdos de desconcentración de facultades que procedan; definir las directrices de la descentralización de los gobiernos de los Estados a los municipios y fijar plazos para la cumplimentación de los compromisos derivados de los Acuerdos (artículo 2º del mencionado Decreto).

Los Servicios Coordinados de Salud Pública que fueron creados en aquella época, según lo establecía el artículo 3º del Decreto, fueron órganos administrativos desconcentrados con autonomía técnica. Posteriormente se pretendió utilizar la figura de la descentralización al amparo del "Decreto para Descentralizar a los Gobiernos de los Estados los Servicios de Salud que presta la Secretaría de Salubridad y Asistencia en los Estados y los que dentro del Programa de Solidaridad por Participación Comunitaria denominado IMSS-COPLAMAR, proporciona el IMSS"³⁰, no obstante la permanencia del *status* jerárquico de la SSA y del IMSS, respecto de las entidades federativas.

También, en el caso concreto de México, se presentó la figura de la delegación de facultades jurídicas a las entidades federativas, como una forma de impulsar, por parte del Gobierno Federal, una mayor agilidad en la toma de decisiones y asegurar eficiencia y congruencia en el desempeño de la función pública. Entre los considerandos del Acuerdo 122 por el que se Delegan Facultades en Materia Jurídica a los Jefes de los Servicios Coordinados de Salud Pública y al Titular de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Distrito Federal, se menciona que la delegación de facultades: "...es un mecanismo que permite una más adecuada distribución del trabajo y las responsabilidades del servicio y contribuye a mejorar las tareas cotidianas de las unidades administrativas y a fortalecer su autonomía operativa en el marco de las disposiciones legales que rigen nuestra actividad..."

Al mismo efecto fueron aprobados los Lineamientos para el Dictámen de Instrumentos Jurídicos, en los cuales fueron determinados los instrumentos jurídicos que podían suscribir los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados y los Servicios de

²⁹ Publicado en el D.O.F. el 30 de Agosto de 1983.

³⁰ Publicado en el D.O.F. el 8 de Marzo de 1984.

Salud Pública en el Distrito Federal, a saber:

- a) **Convenios de carácter general o marco**, que abarquen distintos rubros y acciones y puedan ser ejecutados a través de anexos de ejecución o programas que se incorporarán al convenio, formando parte integral del instrumento, los cuales se debían enviar a dictamen y registro a la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la SSA. En el caso de los anexos de ejecución o programas, no requerían ser suscritos por quienes participaron en los convenios, pero debían ser avalados por el titular del órgano desconcentrado. En dichos anexos se detallaban las acciones, mecanismos, responsabilidades concretas de las partes para el cumplimiento de un convenio marco.
- b) **Convenios específicos** que se debían referir a una materia o programa en particular.
- c) **Bases de coordinación o colaboración**: son los instrumentos que se suscribirían con dependencias de la Administración Pública Federal centralizada.
- d) **Contratos de naturaleza civil, mercantil o administrativa** en materia de su estricta competencia, de conformidad con el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y los acuerdos delegatorios de facultades.

A pesar de que los instrumentos jurídicos antes mencionados fueron considerados como un conjunto de variantes normativas para ser utilizadas en las entidades federativas, en la realidad no operaron, y se continuaron utilizando las directrices normativas emitidas por la Federación.

3.2 Particularidades Jurídicas del Federalismo Mexicano

El Estado Federal no obstante tener muy diferentes interpretaciones y giros, se caracteriza por lo siguiente:

1. La existencia de dos jurisdicciones (una federal, aplicable a todo ámbito nacional y la local, distinta en cada entidad federativa), coextensas, coexistentes y de jerarquía similar.³¹ La definición de cada una de estas figuras es por lo tanto necesaria para aclarar lo anterior:
 - a) **Coextensas**: significa que la aplicación de ambas jurisdicciones tiene la misma fuerza legal.
 - b) **Coexistentes**: se refiere a que se aplican al mismo tiempo.
 - c) **Igualdad de Jerarquía**: elimina la dependencia de una jurisdicción respecto de la otra.
2. La supeditación de ambas jurisdicciones a la Constitución Federal.

En este sentido, la Constitución Federal establece las bases, en virtud de las cuales se distribuyen las competencias entre la Federación y las entidades federativas.

3. Son aplicadas ambas jurisdicciones directamente a los individuos.

Al amparo de este principio, las normas y autoridades federales aplican su ámbito jurídico sin necesidad de la participación de las entidades federativas y viceversa.

4. Ambas jurisdicciones participan en reformas o adiciones a la Constitución Federal.

³¹ La similitud de jerarquías y el atributo de ser coextensas es reconocido por Felipe Tena Ramírez. La primera característica no la reconocen algunos tratadistas mexicanos como Eduardo García Maynes, ni algunos criterios de la Suprema Corte de Justicia en materia fiscal, pero dicho autor es contradicho en forma congruente y convincente por Mario de la Cueva.

Distribución de Competencias en el Sistema Federal

En cada Nación varía el sistema de distribución competencial aplicable. Así para el caso mexicano, la regla general que establece la Constitución (Art.124) indica que todo aquello que no está expresamente conferido por la propia Constitución a la Federación es materia de las entidades federativas.³²

La realidad de la situación no es tan simple como parece, ya que la propia regla general, para ser tal, no deriva únicamente del Art. 124, sino de su interpretación conjunta con los Arts. 115, 116, 117 y 118 de la Constitución. Al interpretar dichas disposiciones se colige que la regla general de distribución competencial en nuestro sistema se refiere a que: lo que no esté expresamente conferido por la Constitución a la Federación ni a los municipios, ni prohibido a las entidades federativas, será competencia de éstas.³³

Pero lo anterior no es todo, ya que derivado del texto constitucional existen además facultades coincidentes, concurrentes, coexistentes y de auxilio. Así tenemos que:

Facultades Coincidentes.- Son aquéllas que pueden realizar tanto la Federación como las entidades federativas por disposición constitucional y están establecidas en dos formas:

- ◆ Una *amplia*, cuando no se faculta a una o a otras a expedir las bases o un cierto criterio de división, por ejemplo, el Artículo 18 Constitucional, señala que la Federación y los estados establecerán instituciones especiales para el tratamiento de menores infractores;
- ◆ Otra *restringida*, cuando la facultad se confiere a una y a las otras, pero se concede a una de ellas la atribución para fijar bases o un cierto criterio de división, por ejemplo, el Artículo 3º, indica que: "la educación que imparta el Estado —Federación, estados y municipios" —tenderá..." y la fracción VIII, dice: "El Congreso de la Unión, con el fin de unificar y coordinar la educación en toda la República, expedirá las leyes necesarias destinadas a distribuir la función social educativa entre la Federación, los estados y los municipios...", tesis que se reitera en el Art.73 fracción XXV, y en forma casi análoga en el Art. 4º en cuanto a salud se refiere.

Facultades Coexistentes.- Son aquéllas en que una parte de la misma facultad corresponde a la Federación y la otra a las entidades federativas, por ejemplo, el Art.73 fracción XVII, otorga al Congreso Federal la facultad de legislar en materia de vías generales de comunicación, de manera que las vías locales de comunicación son competencia de las legislaturas locales.

Facultades de Auxilio.- Son aquéllas en que una autoridad ayuda o auxilia a la otra por disposición constitucional, por ejemplo, el Art.120 establece la regla general en virtud de la cual los gobernadores de los Estados no sólo están obligados a publicar las leyes federales sino también a hacerlas cumplir.

³² En el caso de México, se adoptó el sistema que estableció la Constitución de los Estados Unidos de América a partir de las enmiendas novena y décima, solo que en el caso mexicano la Constitución establece que las facultades de los funcionarios del gobierno federal deben señalarse expresamente.

³³ El autor que en alguna medida y en forma parcial reconoce esta interpretación es Alfonso Noriega Cantú, en su *Nuevo Derecho Constitucional Mexicano*.

* Las cursivas son mías.

Facultades Concurrentes.- Hay en nuestro país diversos autores que sostienen que estas facultades no existen o por lo menos no se han ejercido³⁴, entendidas como aquéllas que son facultad de una de las dos competencias (Federación o estados) pero que mientras alguna no las ejerza, la otra puede legislar y actuar, hasta en tanto no lo haga la facultada. No obstante, en materia de salud, el Artículo 18 de la Ley General de Salud en relación con el artículo 3º establece ocho hipótesis de servicios que, en tanto no los ejerza la Federación pudieran ejercerlos las entidades federativas en el marco de los convenios de desarrollo respectivos, a saber:

- a) La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el artículo 34 fracción II (Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios);
- b) El programa contra la farmacodependencia;
- c) El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos de curación y productos higiénicos;
- d) El control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso o servicio relacionado con las actividades descritas en el inciso anterior;
- e) El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere la Ley General de Salud;
- f) El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes y cadáveres de seres humanos; y
- g) La sanidad internacional

Federalismo Mexicano de Coordinación, Cooperación y Concurrencia

Estas características de nuestro federalismo, inmersas en nuestra Carta Magna, se deben vincular con el proceso de descentralización, aludiendo a cinco aspectos básicos:

- a) Disposiciones que se refieren concretamente al establecimiento de convenios o mecanismos de coordinación;
- b) Disposiciones que se refieren a facultades concurrentes o coincidentes;
- c) Disposiciones de auxilio de los estados respecto de la Federación;
- d) Disposiciones que no especifican jurisdicción federal o local pero aluden a que habrá una ley reglamentaria; y
- e) Disposiciones que aluden al Estado pero sin establecer elementos que vinculen la facultad sólo a la Federación

Para los propósitos de nuestra investigación se hará referencia sólo a tres de ellas en los términos siguientes:

- a) Disposiciones que se refieren concretamente al establecimiento de convenios o mecanismos de coordinación.**

³⁴ Felipe Tena Ramírez sostiene que si bien no se han aplicado, tampoco existe impedimento para que se apliquen y pudiera resultar conveniente. Así cuando la Constitución se refiere a la "concurrencia" entre la Federación, estados y municipios en los Artículos 4º(cuando se alude a la salud) y 73 fracciones XXIX-C y XXIX-G (asentamientos humanos y ecología) se refiere al concepto de facultades coincidentes en los términos de Tena y de Carpizo.

1. El párrafo tercero del Artículo 26 indica entre otras cuestiones que la ley determinará las bases para que el Ejecutivo Federal coordine mediante convenios con los gobiernos de los Estados, las acciones a realizar para la elaboración del PND y los programas sectoriales, institucionales, especiales, etc.

De gran trascendencia en este mismo aspecto es la fracción VI del Artículo 116 pues refiere que para realizar la transferencia de atribuciones de la Federación a las entidades federativas, se requiere no sólo que se trate de una materia concurrente o coincidente sino que además una ley que emane de la Constitución y que expida el Congreso de la Unión señale la congruencia o la atribución en favor de las entidades federativas y municipios.

El dispositivo de la ley en la materia a que me referí con anterioridad, según mi punto de vista no sería estrictamente indispensable si la transferencia únicamente incluye facultades de auxilio (artículo 120 constitucional) y no de autoridad, aun cuando tenga elementos que consideren recursos financieros, humanos y materiales, los cuales se regirían por la legislación administrativa correspondiente y no de la materia sustantiva de la transferencia.

b) Disposiciones que se refieren a facultades concurrentes o coincidentes

1. El cuarto párrafo del Artículo 4º constitucional establece que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

e) Disposiciones que aluden al Estado pero sin establecer elementos que vinculen la facultad sólo a la Federación

1. Una variante interpretativa al respecto, se refiere a la evolución de la rectoría del Estado y el Estado Social de Derecho, así como al desarrollo integral del país, la cual refiere que se trata de una facultad coincidente cuando la Constitución alude en alguna cuestión al "Estado", siempre que del texto de la disposición o de alguna otra parte de la Constitución que se vincule, no se derive que se trata de una facultad exclusiva de la Federación o por el contrario de las entidades federativas.

El razonamiento jurídico en este punto debe considerar diversas líneas interpretativas:

1º. De acuerdo con el origen de la Constitución, si se tratara de una convención de estados que antes tenían una vida independiente y se unen en un pacto federal (como ocurrió en 1776, en los Estados Unidos de América), es decir, si se tratara de un fenómeno centrípeta, habría quién concluyera que cuando la ley suprema alude al Estado, tal vez bastaría con dicha mención para considerar que se refiere a una facultad no otorgada a la Federación cuyas facultades deben estar debidamente conferidas (en México debe hacerse en forma expresa) por la Constitución a las entidades federativas.

2º. El origen de nuestro federalismo no es centrípeta sino centrífuga, en el sentido de que no existían en las colonias unidades estatales independientes que se hubieran unido con el nacimiento del Estado mexicano, aun cuando es evidente que nuestro pacto federal fue

una necesidad histórica para evitar la disgregación.

Al tener nuestra nación un origen centrífuga—del centro a la periferia—con fuertes facultades en la Federación, sobre todo tratándose del impulso al desarrollo y normas programáticas o derechos sociales, una interpretación posible sería en el sentido de considerar que se trata del Estado representado por la Federación, el facultado por la ley fundamental cuando menciona al Estado, máxime que, si el constituyente permanente hubiera deseado aludir a las entidades federativas habría realizado el señalamiento plural en tal sentido, bastando para ello indicar: “los estados”. Por lo tanto, en esta línea del pensamiento, al aludir la Constitución expresamente al “Estado”, también en forma expresa le está otorgando la facultad a la Federación representante de la nación.

3º. Otra posibilidad interpretativa es en el sentido de que, en efecto, se trata de facultades concurrentes en el sentido tradicional del término, o sea, cuando la Constitución alude al estado, se refiere a aquellas facultades en las que puede intervenir la Federación como representante nacional pero en tanto no lo haga puede ser materia respecto de la que actúen las entidades federativas.

Asimismo, una postura interesante que pareciera atinada y congruente con la evolución de la rectoría del estado y el Estado Social de Derecho, así como con el desarrollo integral del país, sería aquella que indicara que se trata de una facultad coincidente cuando la Constitución alude en alguna cuestión al “Estado”, siempre que del texto de la disposición o de alguna otra parte de la Constitución que se vincule, no se derive que se trata de una facultad exclusiva de la Federación o por el contrario de las entidades federativas.

La línea de interpretación jurídica para arribar a lo anterior pudiera ser que, otorgar la facultad a la Federación en forma exclusiva sin clara alusión expresa en la Constitución sería tan grave como descalificar a ésta en aras de otorgársela a las entidades federativas cuando, si la intención del legislador constituyente hubiera sido otorgársela a los estados, hubiera realizado una mención más concreta indicando el término: “los estados” o bien “las entidades federativas”. En cambio, la evolución de la nación mexicana y su derecho constitucional, nos elevan a la tesis de que en aquellas facultades referidas al desarrollo económico y social o bien normas programáticas o garantías sociales, la intención del constituyente permanente es un federalismo coordinado, cooperativo y coincidente.

De esta manera, es válido interpretar que cuando la Constitución se refiere al “Estado” en alguna materia que incida en el desarrollo económico y social o norma programática estamos en presencia de una especie en la que pueden tener injerencia la Federación, los estados y los municipios, y mientras la Federación no legisle, es válido que lo hagan los segundos, es decir, se trataría a la vez de facultades coincidentes y concurrentes. Es en este sentido que se debe entender la fracción XX del artículo 27 referida al desarrollo rural integral

Así, tenemos que considera que al llevar a cabo la descentralización en el ámbito de la salud, se debe cuidar detalladamente la técnica jurídica que se utilice, para evitar

confusiones que deterioren los beneficios que se pretenden otorgar a la población en el ámbito local.

FALTA PAGINA

No. 37

En **Brasil**, la Constitución de 1988 define las funciones del gobierno federal, del estatal y del municipal, de acuerdo con el marco teórico que hemos descrito. En particular, la Constitución define un conjunto de responsabilidades compartidas que incluyen salud, educación, bienestar social, vivienda y protección ambiental. En estas áreas, la función del gobierno federal es fijar las normas, mientras que los estados son responsables por la prestación de los servicios.

Sin embargo, en la práctica, los tres niveles de gobierno se ocupan de la educación, los servicios de salud, la asistencia social y el cuidado de niños y ancianos. En varios municipios, los gobiernos estatal y federal están involucrados en funciones puramente locales, como los mercados públicos. Con frecuencia, la prestación de los servicios no está coordinada entre los distintos niveles de gobierno. Sin embargo, a pesar del extenso papel del gobierno central, Brasil sigue siendo una Federación descentralizada. La porción del gasto que ejerce el gobierno central es relativamente baja (43% en 1988).

India es un caso interesante en el que el predominio del gobierno de la Unión es el resultado de un traspasamiento de actividades legislativas. La asignación del gasto en la Constitución no es congruente con el marco teórico. Sin embargo, el control del gobierno central sobre las transferencias discrecionales y la extra-constitucional "Comisión de Planeación", amplía las funciones del gobierno central. Por ejemplo la Constitución asigna a los estados la responsabilidad por programas como los de riego, carreteras, agricultura, educación y salud.

En este país de Asia, la responsabilidad compartida entre los estados y el centro se ejerce sobre la seguridad social, el empleo, el seguro de desempleo y la planeación económica y social. Esta mezcla de prestación estatal y supervisión central es congruente con los principios teóricos. No obstante, el papel del gobierno central va mucho más allá de lo que sugiere la legislación. La extra-constitucional Comisión de Planeación otorga al gobierno central el control directo sobre los gastos para el desarrollo. Las transferencias discrecionales por parte de los ministerios aumenta la influencia del gobierno central. En resumen, el gobierno de la Unión tiene predominio con el control de 70% del gasto en 1992.

La **Federación Rusa** es un interesante ejemplo respecto de varias reformas fundamentales al antiguo sistema de sanidad soviético. El financiamiento y la administración de los servicios de salud se están descentralizando y traspasando a 88 regiones; gran parte de la medicina se está privatizando, y una reciente ley de seguros médicos dispone cambios importantes al respecto. En particular, los gobiernos municipales tienen la responsabilidad de los servicios sociales, financiar casi toda la educación primaria y secundaria; 85% del cuidado de la salud y 80% de los servicios públicos.

Empero, algunas prácticas contradicen la teoría. El gobierno central desempeña un papel relativamente extenso en el transporte (construcción de todas las carreteras) y la educación (financiamiento de todas las universidades, vocacionales). El gobierno central ha transferido a niveles inferiores ciertas funciones que quizá debía conservar como las inversiones en autopistas, la vivienda del sector militar y los aeropuertos. En este país, un

asunto que se debe resolver conforme la economía progresa hacia un sistema de mercado, es la asignación al gobierno de las funciones que realizaban las empresas

propiedad del Estado. Estas empresas a menudo se ocupaban de la construcción de caminos, escuelas, edificios y hospitales, actividades que normalmente están descentralizadas en los países en desarrollo.

China es otro sistema bastante descentralizado. En promedio, el gobierno central controla menos de la mitad (47%) del gasto directo. Al igual que en Rusia, los gobiernos provinciales y municipales controlan el gasto en salud y educación, incluyendo el financiamiento de hospitales, clínicas, todas las escuelas públicas, salarios para personal médico y profesorado, así como la administración y mantenimiento de los sistemas.

Los gastos para bienestar social (desempleo) también están bajo el control de los gobiernos locales. Empero, el grado de autonomía local es limitado; sus presupuestos están determinados como parte de un presupuesto consolidado que comprende a todos los niveles de gobierno. El proceso de aprobación de los presupuestos de los gobiernos menores permite al gobierno central ejercer cierto control sobre sus funciones. Este sistema de suministro local de servicios y supervisión central es congruente con la teoría. Sin embargo, el gobierno central presta directamente algunos servicios que podrían ser delegados en autoridades menores, incluyendo el financiamiento de las universidades oficiales así como los hospitales y los servicios en ciertas áreas urbanas.

De este breve examen, queda claro que los gobiernos centrales se suelen encargar directamente de la prestación de servicios que, en teoría, deben estar bajo el control de los gobiernos estatales y municipales. También es evidente que la prestación de servicios mediante entidades extra-gubernamentales no es frecuente en los países en desarrollo. La Comisión de Planeación en la India es una excepción, al igual que los Consejos de Servicios Regionales de Sudáfrica. Estos consejos fueron creados para mejorar la infraestructura y la prestación de los servicios en las áreas donde residen negros y muy pobres. Se asignó a los Consejos la tarea de coordinar los servicios con los gobiernos municipales, en un esfuerzo por lograr economías de escala y mejorar la eficiencia.

La asignación de responsabilidades para el bienestar o la seguridad social difiere de un país a otro. Como mencionamos, en la India la seguridad social es una responsabilidad concurrente gobierno central-estados. En Brasil, todos los niveles de gobierno participan en la asistencia social. En Indonesia, el bienestar familiar y social es responsabilidad tanto del gobierno provincial como del local. En contraste, en Sudáfrica la seguridad social y el seguro de desempleo están bajo la responsabilidad del gobierno central únicamente. En Nigeria, el seguro de desempleo está en manos del gobierno central, al igual que el pago de las pensiones de los fondos públicos. Por otra parte, en Rusia los gobiernos locales asumen los programas de conservación del ingreso que incluyen *allowances* familiares, pensiones y compensaciones por los hijos. En China los gobiernos provinciales y municipales también son responsables por los gastos de bienestar para los huérfanos, los discapacitados y los ancianos sin hijos. Por supuesto, como ya mencionamos, los gastos de este tipo tienden a ser menos importantes en los países en desarrollo que en los industrializados.

4.2 Modelos de Descentralización en los Países Industrializados

4.2.1 La Reforma del Sistema de Salud Ruso

Antes de los trastornos políticos de 1990-91 que condujeron a la desintegración de la Unión Soviética, un 3 a 4 por ciento del PNB que la República rusa sedestinaba a la atención de la salud para sus cerca de 150 millones de habitantes, se financiaba con cargo a los ingresos públicos generales, y los servicios se prestaban por medio de una vasta red de establecimientos, programas y empleados estatales. Este sistema, extremadamente centralizado y burocrático, produjo un número excesivo de médicos y hospitales.

Aunado a lo anterior, ofrecía pocos incentivos para la eficiencia o para proporcionar atención de buena calidad, y descuidaba las medidas preventivas necesarias para combatir los problemas ambientales y de comportamiento más graves del país: la contaminación industrial, la adicción al alcohol y al tabaco, y la mala alimentación. Por consiguiente, el estado de salud de los rusos se estancó en los años setenta y ochenta. En 1990 la esperanza de vida de los hombres rusos era de 64 años —diez menos que en Europa Occidental— y la tasa de mortalidad infantil era de 22 por 1000 nacidos vivos, es decir, dos veces más alta que el promedio de Europa Occidental.

El nuevo gobierno ruso por lo tanto, emprendió varias reformas fundamentales del antiguo sistema de sanidad soviético. El financiamiento y la administración de los servicios de salud se está descentralizando y traspasando a 88 regiones; gran parte del ejercicio de la medicina se está privatizando, y una reciente ley de seguros médicos dispone la introducción y reglamentación de nuevas formas de seguro. Conforme a esa ley y sus enmiendas propuestas, cada región tendrá un fondo de seguro social, y por medio de un fondo nacional se igualarán los recursos entre las regiones. Estos fondos recibirán financiamiento proveniente de deducciones obligatorias de la nómina y de transferencias presupuestarias de los ingresos fiscales generales. Firmarán contratos de suministro de servicios con proveedores públicos y privados, y cada persona podrá luego comprar voluntariamente un seguro privado suplementario que cubra servicios de salud adicionales.

La ley de seguros médicos entró en vigor a fines de 1991, pero el progreso ha sido lento en lo que respecta a su aplicación. Todavía quedan por resolver algunos puntos importantes relativos al sistema, entre los que se cuentan el de la función y alcance de la competencia entre los aseguradores públicos y privados; el de si los riesgos se han de clasificar individualmente o sobre la base de grupos más grandes de personas, y el de la forma en que los fondos de seguros pagarán a los proveedores, por ejemplo, sobre la base de cargos por servicios, mediante asignaciones individuales, o con algún otro método o combinación de métodos.

Los obstáculos prácticos que se oponen a la aplicación del nuevo sistema son enormes, en parte debido a que la estructura administrativa y económica no se ha afianzado: los gobiernos regionales carecen de capacidad para administrar y regular el sistema de salud que van a heredar; la economía y el presupuesto público están sometidos a una grave presión; los salarios reales han disminuido marcadamente en los últimos años; el costo de

los medicamentos y materiales han aumentado con mayor rapidez que la inflación, lo cual ha causado una grave escasez, y los impuestos sobre las nóminas destinados a pagar las prestaciones de los empleados ya representan el 38% de los salarios, lo que hace difícil financiar un conjunto de servicios de salud asequible por medio del sistema del seguro social.

A fin de ayudar a que se superen estos problemas, varios organismos internacionales, entre ellos el Banco Mundial, están colaborando estrechamente con funcionarios de sanidad rusos en la formulación y ejecución de las reformas de la política sanitaria.

4.2.2 La Reforma del Sector Salud en España

Fue durante la década de los ochenta cuando el gobierno español efectuó cambios importantes en su sistema de salud, el cual consideró como una de sus prioridades el consolidar el Sistema Nacional de Salud (INSALUD) y la ampliación de su cobertura hasta un 100%. Además de lo anterior, los puntos más sobresalientes de la reforma fueron:

- ◆ Iniciar la descentralización de la administración hacia las regiones autónomas;
- ◆ Financiar la atención a la salud a partir de contribuciones a la seguridad social en lugar de los impuestos generales; e
- ◆ Instrumentar una nueva metodología para mejorar la planeación y coordinación de la atención en el primero y segundo niveles

Lo anterior porque las condiciones del sistema mostraba fallas en su operatividad entre las cuales se diagnosticó que había entre la población un sentimiento generalizado que consideraba como ineficiente la prestación del servicio; el sistema presentaba fisuras, mala administración y falta de coordinación; los costos habían tenido incrementos bastante considerables, lo que significó una presión para reorientar los gastos; la cobertura no consideraba a toda la población (los pobres y los trabajadores informales carecían de los medios para ingresar al INSALUD); y por otra parte, los autoempleados podían evadir las contribuciones

Es importante mencionar que el INSALUD era el agente principal del sistema siendo obligatorias sus contribuciones y constituido bajo el modelo público de contrato (subrogación). El resto del sistema se integra con pagos directos y aseguradoras privadas.

Respecto del primer objetivo de la reforma, el reconocimiento de la autonomía de las regiones, esta se inició en 1981 con los Tratados Reales de Transferencia, a partir de los cuales se devolvió la responsabilidad del sistema de salud y de la seguridad social a la provincia de Cataluña, expandiéndose el proceso a partir de ese momento hacia las regiones de Canarias, Galicia, Andalucía, Valencia, la Comunidad Foral de Navarra y el País Vasco.

El año de 1986 es importante porque fue cuando se aprobó la Ley General de Salud la cual consideró entre sus principales cambios los siguientes:

- ◆ una descentralización gradual del sistema hacia las 17 regiones;
- ◆ apoyo legislativo a favor de las reformas de 1984;
- ◆ la creación de una red integrada de servicios entre las regiones y los municipios; y
- ◆ la propuesta sobre la creación de un Consejo Nacional de Salud para la coordinación y certificación de los organismos que integran el sector salud.

De esta manera, podemos concluir que en España se parte de un modelo público integrado en el cual la participación del gobierno central es bastante elevada. El núcleo sobre el cual giraron las reformas estuvo constituido por la estrategia de descentralización del INSALUD, a través de la cual se inició la transferencia hacia las regiones autónomas de sus respectivos sistemas de salud. Además de los anterior, la asignación de los recursos mejoró en términos de eficiencia, a partir de la creación de los equipos de salud, los cuales atienden a cerca de la mitad de la población con estándares más adecuados.

Por otra parte, en el año de 1990, se creó la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, encargada de evaluar las reformas, y con tal propósito presentó una serie de recomendaciones un año después de su creación. Al efectuar un diagnóstico sobre el sistema se mencionaron las siguientes cuestiones: problemas de ineficiencia generados por incentivos inapropiados entre los proveedores; insuficiencia de proveedores de servicio y nula consideración del impacto de los costos en los consumidores. Ante esto la Comisión recomendó el fortalecimiento de la equidad y la solidaridad del Sistema.

El reporte ocasionó una gran controversia, pues planteaba cambios estructurales del Sistema al tenor de las reformas efectuadas en el sistema de salud inglés, el cual entre sus características básicas considera: ampliar las capacidades de autogestión de las localidades; la definición de un paquete de servicios de salud para la población abierta y la separación dentro de la provisión médica, de las adquisiciones. En general, la crítica a las recomendaciones se centro en que la utilización del modelo de reforma aplicado en Inglaterra no era el más adecuado para implantarse en España, dado que las condiciones de cada país en el sector salud eran bastante diferentes.

4.2.3 El Modelo Canadiense

El caso del federalismo canadiense es importante, ya que después de los Estados Unidos y Suiza, Canadá es la Federación más antigua del mundo que continúa rigiéndose básicamente por la misma Constitución. Este federalismo tuvo su origen formalmente en el año de 1867, y en aquel entonces abarcaba cuatro colonias o provincias autónomas, todas ubicadas en la zona sudoriental de la América Británica del Norte.

En 1914, cuando Canadá entró a la guerra, el país tenía nueve provincias distribuidas en cinco regiones. Estas constituían una Federación transcontinental muy próspera, que en relación a los varones era una democracia funcional. Con todo, su federalismo, aun cuando nominalmente se regía por el Acta de la América Británica del Norte, no era lo que había sido en 1867. Las provincias eran mucho más fuertes. Su funcionamiento correspondía al federalismo clásico (dos ordenes de gobierno diferentes y coordinados), y el poder iba pasando a las provincias, excepto tal vez, en las tres provincias de las praderas occidentales, donde la tierra y los recursos seguían bajo control federal

Con el Acta de Medidas sobre la Guerra y el advenimiento de un gobierno central intervencionista, disminuyó radicalmente el poder de las provincias. Después de la guerra, las elites políticas y económicas nacionales clamaban por la "normalidad", por la desregulación y el *laissez-faire* en los negocios. Recuperaron el poder diversos regímenes provinciales dinámicos y expansionistas. Durante la Gran Depresión de los años treinta, el federalismo canadiense vivió esta situación profundamente irónica: tuvo regímenes federal (liberal, conservador y de nuevo liberal) que se oponían a la asistencia social, a la intervención estatal y al sistema económico de Keynes, mientras que los primeros ministros provinciales, populistas y carismáticos que si deseaban esa intervención tenían en su favor las facultades constitucionales, pero carecían de fondos suficientes.³⁵ Dos provincias prácticamente se habían declarado en bancarrota.

Para 1942, Canadá era ya prácticamente un Estado Unitario, donde las provincias fueron reducidas a honrar a las municipalidades al desempeñar las labores administrativas que les correspondían a estas. Pronto se efectuaron planes para la posguerra en lo referente a la seguridad social y a la economía de corte keynesiano.

En 1949, la provincia de Terranova-Labrador finalmente se adhirió a la Federación canadiense, cuando Canadá ya era una potencia de rango mediano con grandes instalaciones industriales, muy activa en las Naciones Unidas, en la OTAN y en el *Commonwealth*. Por su nivel de vida, ocupaba el segundo lugar después de los Estados Unidos, e incluso ascendía a un estrato superior al de los Estados Unidos, si se excluía al 10% de la capa más rica de ambos países.

La era centralista del federalismo canadiense de la posguerra terminó alrededor de 1960: reapareció vigorosamente el regionalismo; ejercía el poder un gobierno federal conservador débil y muy dividido, encabezado por Diefenbaker, y se desató en Quebec la "revolución silenciosa". La mejor conocida como *révolution tranquille* constituyó, para el federalismo canadiense, el suceso más importante de los últimos 50 años del siglo.

Con base en lo anterior podemos inferir que el destino del federalismo canadiense literalmente está en juego, a la espera del resultado de la prolongada lucha interna que se libra en la mente y en el corazón de los quebequenses. Podemos agregar también que Canadá se había convertido, a todas luces, en la más descentralizada de todas las federaciones que existían en el mundo, los egresos provinciales y municipales eran muy superiores a los del gobierno federal. El federalismo fiscal era muy importante. Incluso los servicios médicos del Canadian Medicare los administraban y reformaban los gobiernos provinciales. Estos gobiernos significaban mucho más para la ciudadanía que el distante gobierno federal.

Desde 1969, se ha pretendido detener las fuerzas centrífugas, el regionalismo legítimo, el influjo de las distancias, la diversidad y el particularismo de Quebec, factores que estaban corroyendo el federalismo canadiense.³⁶ Con tal propósito y como piedra angular de

³⁵ James Struthers, "No Fault of Their Own": Unemployment and the Canadian Welfare State, 1914-1941, Toronto, UTP, 1983; garth Stevenson, "Unfulfilled Union: Canadian Federalism and National Unity", tercera edición, Toronto, Gage, 1989; Susan Mann Trofinmenkoff, "Dream of Nation: A Social and Intellectual history of Quebec", Toronto, 1983.

³⁶ Robert J. Brym(comp), "Regionalism in Canada", Toronto, Irwin, 1986; "Dynamic Federalism: Continuity and Change since World War II", en Hodgins, John J. Eddy, Shelagh D. Grant y James Struthers(comps), "Federalism in Canada and Australia: the Early Years", Vol. I, Waterloo y Canberra, WLUP, y ANUP, 1978, pp.43-60

Trudeau , se declaró oficialmente que Canadá es bilingüe, pluralista y multicultural. En segundo lugar, las transferencias de pagos y la asignación de recursos financieros a todas las provincias, y el incremento en las subvenciones compensatorias (iniciadas a finales de los años cincuenta) ayudó considerablemente a las provincias más pobres, en especial a la región del Atlántico, en Manitoba y Saskatchewan, e incluso en Quebec. En tercer lugar, debía cambiarse la Constitución para reflejar mejor la realidad regional y la de América septentrional a fines del siglo XX. Si bien bajo el federalismo canadiense ninguna provincia tiene derecho o la facultad constitucional de separarse de la Federación, dirigentes de todos los partidos nacionales declararon que si Quebec, de manera clara y democrática votaba por la secesión, se negociaría la medida aunque esto representara dificultades.

Trudeau obtuvo en 1982 con un documento constitucional en el que se incluye una fórmula de enmienda a nivel federal y provincial, una modesta descentralización con actitud afable hacia la región occidental, y una muy avanzada Carta de los Derechos (con la posibilidad de invalidaciones temporales a nivel provincial). Asimismo, los pueblos aborígenes obtuvieron la consolidación de sus derechos y los derivados de los tratados. A fin de cuentas, e irónicamente, todas las provincias con excepción de Quebec de Leveque, aceptaron esas medidas, las cuales se convirtieron en precepto constitucional.

En la actualidad muchos se preguntan si la Federación canadiense descentralizadora podrá continuar oponiéndose a la creciente integración continental norte-sur, concomitante con el Tratado de Libre Comercio entre Canadá, los Estados Unidos y México. Este Tratado en opinión de muchos quebequeses haría que la secesión de Quebec se apresurara.

A la luz del análisis precedente, se debe considerar al federalismo canadiense desde una óptica variable, en la cual el futuro del federalismo dependerá de la definición de Canadá como nación, la cual probablemente este integrada por muchas regiones y culturas, lo cual podría prevalecer si se encontrara la forma de descentralizar en mayor medida toda la Federación. El aspecto trascendental no sería determinar si la división de Canadá se desplazará hacia alguno de los polos (francófono o anglófono) sino más bien intentar globalizar el concepto de federalismo en toda la nación, lo cual permitiría sostener la simetría esencial entre las diez provincias. El federalismo canadiense deberá también buscar el aglutinamiento de las primeras naciones dispersas por todo el país. Finalmente la cuestión separatista deberá considerarse como el punto de mayor relevancia a fin de evitar divisionismos que pretendan acendrar las diferencias regionales y provinciales, para de esta manera reformular el federalismo hasta hoy practicado por uno más novedoso que logre una integración democrática de toda la Federación.

Aspectos Fiscales y Presupuestales

Las fuerzas actuales de la globalización y las demandas de la economía global presionan sobre Canadá, y mientras los valores esenciales permanecen constantes, las fuerzas del cambio exigen la modernización de la estructura institucional del gobierno y de las políticas y programas. De la misma forma, otro de los factores que repercuten adversamente en la economía canadiense es el del endeudamiento neto externo acumulado por el gobierno, que asciende aproximadamente a 750 mil millones de dólares

canadienses,³⁷ cantidad superior al Producto Interno Bruto, y en permanente déficit anual en el presupuesto del gobierno que representa aproximadamente el 8% del Producto Nacional Bruto.

Respecto de la unión económica canadiense, dado que existe una considerable descentralización de los poderes constitucionales hacia las provincias y puesto que la economía canadiense contemporánea es en buena parte una economía de "servicios", las provincias han podido establecer barreras comerciales interprovinciales, lo cual crea impedimentos y distorsiones en el mercado (por ejemplo la migración de profesionales, la adjudicación de contratos para la compra de bienes destinados al gobierno y la transportación comercial entre las provincias). Incluso en junio de 1994 se firmó al Acuerdo de Libre Comercio Interprovincial entre el gobierno federal y las provincias, con lo cual disminuirían las barreras, aún cuando no se eliminarán por completo.

En cuanto a la redistribución de la riqueza a partir de la transferencia de pagos del gobierno federal a las provincias y a los individuos, la Constitución canadiense reconoce dos niveles principales de gobierno: el federal y el provincial. Las municipalidades han sido creadas y gobernadas por la legislación de las provincias en que se localizan. En la Federación existe una relación fiscal jerárquica, en la que el gobierno federal trata con las provincias, las que a su vez, tratan con los gobiernos municipales.

Por su parte la descentralización de los egresos ofrece la ventaja de que los servicios públicos correspondan mejor con las necesidades y preferencias locales, y de que sean manejados con mayor eficiencia y responsabilidad. Por ello, el gobierno federal desempeña el papel principal en la obtención de ingresos mediante los impuestos, para que a partir de ello efectúe cuantiosas transferencias a los gobiernos provinciales y a los individuos (de acuerdo con las condiciones que el gobierno central establece para ciertas transferencias destinadas a los gobiernos provinciales a fin de que se alcancen los objetivos nacionales). Las provincias, a su vez, se responsabilizan de los gastos para el suministro de los servicios públicos.

En términos generales, el hecho de que el gobierno central recaude los ingresos por impuestos favorece la eficiencia. Esos recursos son entonces asignados de tal manera que, gracias a la descentralización de los egresos, se reducen al mínimo los gastos innecesarios. Los objetivos de la eficiencia económica se ven estimulados por la creación de una infraestructura nacional de bienes y servicios públicos tan esenciales como la educación, la salud y los servicios sociales. Esta infraestructura persigue además de objetivos sociales, favorecer la productividad económica.

Tanto el gobierno federal como los gobiernos provinciales son responsables de procurar el objetivo de la equidad, lo que se demuestra con la promoción de la igualdad de oportunidades, del desarrollo económico y en el suministro de servicios públicos esenciales de calidad. La sección 36 Constitucional reconoce implícitamente un interés en la equidad vertical, aun cuando muchos servicios públicos los suministren los gobiernos provinciales. A fin de que las provincias puedan suministrar un nivel razonablemente comparable de servicios públicos, lo deben hacer también a partir de niveles impositivos y de asignación de recursos en términos comparables entre ellos.

³⁷ Richardson, Robin, "Inside Canada's Government Debt Problem and the Way Out", The Fraser Institute, 1994.

La fracción 2 de la mencionada sección 36 Constitucional, compromete expresamente al gobierno federal a utilizar su capacidad para recaudar los ingresos y efectuar pagos compensatorios a las provincias. Asimismo, asegura que se satisfagan los intereses de la equidad horizontal, estipulando que en el nivel de los pagos compensatorios a las provincias permita que los servicios públicos, estén al alcance de los canadienses en todo el territorio nacional.

Los valores y responsabilidades marcados en la sección 36 se estructuran a partir de tres programas fundamentales sobre las transferencias del gobierno federal a las provincias: el **Programa de Compensaciones**, el **Financiamiento de Programas Establecidos** (que suministra fondos al sistema nacional de salud y a la educación posterior a la secundaria) y el **Programa Canadiense de Asistencia** (programa que permite a las provincias suministrar ayuda asistencial a los individuos). Los valores de la sección 36 se expresan, además, en los programas de seguridad en materia de ingresos que el gobierno federal efectúa su financiamiento a partir de transferencias directas a los individuos.

En opinión de Peter A. Cumming³⁸, una de las razones para la formación de federaciones es que posibilitan el que las partes constitutivas sean económicamente más eficientes y, por lo tanto, más capaces de generar riqueza cuando participan en un fondo común su soberanía económica. Opina también que no obstante lo anterior, en todas las federaciones existen miembros regionales que, debido por lo general a razones climáticas y geográficas son menos prósperos que sus socios. A fin de resolver esta problemática Cumming propone el apoyo de los estados con mayor riqueza hacia las regiones más desprotegidas, así como la participación del Estado, desde un punto de vista asistencial, en el cual el gobierno central realiza funciones redistributivas de la riqueza, a través de medidas de seguridad social y de programas sociales estructurados para beneficiar a los individuos de menos recursos.

En materia de egresos una de las características que más benefician a la población es el compromiso nacional para compartir la riqueza y los beneficios de la confederación. Desde el fin de la segunda Guerra Mundial, sucesivos gobiernos federales han establecido un vasto sistema de asistencia social, con el que se pretende asegurar el bienestar material y físico de todos los canadienses independientemente de donde vivan o de sus circunstancias personales.

Así, el sistema canadiense de bienestar social encierra dos importantes componentes, uno de los cuales es el suministro de fondos federales a través de programas como:

- El Beneficio de Impuesto por Niñez
- El Seguro de Ancianidad

Ambos hacen transferencias que van directamente del gobierno federal al individuo para garantizar un nivel de ingresos que permita satisfacer las necesidades básicas.

El segundo componente es el suministro de fondos federales a los gobiernos provinciales,

³⁸ Peter A. Cumming, "Canadá y el Federalismo Fiscal en el Siglo XXI", en: Alicia Hernández Chávez (coord) "¿Hacia un Nuevo Federalismo? ", El Colegio de México, FCE, Fideicomiso Historia de las Américas, México, 1996, p.270.

a fin de que puedan proporcionar mejor infraestructura social a sus residentes. Lo anterior se realiza a través de:

- La Ley sobre Convenios Fiscales Federativo-provinciales
- Educación Federal Posterior a la Secundaria; y
- Contribuciones para la Salud de 1977 -reformada con el nombre de Ley sobre Convenios Fiscales, la cual abarca el Programa de Compensaciones y el de Financiamiento de Programas Establecidos (EPF)³⁹

De esta manera el financiamiento federal llega a las provincias a través del EPF en lo referente a la salud y a la educación posterior a la secundaria. Si bien cada uno de estos programas de financiamiento es de iniciativa federal, los asuntos a los que van dirigidos, por ser cuestiones de legislación constitucional, se asignan en exclusiva a la autoridad legislativa de las provincias, de conformidad con la Ley Constitucional de 1867.

El fundamento constitucional para la participación federal en esta y otras áreas de exclusiva jurisdicción provincial se encuentra en la autoridad federal en materia de egresos. La teoría de la autoridad en materia de egresos se desarrolló en los años cuarenta para superar las barreras constitucionales al desarrollo social impuestas por dos famosas decisiones del Consejo Privado.

En la época de la ConFederación, la responsabilidad legislativa en lo referente a bienestar social competía en exclusiva a los gobiernos y legislaturas provinciales. Históricamente, los servicios sociales estaban a cargo de organizaciones privadas de carácter religioso y caritativo establecidas en comunidades, así como de las municipalidades. Cada una de esas instituciones se hallaban sometidas a la jurisdicción provincial, de conformidad con lo establecido en la Ley Constitucional de 1867.

Las provincias por lo general, se hallaron en la posibilidad de desempeñar sus nuevas responsabilidades a principios del siglo XX, e iniciaron tales programas precisamente con el seguro de desempleo. Sin embargo los programas provinciales de bienestar social mostraron su incapacidad frente a la magnitud de las necesidades y dificultades experimentadas durante la Gran Depresión de los años treinta. La situación desesperada de las provincias se debió en gran parte, al desequilibrio de las responsabilidades provinciales en lo relativo a programas sociales y su escasa capacidad para recabar fondos. Así, mientras la responsabilidad asistencial correspondía a las provincias, la sección 92 fracción 2, de la Ley Constitucional de 1867 limitaba a estas tan solo a recaudar los fondos por medio de los impuestos directos.

Ante la situación antes descrita, las provincias se vieron en la necesidad de solicitar al gobierno federal mayor ayuda financiera. Aún más importante fue el hecho de que, a pesar de la división de poderes, las provincias y los individuos comenzaron a demandar que los problemas sociales y económicos a que se enfrentaba el país se enfocaran a nivel nacional.

Como resultado de lo anterior, el gobierno federal procuró legislar directamente en el campo de la política social, pero sus decisiones se enfrentaron a opiniones diversas

³⁹ Siglas que corresponden a su significado en inglés.

respecto del Consejo Privado, ante lo cual la única salida era proponer una enmienda constitucional para que la Federación desempeñara un papel importante en la política social.

Además de lo anterior y ante el incremento del proceso de urbanización, así como la mayor demanda de los canadienses para obtener una mayor seguridad material y física, muchas provincias observaron que los costos de los programas reclamados por la ciudadanía serían prohibitivos ya fuera por las limitaciones constitucionales de su autoridad para decretar impuestos, ya por impedimentos de orden práctico para obtener ingresos a que se enfrentaban las provincias pobres. Lo anterior se hizo evidente tanto para las provincias como para los individuos que cada vez recurrían en mayor medida a solicitar el apoyo del gobierno federal, quién considero engorroso enmendar la Constitución cada vez que se sintiera obligado a encargarse de alguna cuestión referente a la política social, que de otra manera sería responsabilidad de las provincias.

La participación federal por lo tanto tiene una importancia fundamental en materia de egresos, lo cual se pone de manifiesto en que durante los últimos 45 años, ha puesto en práctica gran número de iniciativas en la materia. El ejercicio de esa autoridad se ha considerado como un medio para fortalecer y facilitar la unión económica, porque permite la creación de una infraestructura social de apoyo en el ámbito nacional. Dicho ejercicio se ha considerado también como un medio de redistribución equitativa de los beneficios derivados de la unión económica.

De lo anterior se puede desprender que la autoridad en materia de egresos ha proporcionado al gobierno federal los medios para llevar a la práctica el valor constitucional básico de la equidad, al declarar que el acceso a ciertos tipos de beneficios y servicios sociales es un derecho de todo ciudadano canadiense, instituyéndose la autoridad en materia de egresos desde la segunda Guerra Mundial, en un instrumento básico de la nación.

Entre las iniciativas de la autoridad en materia de egresos se incluyen las subvenciones directas del gobierno al individuo, como las pensiones familiares (de 1944 a 1993). Pero las iniciativas de mayor alcance y de mayor impacto político son los programas de gobierno a gobierno, los de compartimento de costos y las subvenciones condicionales. Dentro de los programas clásicos de compartimento de costos, el gobierno federal se compromete a realizar aportaciones equivalentes a las que efectúen los programas administrados y establecidos por las provincias en áreas de exclusiva jurisdicción provincial, siempre que se ajusten a las normas y al criterio del gobierno federal. El Plan Canadiense de Asistencias es el más importante de los programas de compartimento de costos actualmente en vigor.

En cuanto a los subsidios condicionales, los más importantes son los acordados de conformidad con la Ley de Convenios Fiscales. Según lo establece esta Ley, el gobierno federal suministra financiamiento a las provincias en los rubros de salud y de educación posterior a la secundaria. En este sentido es importante destacar que la Ley de Salud no permite que el gobierno federal aporte fondos para el rubro de salud a aquellas provincias cuyos sistemas en el ramo de la salud no cumplan los objetivos médicos que ella señala.

No obstante la importancia de la participación federal en el ámbito social, las provincias

han efectuado severas críticas, destacando sobre todo Alberta y Quebec. Señalan en primer lugar, que el ejercicio de esa autoridad a través de programas de compartimento de costos pone trabas a la libertad de las provincias, en la medida en que éstas quedan obligadas a destinar fondos a planes de acción escogidos por el gobierno federal.

Señalan también que en lo referente al compartimento de costos en los programas de subsidios convencionales, las condiciones establecidas en la legislación federal constantemente describen con gran detalle la estructura institucional y administrativa de los programas lo cual implica la intromisión del gobierno federal en áreas de exclusiva jurisdicción provincial. Las perspectivas de las provincias al rechazar su participación implica que los residentes de las mismas queden sujetos al pago de impuestos sin beneficio alguno, lo cual tiene un efecto coercitivo sobre los gobiernos y legislaturas provinciales.

Las estimaciones presupuestarias federales para 1994-1995 indicaban que 67,100 millones de dólares, o cerca del 41% de un total de 163,600 millones por concepto de egresos, se destinarán a transferencias en efectivo a gobiernos e individuos, de conformidad con lo que se denomina "autoridad para gastar" que la Constitución concede al gobierno federal. A continuación se expondrán los dos principales programas de transferencias del gobierno federal:

Programa de Compensaciones

La compensación es la característica fundamental del programa destinado a reducir las desigualdades entre las provincias. En cumplimiento de este programa, el gobierno federal proporciona subsidios incondicionales en efectivo a las provincias denominadas "carentes de todo". El principio básico del programa consiste en que el gobierno central tiene la responsabilidad, en nombre de la nación, de asegurar a cada provincia los ingresos adecuados a fin de que pueda proporcionar un nivel mínimo de servicios públicos sin recurrir a impuestos considerablemente altos. Los subsidios que otorga el gobierno federal sin ninguna condición cubren la diferencia entre los impuestos o ingresos provinciales *per cápita*, derivados de 37 fuentes de ingresos, y el ingreso medio *per cápita*, correspondiente a esas mismas fuentes de ingresos en cinco provincias "representativas" (Quebec, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, y Columbia Británica).

Así una provincia donde existe una deficiencia neta en capacidad fiscal *per cápita*, teniendo en cuenta las 37 fuentes de ingresos comparadas con los ingresos medios *per cápita* de las cinco provincias representativas, recibe una transferencia en efectivo igual a la deficiencia neta *per cápita*, multiplicada por el total de su población. En el periodo 1993-1994, los pagos compensatorios realizados por la tesorería federal a las siete provincias con una deficiencia neta *per cápita* en capacidad fiscal alcanzaron un total de 8,400 millones de dólares. Para el caso de la provincia más pobre (Terranova), las transferencias por concepto de pagos compensatorios equivalen aproximadamente al 27.5% del total del ingreso provincial.

Programas Establecidos (Salud y Educación Posterior a la Secundaria).

En 1993-1994, el gobierno federal entregó en efectivo y mediante transferencias impositivas 20,400 millones de dólares a las provincias para sufragar los costos de los servicios de salud y de la educación posterior a la secundaria. Este programa se denomina Financiamiento de Programas Establecidos (EPF). Se trata de un acceso a los subsidios condicionales para el que las provincias beneficiarias, para calificar a la transferencia, deben cumplir las condiciones señaladas por el gobierno federal a través de la Ley de Salud para la prestación de los servicios de salud en las provincias.

Desde 1982, el total de las transferencias federales tanto al renglón salud como al de la educación posterior a la secundaria se ha calculado de la forma siguiente:

1. Considerando el promedio nacional *per cápita* de la aportación federal a estos programas en 1975-1976;
2. Elevando esa suma mediante la escala de variaciones del PNB por todos los años comprendidos; y
3. Multiplicando la cantidad así obtenida por la de la población de la provincia de ese año.

No obstante lo anterior, el gobierno federal ha aplicado varias medidas en diferentes épocas desde 1982 para restringir el incremento de las transferencias con base en el EPF. El importe que corresponde a las provincias, se transfiere a través de una combinación de "tasas impositivas" y de transferencias reales de dinero en efectivo. En 1977, el gobierno federal cedió a las provincias 13.5 puntos de la tasa impositiva sobre ingresos personales y 1% de la tasa impositiva de las empresas.

Lo anterior significa que el gobierno federal estuvo de acuerdo en decretar impuestos a tasas inferiores a las que en otra forma se habrían aplicado, y que permitió a las provincias elevar sus tasas para que los impuestos provinciales adicionales así generados se aplicaran al financiamiento del renglón salud y de la educación posterior a la secundaria.

Así para aquellas provincias cuya capacidad para obtener ingresos mediante la tasa impositiva adicional esté por debajo del promedio nacional, el "componente impositivo" de su transferencia por el EPF en realidad equilibrará los ingresos reales que pueden esperar generar a través de la tasa impositiva adicional más una transferencia en efectivo que realiza el gobierno federal para que se alcance el promedio de las cinco provincias representativas.

Lo anterior significa que si bien la aportación *per cápita* en los rubros de salud y educación posterior a la secundaria es igual en todo el país, en las provincias con baja capacidad fiscal el componente en efectivo será mayor que en las provincias con una capacidad fiscal equiparable o superior al promedio nacional, y que el componente impositivo será menor.

Así de los 20,400 millones de dólares de transferencias impositivas y en efectivo a las provincias, de conformidad con el EPF, en 1993-1994 sólo 9,300 millones se realizaron en efectivo. Los 11,100 millones correspondientes a las transferencias impositivas

cubrieron la diferencia.

El presupuesto federal de 1990 congeló las transferencias realizadas de conformidad con el EPF en el nivel que alcanzaron en 1988-1990, y se tiene considerado continuar indefinidamente con dicha estrategia. La política en este aspecto pretende enfrentar el déficit anual del gobierno federal y la creciente deuda pública, básicamente a partir de la reducción de las transferencias en efectivo y del incremento correspondiente de las transferencias impositivas.

Tenemos por lo tanto que en el sistema canadiense de transferencia de pagos del gobierno federal a las provincias por conducto del Programa de Compensaciones, del Financiamiento de Programas Establecidos y del Plan Canadiense de Asistencia, unido a las transferencias directas a individuos a través del sistema de seguridad social (Seguro de Desempleo, Beneficio de Impuesto Niñez, Seguro de Ancianidad y Seguro del Ingreso Garantizado), proporcionan los bienes públicos esenciales como atención médica, educación, protección de los ingresos y seguridad material.

El modelo canadiense de descentralización procura que sin disminuir su compromiso con la libre empresa y el mercado libre (escuela neoliberal), como los mejores medios para generar más riqueza al mayor número posible de individuos, al gobierno le corresponde desempeñar un papel decisivo a través de amplios programas de seguridad social, cuyo fin es asegurar la justicia distributiva.

4.3 Descentralización en América Latina

La descentralización en esta región adquiere características similares en lo referente al sector salud, ya que en la mayor parte de estos países se reconoce la necesidad de transformar sus actuales sistemas de salud dispersos en diferentes instituciones, para integrarlos en uno solo que aglutine a los niveles federal, estatal y municipal. Lo anterior a partir de la institucionalización de Consejos o Sistemas nacionales que controlen y permitan desarrollar una estrategia de atención a la población abierta que carece de recursos económicos para contratar servicios privados de salud.

Además de lo anterior, los servicios de salud en Latinoamérica se han caracterizado por una dinámica centralista que en la mayoría de los países de la región ha provocado el distanciamiento de la toma de decisiones, respecto de las áreas prioritarias donde la población carece de servicios de salud.

Una variante adicional es el impacto causado por la globalización de las economías a nivel mundial, ya que los países latinoamericanos en repetidas ocasiones aplican programas elaborados en países con estructuras económicas y sociales diferentes, aunque dichos programas redunden en el estancamiento y agudizamiento de las carencias en materia de salud.

De esta manera, el prototipo de la descentralización en América Latina deberá tomar en cuenta primero las particularidades de cada país de la región, que como regla general en sus sistemas económicos presentan elevadas concentraciones de ingreso, carencias

ancestrales en materia de salud y una tendencia decreciente de sus ingresos.

Por si esto no fuera suficiente, al interior de la región se han perpetuado concepciones

reticentes a la descentralización presupuestal, ya que ello es considerado como una pérdida de unidad y fortaleza de la Federación respecto de los estados, además de que el uso independiente de los recursos por parte de cada gobierno estatal es visto como una limitante al desarrollo integral de cada nación.

4.3.1 La Experiencia Chilena

Fue durante el régimen militar cuando por primera vez se comenzó a percibir la necesidad de separar las funciones en el sector salud que hasta ese momento tenían un alto grado de concentración y centralización. Se definieron tres, a ser ejecutadas por organismos diferentes: la función normativa y de control radicó en el Ministerio de Salud, la ejecutora en los Servicios de Salud (SNSS) y la financiera en un organismo creado a tal efecto, el Fondo Nacional de Salud (FONASA). No obstante lo anterior, las funciones que desempeñaron tuvieron características híbridas porque la reorganización en el plano nacional permitió ambigüedades respecto de las atribuciones y responsabilidades de los diversos organismos.

El sistema de salud chileno es mixto y considera la participación de los sectores público y privado en materia de seguros, financiamiento y entrega de servicios. Así el sistema de salud público es dirigido por el Ministerio de Salud (MINSAL), entidad que diseña las políticas y programas; coordina las entidades del área, y supervisa, evalúa y controla las políticas de salud.

Se redefinió la misión del Ministerio: en aras de su función supervisora y normativa, éste no deberá tener funciones ejecutoras. Se estructuró además en tres divisiones y un departamento: División de Programas de Salud, División de Planificación Estratégica, División de Programas de Apoyo a la Gestión y Departamento de Presupuesto y Administración, y se estableció un gabinete unificado del Ministro y del Subsecretario. La función productora y proveedora se concentra en los Servicios de Salud.

El FONASA, de administrar básicamente la modalidad de libre elección y de servir como ente recolector y pagador de los servicios de salud, pasa a asumir las funciones de administración, control y compra del seguro público de salud de carácter solidario. Destacan además las funciones siguientes: establecer contratos con prestadores públicos y privados para promover eficiencia técnica y asignativa en el uso de los recursos; fiscalizar el correcto uso por parte de los beneficiarios y prestadores a fin de minimizar la filtración de recursos públicos; supervisar la recaudación de cotizaciones para minimizar la evasión; promover directamente o por medio de terceros un servicio de intermediación que facilite el acceso a los beneficios y copagos de acuerdo con las prioridades político-programáticas y dentro de un marco de equidad y eficiencia.

El marco de referencia que se puede observar en Chile, parte de la base de que el MINSAL al tener funciones operativas y ejecutoras, coartaba las funciones de los Servicios de Salud que para tomar decisiones continuamente recurrían a diferentes

dependencias del Ministerio, que al actuar descoordinadamente, generaban demandas duplicadas y traslapadas. Era también inadecuada la supervisión realizada por el Ministerio de las áreas de salud, quienes a su vez, no supervisaban adecuadamente la atención privada municipalizada, debido a la escasez de personal y a su inadecuada

calificación para tales fines. De allí que fuera necesario reforzar la capacidad institucional y de recursos humanos del Ministerio de Salud y de sus agencias autónomas.

En cuanto al financiamiento se propiciaban distorsiones en la fijación de precios y en el patrón de utilización de servicios de salud, la transferencia de recursos no estaba vinculada a resultados, y había problemas en los mecanismos de financiamiento: el sistema de Facturación por Atenciones Prestadas en Municipalidades (FAPEM) originaba grandes déficits en las municipalidades pobres, no promovía la eficiencia de costos unitarios ni un sistema de referencias adecuado. En el caso de otros niveles de atención, el desajuste respecto de la inflación del sistema de Facturación por Atenciones Prestadas (FAP), compensado por transferencias suplementarias acarrió una centralización de decisiones sobre el gasto realizadas en función del marco presupuestario global y sin negociaciones que vincularan los recursos a los resultados.

La base productiva del sistema de salud público está conformada por 27 Servicios de Salud autónomos, y de ellos depende la infraestructura hospitalaria pública del país, compuesta por 188 hospitales de distinto nivel de complejidad. Estos son los que se encargan de realizar las prestaciones de salud secundaria y terciaria, las cuales incluyen las prestaciones médicas de especialidad, urgencia, odontológicas, exámenes de laboratorio, exámenes de imagenología, intervenciones quirúrgicas, atenciones de parto y días de hospitalización.

La atención de salud primaria está a cargo de los Centros de Atención Primaria, constituida por 329 consultorios y 996 postas. La gran mayoría de estos establecimientos son administrados por las municipalidades y tienen a su cargo la atención de salud desde el recién nacido hasta niños de 14 años, la consulta por morbilidad y el control de salud de adulto y del adolescente, más los controles del embarazo y la planificación familiar.

El sector público se financia principalmente a través de dos fuentes de ingresos: las cotizaciones de los afiliados al (FONASA), con un 37 % y el aporte fiscal directo que representa el 42%. La tercera fuente de entrada del sistema público de salud es el copago para acceder a la modalidad de Libre Elección y a las prestaciones institucionales, fuente que en 1992 representó solamente el 7% del gasto total del área pública.

Respecto del flujo de recursos, el FONASA recibe los recursos fiscales y de las familias para traspasarlos a los Servicios de Salud y a los oferentes privados adscritos al sistema de libre elección. Los Servicios de Salud a su vez traspasan los fondos a los hospitales públicos, a los centros de atención primaria y a diversos subsidios. El financiamiento de los hospitales se efectuaba a través de *items* por la vía de Facturación de Atenciones Prestadas (FAP). En la actualidad el sistema FAP está siendo reemplazado por uno de financiamiento basado en presupuestos prospectivos negociados, los que se originan a partir de Compromisos de Gestión entre los Servicios y el MINSAL. En éstos los servicios se comprometen a realizar ciertas actividades y obtener ciertos resultados mientras que el Ministerio adelanta los recursos financieros para la realización de estas actividades.

Se incorpora el uso de pagos relacionados a resultados a través de un esquema de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD). En éste, FONASA retribuye los bienes y servicios de consumo utilizados por los hospitales de los Servicios de Salud de acuerdo a diagnósticos

resueltos. Debido a dificultades metodológicas para ampliar este mecanismo de pago a todos los diagnósticos, el mecanismo PAD coexistirá en el corto y mediano plazo con una variante "FAP corregido" denominado Pago Prospectivo de Prestaciones (PPP).

En lo relativo a mecanismos de financiamiento de la Atención Primaria, éstos recibían el total del aporte sectorial -para insumos y salarios- de acuerdo al mecanismo de Facturación por Atención Prestada en Establecimientos Municipales (FAPEM), complementando las municipalidades ese aporte con recursos propios. A partir de julio de 1994 se ha procedido a la implementación de un nuevo sistema de asignación de recursos para la atención municipalizada de salud, basado en la aplicación de un pago *per cápita* por población adscrita.

En la dinámica puesta en marcha por este país, sobresalen aspectos como el de infraestructura y recursos humanos, ya que es en estos rubros donde se han detectado las mayores limitantes para el logro del fortalecimiento y modernización del sistema público de salud, en la búsqueda de la equidad, la descentralización, la participación ciudadana, humanizar los servicios, construir un nuevo modelo de atención y en general elevar la calidad de los servicios.

La reforma en este país considera también profundizar la separación de funciones entre el Ministerio de Salud (MINSAL) y los Servicios de Salud (SNSS). Se crea un instrumento que convierte los resultados concretos de la gestión en el núcleo de la asignación del financiamiento: los "compromisos de gestión".

Asimismo para elevar la productividad de los recursos humanos se consideran modificaciones de contratación y remuneración. Concretamente existe un proyecto de ley que permitiría en el caso de los profesionales de los servicios de salud, entre otras cosas: flexibilizar y descentralizar profundamente la conformación de las plantillas; sumar a la antigüedad de la carrera funcionaria el reconocimiento del desempeño, del mérito y la eficacia; promover la asignación de responsabilidades individuales y entrelazar el reconocimiento del desempeño individual con el institucional; y condicionar a concursos la permanencia en el sistema.

Por lo que se refiere a la evaluación de la calidad de los servicios de salud, se instrumentaron indicadores del desempeño a fin de que sean superiores a los índices de actividad en uso, de carácter eminentemente cuantitativos y por ende relacionados con los insumos y no con los productos.

La política de descentralización en Chile parte de un sustancial rezago de la modernización del Estado en general respecto de su organización, sus recursos humanos y sus estilo de gestión. Lo anterior explicado porque durante el régimen militar, el Estado se consideró por definición ineficiente, y las políticas se abocaron fundamentalmente a reducir el sector público, asociado con lo burocrático y anacrónico. Los niveles de empleo y de las remuneraciones se deterioraron hasta un punto crítico que amenazó la modernización administrativa, y las empresas y la administración estatales sufrieron atrasos tecnológicos y falta de inversión ⁴⁰

⁴⁰ Marcel, Mario, "Modernización del Estado y gestión de recursos en el sector público en Chile", ponencia sustentada en el quinto seminario-taller sobre "Modernización del estado" I/ La administración pública, PNUD/MIDEPLAN, Santiago de Chile, septiembre de 1993; y del mismo autor: "Modernización de la gestión pública en Chile. Antecedentes, orientaciones actuales y avances", ponencia-dictada en el seminario "Experiencias Internacionales de Modernización de Gestión Pública".

Por lo anterior, el gasto social en la salud y educación públicas sufrió sustanciales recortes, e ingentes recursos públicos se destinaron a privatizar el sistema previsional y consolidar las instituciones de salud previsional (ISAPRES). Se desestimó un ajuste expansivo del gasto social que, velando por los equilibrios macroeconómicos, elevara la productividad del uso de los recursos y, en cuyo caso, hubiesen sido medulares las mejoras de la gestión.

La reducción presupuestal aludida anteriormente, observó un giro significativo a partir del año de 1990, pues en este año se produjo un aumento relevante en el gasto público en salud en términos reales. Sin embargo el grave deterioro de los hospitales que existía en ese año, requería de un volumen importante de recursos para su solución, así como el incremento de la productividad y una mejor calidad de la atención para solucionar además el grave problema de ineficiencia en la administración de estos recursos.

Entre las particularidades del sector salud se deben agregar algunos aspectos relativamente exógenos a la gestión interna de los recursos, por su impacto negativo sobre la eficiencia sectorial. En primer lugar, la expansión de la atención primaria se dio en contra del nivel terciario, lo cual se tradujo en un severo recorte de recursos para la red hospitalaria y acarreó un desequilibrio del sistema de salud. Al recorte se sumó la estructura del gasto, y la ostensible subinversión: en la década de los ochenta un 98% eran gastos corrientes y únicamente un 2% se destinaba a la inversión. Así la prioridad asignada a la atención materno-infantil se dio en menoscabo de la atención de adultos y de tercera edad y de las respectivas acciones preventivas.

Las mejoras de la gestión en los servicios públicos específicos tiene como plataforma de apoyo un ejercicio de planificación estratégica, orientado a realizar un escrutinio de eficiencia, a partir del cual se plantean proyectos específicos para mejorar la gestión, tales como: la supresión de las funciones innecesarias y la externalización de aquéllas consideradas secundarias, la reorganización de los proyectos de trabajo, y el mejoramiento de la atención al público. Como parte de este programa, también se diseñan y ejecutan sistemas de información de carácter descentralizado en los servicios, los cuales permitan evaluar los siguientes aspectos: la eficacia, eficiencia y economía con que se brinda el servicio

Otro aspecto relevante en la estrategia descentralizadora en Chile consiste en la introducción de vínculos entre remuneraciones y desempeño en la política global de remuneraciones, que establecen estímulos y recompensas congruentes con una gestión pública orientada a los resultados. Se han incorporado también indicadores de metas institucionales y del desempeño en la discusión del presupuesto incluyendo estos parámetros en el debate parlamentario, con lo cual se pretende transformar las restricciones presupuestarias propias de las finanzas públicas en un instrumento activo de la gestión pública.

La legitimidad de la política de remuneraciones se facilita al dictarse los reglamentos respectivos también en forma descentralizada en los servicios de salud, lo cual permite la negociación y la apertura hacia formas diversas de calificación. Se pretende así, que en el plazo de cuatro o cinco años, la definición de los incentivos sea totalmente descentralizada y que para entonces sólo se realice a nivel central la consideración de un

monto de dinero para tales fines.

En el presupuesto de 1995 se incluyeron cuatro categorías de indicadores: de cobertura, que identifican el número de usuarios atendidos o de prestaciones entregadas; de oportunidad de servicio, que miden el tiempo requerido para brindarlo; de eficiencia, que miden la relación entre productos o servicios y los insumos requeridos para su prestación; de autofinanciamiento, que miden la capacidad de los programas o servicios para generar recursos propios, todos ellos aplicados también en el ámbito descentralizado de los servicios de salud.

Lo anterior, también respecto del programa de mejoras de gestión que se inició en cinco servicios de salud y que posteriormente se expandió a otros, por lo cual en la actualidad más de la mitad está realizando ejercicios de planificación estratégica.

En el caso del sector salud, los cambios aspiran a introducir criterios de economía de la salud que contribuyan a construir mercados, dotando a los agentes de un conjunto de normas: identificar oferentes y demandantes asignándoles ciertos derechos de propiedad⁴¹ sobre los activos y sobre los ingresos derivados de la explotación de estos activos; definir arreglos contractuales para motivar a los agentes a desplegar interacciones que conduzcan a situaciones socialmente deseables; establecer condiciones para que los precios actúen como señales que ayuden a tomar decisiones a los agentes; y vigilar que se cumplan los contratos y derechos de propiedad.

A principios de los noventa se destacaron problemas en diversos ámbitos. Uno de los problemas era la falta de coordinación y complementariedad entre los niveles de atención, que entre otros agentes perversos ejercía presiones hacia los servicios de emergencia hospitalarios y limitaba el apoyo de la atención primaria. No se había desarrollado la atención ambulatoria especializada: los servicios ambulatorios primarios y terciarios eran limitados, y con problemas de cobertura. Prevalcía una concentración geográfica de médicos, había un desequilibrio entre médicos generales y especialistas a favor de los últimos y pocas enfermeras.

Por otra parte, se ha establecido en el sector una nueva red de servicios ambulatorios especializados: los Centros de Especialidades Básicas, de referencia intercomunal desde los consultorios de atención primaria municipalizados a cargo del Ministerio de Salud; y los Centros de Diagnóstico de Alta Complejidad, adjuntos a hospitales, pero con autonomía administrativa. Se han rehabilitado los hospitales, con un fuerte componente de inversión, y se han provisto recursos para su adecuada operación y mantenimiento. En relación con la atención primaria, el cambio fundamental atañe, como veremos, al financiamiento *per cápita*.

Así, la descentralización ocupa un lugar central en los cambios y en el incremento de la equidad: la diversidad de los problemas de salud del país y las desigualdades propias de la transición epidemiológica polarizada, son factores que acarrearán un crecimiento de la demanda y exigen una flexibilidad de la oferta. Luego, la descentralización debe permitir acercar las decisiones a las personas y adoptar cursos de acción más adecuados a las

⁴¹ Propiedad, entendida como relación económica de disposición sobre los recursos y no de propiedad jurídica, ya que se trata de instituciones públicas.

características epidemiológicas y geodemográficas propias de cada región, entendiéndose como un proceso de distribución de poder, recursos, riesgos y oportunidades a los servicios de salud.

Por su trascendencia, se destaca la reciente propuesta de un Plan Integral de Salud con una solidaridad razonable y cobertura universal y obligatoria, que garantice efectiva libertad de elegir el seguro de salud y el proveedor de atenciones en el campo público y privado, sin posibilidad de rechazo por parte de las instituciones aseguradoras.

El Plan implicaría determinar: el organismo encargado de la función redistributiva que ejercería como seguro de segundo piso, para garantizar los montos por persona que financiarían el Plan Integral; los organismos que funcionarían como seguro de primer piso, otorgando directamente la cobertura de salud; el organismo encargado de la función reaseguradora para eventos catastróficos; el organismo encargado de la regulación de la seguridad social de salud. También, evaluar la actual cotización obligatoria en lo que respecta a su monto y su vinculación al ingreso, y precisar el papel del aporte fiscal y de los copagos.

Respecto de los compromisos de gestión, se destaca una nueva herramienta tendiente a facilitar la delegación de autoridad y a permitir la evaluación y supervisión de lo delegado, a saber, los "compromisos de gestión", firmados entre el Ministerio y las direcciones de los servicios de salud, que descentralizan en estos últimos la gestión. A su vez, los servicios negocian con los hospitales.

El acuerdo anual establece el tipo de servicios a brindar, el nivel de asignación y transferencia de recursos, las metas de crecimiento, así como indicadores de desempeño para evaluar las metas acordadas, que son fundamentalmente índices de actividad. Los resultados concretos de la gestión se transforman así en el núcleo de la asignación del financiamiento, establecido contractualmente.

Como indicadores se establecieron los siguientes: formulación de un plan de salud para 1996; cobertura del examen preventivo de salud de población laboral; tasa de mortalidad perinatal; número de comunas con cobertura de vacunas inferior a 90%; número de actividades de prevención específica de salud bucodental realizadas del total de niños de 0-5 años y de 6-9 años; prevalencia de malnutrición en la población infantil; instancias de participación interna y de participación comunitaria e intersectorial en funcionamiento desde fines de 1995 en los SNSS y en los establecimientos; horas pabellón utilizadas/horas pabellón disponibles. Todos ellos han recibido igual ponderación, y se han establecido los siguientes rangos de rendimiento: 5 = muy satisfactorio; 4 = satisfactorio; 3 = regular; 2 = insatisfactorio; 1 = muy insatisfactorio.

Sin embargo, a partir de allí, todos los recursos estarán condicionados a la actividad desarrollada por los servicios, con lo cual con cada compromiso no se comprometen los recursos para los períodos siguientes.

La gama de objetivos generales del instrumento es muy amplia, y considera: incentivar la eficacia, resolutivez y calidad técnica en la prestación de servicios, y la eficiencia y transparencia en el uso de los recursos; incorporar criterios de equidad al asignar recursos; mejorar la cobertura y estimular la satisfacción del usuario; modificar la cultura administrativa, desde el interés por los procesos hasta aquel por lograr resultados,

asignando valor a la planificación y al análisis de resultados.

Todo ello requiere modificar en varios planos las relaciones interinstitucionales: definir metas entre el nivel central y los respectivos servicios de salud, en forma libre y conjunta, para comprometer la asignación de recursos; coordinar y compatibilizar las áreas técnica-asistencial y la administrativo-financiera; velar por la consistencia entre las actividades de los SNSS y las prioridades y políticas nacionales en el ámbito de la salud.

Los compromisos tienen una perspectiva integral: incluyen las áreas programática, financiera, de los recursos humanos e inversiones. Los compromisos cumplen un papel ordenador fundamental: permiten sintetizar la multiplicidad de relaciones que se dan entre el Ministerio y los Servicios de Salud en un solo documento, que ordena y hace explícitas las reglas del juego. Antes de su implantación, tradicionalmente los servicios de salud y cada instancia específica del nivel central generaban acuerdos bilaterales, formales e informales, lo cual acarrea descoordinación, duplicaciones, incoherencias y contraposiciones, e insumía importantes recursos para efectuar tareas.

Para desarrollar las acciones de salud en el marco de la política sanitaria del MINSAL, los servicios deben elaborar una propuesta de Plan de Salud que considere: mejorar el acceso a la salud, especialmente a los más pobres; mejorar la gestión hospitalaria; fortalecer acciones de promoción, prevención y protección de la salud, la participación social y mejorar acciones de salud en materia ambiental.

También se está reflexionando sobre la calidad y pertinencia de los indicadores: los usados son más propios de la pretransición epidemiológica, y pueden ser reformulados para considerar especificidades locales y regionales, para lo cual un buen insumo serán los planes de salud elaborados por los servicios.

De hecho, los planes locales de salud deberán convertirse en los ejes articuladores de los compromisos, por su vocación de integralidad y para hacer frente al perfil epidemiológico y a los problemas emergentes.

Respecto de la productividad de los recursos humanos, se han logrado acuerdos importantes en torno a la necesidad de "medir resultados en salud" para optimizar el uso de recursos y lograr eficiencia, buscar equidad, negociar recursos y adaptarlos a las exigencias del perfil epidemiológico. Diversos actores han coincidido respecto de que los estándares de calidad, metodologías e instrumentos de medición deben acordarse a priori entre los involucrados, al igual que indicadores de calidad para los compromisos de gestión. Han subrayado también la necesidad de considerar importantes elementos contextuales en la evaluación de productividad tales como: la calidad del servicio, la satisfacción de los actores involucrados en los procesos del quehacer en salud y de los usuarios.

Tras el conflicto de noviembre de 1994, el Ministerio de Salud y el Colegio Médico

acordaron participar conjuntamente en la instancia político-técnica convocada por los presidentes de los partidos de la concertación para tratar el proceso de reforma y modernización del Sistema de Salud chileno. Se proponía involucrar la totalidad del sistema de salud, incluida la salud privada, fortalecer el subsistema público, y realizar la reforma bajo los principios rectores de la equidad, la solidaridad, la participación, la

responsabilidad del Estado y la descentralización.⁴²

Un importante acuerdo marco con los médicos y profesionales regidos por la ley 15076, permitió agregar criterios que engloban una pluralidad de objetivos unificados por la eficiencia y vinculados con criterios de equidad.⁴³ En aras de la equidad, debe asegurarse en todas las localidades la presencia de los recursos humanos necesarios. La administración de recursos humanos se flexibilizará mediante la fijación de reglas generales nacionales y la radicación local de la responsabilidad de gestión. Asimismo se propone elaborar, en forma descentralizada y participativa, y partiendo de parámetros nacionales comunes, un sistema de evaluación que se utilice en la carrera funcionaria para la promoción y las remuneraciones, y sirva de base para elaborar el plan de trabajo del servicio o establecimiento.

Al respecto fue presentado el 4 de octubre de 1995 por el Ministerio de Salud a consideración de la Cámara de Diputados un proyecto de ley que fija un nuevo estatuto para los médicos cirujanos, cirujanos dentistas, farmacéuticos o químicos farmacéuticos y bioquímicos que se desempeñan en los servicios de salud y que no ocupen cargos de exclusiva confianza, reformando la ley 15076 en lo referido al sistema de contrataciones, las remuneraciones y otros aspectos de la relación laboral de los profesionales de los servicios de salud. Se trata de un proyecto muy innovador, posiblemente a escala latinoamericana.

La manera en que se establece la dotación de personal flexibiliza significativamente la conformación de las plantas de los servicios de salud. La dotación de personal de los servicios de salud se efectuaría mediante una asignación anual de horas cronológicas de trabajo semanal mediante resolución del Ministerio de Salud.

A la vez, se descentraliza la toma de decisiones en los directores de los servicios quienes, por ejemplo, al disponer de las horas liberadas al cesar en sus funciones por cualquier causa un profesional adscrito al ciclo superior, pueden adecuar la planta a nuevos requerimientos. Cabe destacar también que las causales de cese en el servicio pueden ser determinadas por su director.

En relación con el financiamiento para mejorar el desempeño en materia de salud, el Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), que se introdujo a partir de julio de 1996, es un sistema de transferencia de recursos a las áreas de salud para la atención secundaria y terciaria hospitalaria, mediante un pago prospectivo por atención de un grupo de patologías; se paga por patología resuelta y no por prestación realizada. Un primer paso

han sido los Pagos Prospectivos por Prestación (PPS) basados en un estudio de los costos de producción de 103 servicios secundarios y terciarios, que incluyen todos los insumos, excepto capital. Así, los pagos de servicios discretos se agrupan en pagos fijos por cada diagnóstico, se paga por tratamiento intrahospitalario completo de acuerdo con un cálculo del costo agregado de todos los servicios requeridos, para incentivar la

⁴² La sistematización de las negociaciones políticas realizadas hasta noviembre de 1994 se han resumido de: "Proyecto de ley que fija nuevo estatuto para los médicos cirujanos, cirujanos dentistas, farmacéuticos o químicos farmacéuticos y bioquímicos que se desempeñan en los establecimientos asistenciales de los servicios de salud", en Bitácora Legislativa No. 167, Santiago de Chile, octubre de 1995.

⁴³ Vid: "El conflicto en salud: entre la modernización del sistema y la elevación de las remuneraciones", en Bitácora Legislativa No 148, Santiago de Chile, abril de 1995.

provisión de servicios de salud de calidad y desincentivar la sobreprestación de servicio; ello además permitiría ajustar los aranceles para que cubran todos los insumos, excepto capital.

Por su parte, el FAPEM ha sido sustituido por una modalidad de financiamiento *per cápita*, con el cual se pretende garantizar una canasta de prestaciones. El monto a transferir se establece prospectivamente para cubrir el costo de la norma de atención para cuatro categorías de atención primaria: atención infantil, materna, del adulto, e higiene oral. Para calcularlo, el número estimado de usuarios de cada servicio primario de salud se multiplica por la norma recomendada de frecuencia de servicios por usuario, considerando salarios, costos administrativos y otros, tales como fármacos, y se divide por la población del área del establecimiento. Se pretende así incentivar la calidad de los servicios y ampliar la cobertura en el marco de compromisos de gestión con las municipalidades.

Se puede concluir por lo tanto, que el modelo dual de salud vigente acota de manera significativa el margen de maniobra de las reformas de gestión. Ello porque fundamentalmente se trata de regular, desde lo financiero, elementos que son endógenos: por ejemplo, el ausentismo y el incumplimiento de las jornadas médicas, relacionados con los diferenciales de salarios entre ambos sectores. Tales medidas de equilibrio parcial, sin embargo, difícilmente pueden evitar la generación de transfases entre los dos subsistemas que reducen la eficiencia y eficacia del sector público: en general, en un sistema dual el eslabón más débil pierde, teniendo que adaptarse al otro. De allí la relevancia de superar la dualidad del modelo, por ejemplo, en favor de una lógica de seguro colectivo, en cuyo caso la gestión también sería crucial para garantizar la competitividad del subsistema público. Sin embargo, las determinaciones políticas de la viabilidad del cambio de lógica son fuertes.

Se observa que prevalece un centralismo a nivel interministerial y una relación de desconfianza por parte del Ministerio de Hacienda, quien determina el destino del gasto limitando la gestión sectorial (Ministerio de Salud). Se ha propuesto, por ejemplo, dejar de lado la forma discrecional con que el FONASA recibe los recursos desde el Ministerio de Hacienda y que debiera establecerse una forma de asignación *per cápita* global, asociada al logro de ciertos compromisos o a la provisión de un conjunto de planes de salud.

Las reformas de gestión entran en tensión con los marcos legales vigentes. Las autoridades de salud afirman que, si bien hay limitaciones del marco presupuestario razonables, es necesaria una reforma de Hacienda a fin de viabilizar una mayor capacidad de gestión de los recursos: cuando todo el presupuesto, como ahora, se desglosa en *ítems* específicos, la capacidad de gestión de los recursos es igual a cero porque ello impide adaptar su uso a circunstancias que son, por definición, cambiantes. Por el contrario, todos los controles deberían ejercerse *ex-post*, y el de la calidad de los gestores debería ser el fundamental, quienes por esa misma razón deben ser removibles⁴⁴.

Por esta razón, el éxito de la reforma de gestión del sector salud estará vinculado no solo

⁴⁴ Opiniones expresadas por el Ministro Massad, en entrevista concedida a los medios de comunicación, el 21/11/1995. Los servicios de salud han expresado opiniones en el mismo sentido (ver MINSAL. "Bases para un plan de fortalecimiento del sector público de salud. Propuesta.", octubre, 1994). Todo lo anterior, en aras de promover una mayor descentralización de las decisiones y mayor eficiencia.

con la superación del dualismo de su actual morfología y con la eficacia de los nuevos instrumentos de gestión y de manejo de los recursos humanos, sino también con las reformas del sistema presupuestario chileno. Por ahora se han tomado algunas iniciativas sectoriales en aras de flexibilizar y aumentar la discrecionalidad del uso de los recursos: por ejemplo a partir de 1994, la transferencia de recursos a los servicios de salud es global en cuanto a remuneraciones y bienes de consumo. Los pagos *per cápita* y asociados a diagnóstico son también más flexibles que los sistemas anteriores⁴⁵.

Finalmente, se puede considerar que como ha venido operando el sistema público de salud y concretamente su estrategia de descentralización introducida hace más de una década no ha funcionado de la manera esperada. Los Servicios de Salud siguen en la práctica dependiendo del Ministerio de Salud, aún en aquellos aspectos que se les otorgó autonomía, no alcanzándose los criterios de logro y eficiencia buscados por la reforma de los años 80.

Ahora bien, las insuficiencias del experimento de descentralización de la salud se deben a tres razones principales:

- 1) Existen rigideces laborales importantes que entraban una efectiva descentralización. El personal contratado en servicios de salud y hospitales está adscrito a la modalidad del funcionario público, lo que hace difícil a los administradores de servicios y hospitales efectuar ajustes en la política de salarios y contrataciones de su sector. Así, los administradores de servicios y hospitales ven seriamente limitado el manejo de incentivos económicos para aumentar los niveles de eficiencia y calidad del sector, ni disponen -tampoco- de holgura para realizar los cambios necesarios en el personal. El sector de atención primaria, a cargo de las municipalidades, ha tenido mayor flexibilidad a este respecto debido a que quienes están allí empleados no poseen un trato laboral diferenciado.
- 2) Los mecanismos de asignación de recursos FAP y FAPEM no cumplieron con las funciones deseadas. El mecanismo FAP estaba sujeto a una serie de insuficiencias. Entre ellas:
 - Se pagaban de manera retrospectiva contra presentación de resúmenes de actividades efectuadas por los Servicios de Salud. En este mecanismo de pago retrospectivo eran usuales los rezagos en la entrega de los recursos, llegando éstos incluso a los dos meses.
 - En el mecanismo FAP se pagaba de acuerdo a prestaciones, no existiendo incentivos tanto al desarrollo de actividades de prevención y promoción de salud como tampoco para incorporar consideraciones sobre la efectividad terapéutica de éstas.
 - A la vez, en el mecanismo FAP no existía un incentivo para controlar los costos de producir estas prestaciones debido a que se pagaba de acuerdo a prestaciones otorgadas.
 - No se relacionaban las prestaciones con los diagnósticos tratados, dado que la facturación de éstas no requerían de esta información.

⁴⁵ MINSAL, "Bases para un plan de fortalecimiento del sector público de salud. Propuesta", octubre, 1994.

Por su parte, el FAPEM había operado en la práctica en forma diferente a la diseñada originalmente: en la realidad el Ministerio de Salud era quién repartía los recursos determinando un monto anual para ser gastado en los centros de atención primaria municipalizados. Este fondo era asignado a nivel regional en proporción a la población beneficiaria, y a la autoridad regional —intendente—, quién asignaba discrecionalmente el fondo regional entre las diversas municipalidades, las que a su vez lo asignaban entre los establecimientos de atención primaria.

Tal como se ha mencionado, los esquemas de financiamiento FAP y FAPEM están siendo reemplazados por un sistema de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) y a través del esquema de pago *per cápita* en atención primaria, de reciente adopción por parte del sector público de salud.

Ambos mecanismos de pago se consideran un avance fundamental en el desarrollo del sector salud chileno, en el sentido de fomentar la contención de costos y la eficiencia en el uso de los recursos. No obstante, ambos sistemas tienen críticas:

- En primer lugar, en ambos esquemas se requiere un control cercano de la calidad de los servicios entregados, utilizándose en ambos los compromisos de gestión para lograr en parte este objetivo. Sin embargo, surge la inquietud sobre la voluntad política de las autoridades de *penalizar* a los servicios que no cumplan los compromisos adquiridos.
 - En segundo lugar, en ambos sistemas el costo marginal de prestar el servicio es internalizado completamente por el prestador a cero riesgo para el pagador (FONASA).
- 3) La descentralización se hizo difícil por problemas de gestión e insuficiente nivel de recursos humanos en el sistema de salud público. La administración de servicios y hospitales está fundamentalmente a cargo de personas no expertas en administración de recursos humanos o financieros, lo que ha derivado en problemas de gestión y desarrollo institucional.

Finalmente, es evidente que la infraestructura del sector público, el uso de insumos y las remuneraciones del personal se encuentran deteriorados. A la vez, el alto grado de centralización que caracteriza al sector, además de la política de recursos humanos previamente mencionada, afectan sin duda la eficiencia en su gestión. Sin embargo, previo a la inyección de nuevos recursos, es necesario introducir cambios en la gestión y organización del sector, que en definitiva aseguren un buen uso de los mismos.

Como elementos para una reforma el sector público ha realizado en el periodo 1990-1994 un importante esfuerzo de estudio de una serie de acciones dirigidas a superar las

deficiencias de operación descritas del sistema de salud. Entre estas iniciativas destaca un importante programa de inversión en infraestructura y modernización tecnológica; reformas destinadas a sustituir el sistema FAP por un mecanismo prospectivo de pago por diagnóstico y el FAPEM por un mecanismo prospectivo de pago *per cápita*; un estudio serio y comprensivo de los costos de las distintas prestaciones y diagnósticos; una política de recursos humanos basada en la capacitación, el reajuste de remuneraciones y la profesionalización de cargos administrativos; proposiciones para mejorar eficiencia a

través de Compromisos de Gestión entre el nivel central y los Servicios de Salud, las cuales permiten vincular el financiamiento con el rendimiento deseado; estudios para mejorar la recuperación de costos, entre otros. Sin embargo, muchas de estas iniciativas,— las que pueden o no ser apropiadas para la realidad de Chile— no se han implementado en la práctica, lo cual representa una crítica a la gestión de las autoridades del sector.

Así, se estima que el Estado debe asumir un rol de promotor de las actividades de prevención y promoción de salud, ya sea a través de financiar directamente campañas de prevención y promoción de salud, como a través de identificar a sus potenciales beneficiarios y proveer los incentivos necesarios para que participen de manera complementaria en el financiamiento de la actividad respectiva.

Dentro de los incentivos, a quien se decida a financiar la actividad de prevención o promoción de la salud se le pueden ofrecer beneficios adicionales que no recibirían quienes no inviertan en ella. Estos podrían comprender posibles exenciones tributarias o el realzamiento de la imagen comercial de las empresas.

4.3.2 La Estrategia de Descentralización en Nicaragua

I. Descentralización y Programa de Reformas del Sector Salud

Hasta 1993 el sector estaba estructurado en un “sistema único de salud” fuertemente centralizado, estatizado, paternalista y con mínima participación del sector privado. El sector presentaba una estructura epidemiológica en que prevalecían tanto las enfermedades transmisibles, como la morbilidad por violencias (heridas, lesiones, traumatismos), que incrementaban el riesgo de enfermar y morir, y determinaban la existencia de limitantes físicos y mentales en la población.

Este inadecuado nivel de salud se expresaba en insatisfactorios indicadores de salud (tasa de mortalidad infantil de 71 por mil nacidos vivos), y estaba condicionado por: (i) la estructura económica existente; (ii) la inadecuada asignación y distribución de recursos; (iii) limitaciones de capacidad gerencial del personal; (iv) “modelo de atención” prioritariamente curativo, (v) limitantes de accesibilidad a servicios básicos, y (vi) marcado deterioro de la infraestructura y equipo. Por otra parte, la estructura sectorial era muy infuncional, con un sistema de seguridad social prácticamente inexistente en cuanto a las prestaciones de salud (cobertura teórica del 5% de la población y carente de infraestructura física). En base a dicha realidad, el Consejo Nacional de Salud, en agosto de 1993 formuló la Política Nacional de Salud, que definió ocho políticas conducentes a reformar el sector: marco jurídico; alternativas de financiamiento; la participación social; fortalecimiento del modelo de atención primaria; desarrollo de nuevos modelos de gestión;

fortalecimiento del proceso de descentralización; fortalecimiento del nivel central; y rehabilitación de la red hospitalaria.

En ese contexto, el Ministerio de Salud (MINSAL) inició en 1993 la reforma con el propósito de modernizar el sistema a través de la aplicación de cambios que enfatizaban el financiamiento, organización, funcionamiento de los servicios y promovían la transferencia

de responsabilidades de administración de servicios a la comunidad. La reforma se diseñó como un programa de mediano y largo plazo sustentando en la idea central de mejorar el nivel de salud de la población y la eficiencia del sector, a través de medidas tendientes a reducir la participación del Estado en la administración de salud, implantar un nuevo "modelo de atención", posibilitar otras fuentes de financiamiento y racionalizar los del sistema. Para ello se propuso la transformación del "sistema único de salud" en un sistema mixto: (i) coordinado con otras entidades tanto públicas como privadas; (ii) con oferta del sector privado para atender las prestaciones de salud a los asegurados del INSS y la utilización de servicios "diferenciados" ("pensionados" en los hospitales del MINSA); (iii) descentralizado a través de los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud (SILAIS) y autonomía de gestión de los hospitales; y (iv) con amplia participación de la comunidad en la gestión y prestación de servicios.

La descentralización se orienta por una parte a transferir —desde el nivel central local, SILAIS y hospitales de referencia—, la administración y supervisión de los servicios de salud a la comunidad junto al traspaso del presupuesto para su funcionamiento. Por otra parte, la descentralización contempla: (i) fortalecer el desarrollo de la programación local, como instrumento que permita adecuar y reformular sus recursos (humanos, financieros y físicos) a la estructura epidemiológica prevalente y a las condiciones socioeconómicas de la comunidad; (ii) realizar la supervisión, como mecanismo de participación social que favorezca la interacción entre el servicio de salud y los usuarios; y (iii) desarrollar la evaluación de los servicios y programas. En este sentido, se están creando los mecanismos administrativos que permitan hacer efectiva progresivamente la descentralización, creando en forma gradual, Juntas Directivas en los SILAIS y hospitales. Estas Juntas, integradas por representantes de la comunidad, cuentan con autonomía funcional, y constituyen la máxima autoridad administrativa de la red de servicios del área correspondiente.

La Reforma del sector comprende además: (i) la redefinición del modelo y rol del MINSA que se convertiría gradualmente en una entidad normativa y reguladora de servicios, priorizando la atención colectiva a través de los programas de salud pública para obtener mayores externalidades positivas al focalizar su acción a grupos en riesgo biológico y riesgo social; (ii) la redefinición del modelo y rol de la Seguridad Social, separando los sistemas específicos de seguridad social de los propios de bienestar y asistencia social y orientando su responsabilidad a la gestión de recursos financieros para la administración de tres programas: Pensiones; Accidentes de Trabajo, y Salud Previsional. Para Salud Previsional, el INSS actuaría como una entidad "compradora de servicios" a distintas organizaciones que cumplan con ciertas condiciones, y (iii) la participación del Sector Privado en la prestación de servicios de salud, promoviendo la organización de las "Empresas Médicas Previsionales" (EMP'S), o como usuario de las facilidades de los hospitales del MINSA. Las empresas médicas previsionales, son entidades privadas constituidas para proporcionar servicios de salud (especialmente las actividades de los

programas de atención de la mujer y del niño), bajo un sistema de prepago a población beneficiaria del seguro social, de empresas y asociaciones particulares, y de organismos gubernamentales.

La reforma se ha puesto en marcha como un proceso de "decisión-acción" a través del cual se ha iniciado el funcionamiento de las EMP'S; el fortalecimiento gerencial; los cambios en el modelo de atención; el desarrollo de la descentralización y la participación.

de la comunidad a través de los (SILAIS) y hospitales descentralizados. A la fecha se han estructurado 19 SILAIS, de los cuales 14, y 5 hospitales de referencia nacional, son administrados por Juntas Directivas específicas. Aún cuando las acciones se van realizando con cierta direccionalidad, es necesario garantizar la continuidad del proceso de reforma, consolidando los aspectos jurídicos e institucionales, para asegurar su viabilidad en el tiempo.

II. El Programa: Objetivos y Descripción

El Programa tiene como propósito general, mejorar la equidad, eficiencia y calidad, con acciones que aseguren su sostenibilidad financiera. Como objetivos específicos, el Programa pretende:

- a) Cumplir con la equidad, para lo cual se proponen: (i) cambios en el modelo de atención que favorezcan el acceso a servicios básicos a grupos actualmente desprotegidos (pobres, mujeres, niños, indígenas); y (ii) el fortalecimiento de la descentralización.
- b) Mejorar la eficiencia del Sector a través de actividades de optimización de recursos, comprendiendo: (i) la redefinición de roles institucionales; (ii) la participación del sector privado; y (iii) la modernización institucional.
- c) Satisfacer la calidad de la atención, mediante: (i) el desarrollo del programa de mejoramiento de la calidad; y (ii) la rehabilitación de la red de servicios.
- d) Asegurar la sostenibilidad financiera reduciendo el rol del Estado en salud, a través de: (i) el reordenamiento jurídico e institucional del marco regulatorio del sector; (ii) la promoción del sector privado a través de las EMP'S; y (iii) la aplicación de programas de costos (recuperación y contenido).

El Programa se realiza a través de cuatro componentes, que serían monitorizados a través de "indicadores de desarrollo", enfatizando la evaluación del proceso, con especial atención a las acciones claves para producir cambios que conduzcan a los objetivos de la reforma.

Componente de Reforma del Marco Regulatorio de Salud que tiene como objetivo lograr la adecuada formalización técnica, institucional y jurídica del nuevo sistema de salud. Comprende: (i) el análisis y proposiciones de readecuación del marco legal del MINSA, INSS y del sector privado a través de las EMP'S; (ii) la determinación de roles y responsabilidades políticas de las instituciones del sector; y (iii) el desarrollo del Programa de Mejoramiento de la Calidad, que daría prioridad a la evaluación de la calidad, el

desarrollo del recurso humano, la acreditación de establecimientos y la auditoría médica, por medio de un proceso de normalización, calificación de establecimientos, la calidad del proceso y costo de las prestaciones de salud.

El Componente de Participación del Sector Privado incluye: (i) el fortalecimiento de las EMP'S, constituidas por establecimientos privados o del MINSA que estén

adecuadamente acreditados; (ii) el fortalecimiento administrativo de los servicios diferenciados y sistemas de costos en los hospitales públicos, para su utilización por el sector privado y por los usuarios del INSS; (iii) la transferencia de responsabilidades de ciertos servicios generales a la oferta privada; y (iv) la gerencia de los hospitales del MINSA a través de "Juntas Directivas" con participación de la sociedad civil en la gestión.

Componente de Fortalecimiento de la Reforma del MINSA, el cual comprende acciones orientadas a complementar actividades que el MINSA está desarrollando favoreciendo así su continuidad. Se integra por cuatro subcomponentes:

- a) Subcomponente de Fortalecimiento Institucional: comprenderá acciones que faciliten el proceso de reforma, la operación de los recursos en los niveles locales y el traspaso a la comunidad de la responsabilidad de la administración de los servicios en materia de capacitación, desarrollo y aplicación de sistemas operativos y el análisis del funcionamiento de los SILAIS.
- b) Subcomponente del Modelo de Atención de Salud: diseñado basándose en la estrategia de atención primaria para asegurar el acceso a servicios básicos de grupos prioritarios (mujer, niño, grupos étnicos y pobladores de áreas sub-urbanas y rurales). Operativamente, se incluye el programa de mejoramiento nutricional que prioriza el control de las carencias nutricionales (hipoavitaminosis "A", anemias, bocio, cretinismo, etc.), a través del suministro de micronutrientes, capacitación, desarrollo de actividades de fortificación de alimentos y promoción de la lactancia materna.
- c) Subcomponente de Vigilancia Epidemiológica, para el control de los principales problemas de salud pública: promovería el bienestar de la población con mayor nivel de pobreza, desarrollando actividades para fortalecer: (i) el sistema de vigilancia epidemiológica; (ii) los métodos de diagnóstico para la prevención y control de enfermedades; (iii) la evaluación de la situación de salud del paciente discapacitado, promoviendo su acceso a programas y servicios.
- d) Subcomponente de Recuperación de la Capacidad Instalada Hospitalaria que comprende: (i) rehabilitación por emergencia; (ii) rehabilitación integral de una red nodal de hospitales, incluyendo la recuperación de instalaciones, planta física y equipo, así como la implantación de medidas de protección ambiental y atención en caso de desastres naturales; (iii) mantenimiento, y (iv) organización de la apertura.

Componente de Reforma del INSS, comprende en el régimen de salud, actividades de fortalecimiento de: (i) el programa salud ocupacional; (ii) el sistema de salud previsional para la prestación de servicios a los beneficiarios, utilizando la infraestructura privada y del MINSA, a través de las EMP'S; y (iii) desarrollo de la capacidad normativa, institucional, financiera y jurídica para el adecuado funcionamiento del sistema previsional de salud.

III. Experiencia del Banco Interamericano de Desarrollo y otras Entidades de Financiamiento

La reforma de salud ha sido y está siendo acompañada por el Banco y otros organismos internacionales y gobiernos a partir de cuatro estrategias: (i) el BID está apoyando los

estudios básicos conducentes a redefinir políticas operativas esenciales para la reforma y modernización del sector (planificación estratégica, fortalecimiento institucional, demanda, financiamiento y gerencia hospitalaria), así como a la realización de estudios de preinversión que constituirán la documentación que sustentará la presente operación del Banco. Por otra parte, el BID en noviembre de 1994 aprobó el financiamiento de la tercera etapa del Fondo de Inversión Social de Emergencia por 40 millones de dólares, y para 1995 se están preparando dos importantes programas y una cooperación técnica que constituyen acciones complementarias al presente Programa; (ii) Reforma de la Administración Pública, Manejo de la Cuenca del Lago de Managua y Programa de Atención Integral a la Niñez; (iii) USAID está apoyando la reforma a través del Proyecto de Descentralización de Servicios y la atención materno infantil; (iv) el Banco Mundial con un préstamo de aproximadamente 23 millones de dólares está apoyando la reforma institucional; la descentralización; y la rehabilitación de emergencia de hospitales. La evaluación a noviembre de 1994 del avance de este último detectó problemas relacionados con: (a) la capacidad local para preparar y ejecutar proyectos; (b) la falta de actividades de preinversión que den sustento a la conceptualización y dimensionamiento de las obras; y (c) limitantes en la ejecución del programa que se desarrollaba concomitantemente con el inicio del proceso de reforma. De esto se ha ganado experiencia institucional que será complementada con la asistencia técnica no reembolsable del BID y constituirá la base técnica para la preparación del presente Programa.

IV. Principales Problemas

Se identifican dos tipos de limitantes: los relacionados directamente con el Programa y los que afectarían al sector. Los problemas relacionados con el Programa, se refieren a (i) cambios en la direccionalidad y ritmo de la reforma al no utilizar escenarios políticos favorables; (ii) predominio de conflictos gremiales al no lograr consenso en la concertación de la reforma; (iii) falta de normalización técnica financiera hacia las EMP'S que puede afectar el curso de la reforma; y (iv) el grado de incertidumbre, producto de la futura conducción política del sector. En cuanto a los problemas relacionados con el Sector hay que tomar en consideración: (i) la aceptación del nuevo rol del Seguro Social como administrador de recursos, utilizando la oferta privada para la prestación de servicios de salud; (ii) la "cultura de servicios públicos" prevalente que puede crear resistencias para la participación privada; (iii) la interrupción del proceso de reforma por discontinuidad en el financiamiento; y (iv) sobre-demanda de servicios públicos por pacientes asegurados, especialmente en la atención de enfermedades crónicas y/o catastróficas, que pueden generar incentivos "perversos" para el financiamiento del sector.

CAPÍTULO 5.-MÉXICO: EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A PARTIR DE LA INSTRUMENTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE PLANEACIÓN DEMOCRÁTICA (SNPD)

5.1 El Sistema Nacional de Planeación Democrática.

La descentralización de los servicios de salud que actualmente lleva a cabo nuestro país, no hubiera sido posible sin la estructuración de un sistema de planeación a nivel nacional, que dentro de sus objetivos incluyera la coordinación de la Administración Pública Federal a nivel sectorial, así como la vinculación de los programas sectoriales con los programas estatales de desarrollo a partir de acuerdos programático-presupuestales que permitieran la transferencia de recursos y el cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988.

La instrumentación del SNPD se integró en forma conceptual durante el sexenio de Miguel de la Madrid, y dicho mecanismo representó por lo tanto el sustento que permitió el diseño de planes a nivel global de la economía, caracterizados a partir de entonces por su constante depuración técnica. Lo anterior no significa que sea en este periodo cuando por primera vez se hayan elaborado estrategias de desarrollo, pues como ya se dejó apuntado al inicio de la presente investigación, la planeación, tal como la concebimos actualmente, tuvo sus orígenes durante el sexenio de Lázaro Cárdenas con la puesta en marcha de su Plan Sexenal 1934-1940.

Así, para los fines de la presente investigación tomamos como punto de partida las bases conceptuales del SNPD, cuya consolidación se propuso el sexenio de Miguel de la Madrid, apoyado en el marco constitucional de los artículos 25 a 28, respecto de los cuales durante el mismo sexenio se presentaron iniciativas para llevar a cabo modificaciones y adiciones a los mismos.

Lo anterior es importante porque la estrategia de descentralización del sector salud se diseñó tomando en consideración el carácter de las estructuras jurídicas, políticas y administrativas en un lugar y tiempo determinados. Tenemos que desde el punto de vista jurídico, fue necesario sentar las bases constitucionales para que la planeación hiciera posible satisfacer las demandas socioeconómicas y políticas de la sociedad, y al mismo tiempo permitiera la transformación del país, de manera racional y previsoramente, considerando la realidad económica y social conforme a los valores y principios de nuestro país.

De acuerdo con lo anterior, las adiciones y reformas a los artículos 25 a 28 constitucionales propuestas fueron motivadas por lo siguiente:

La transformación de México observada de principios del siglo XX a la octava década, periodo en el cual ocurrieron variantes en el conglomerado rural-urbano, asociadas a una acelerada industrialización, que ha modificado el tamaño, composición y localización de la población, el desarrollo de las regiones y la estructura productiva en general. Se indicaba que la estructura e infraestructura era radicalmente distinta, además de que las relaciones económicas a nivel mundial se tornaban mucho más complejas. Se afirmaba también que la interdependencia de los procesos productivos entre sectores y regiones era muy amplia, lo que pudiera representar en un momento determinado reacciones en cadena ante los fenómenos económicos nacionales e internacionales.

Se indicaba que ante la situación precedente, era necesario que el país asumiera el problema de la definición del rumbo de la estrategia de desarrollo a partir de principios constitucionales del desarrollo económico nacional que actualizaran y ordenaran las atribuciones existentes, que establecieran la seguridad jurídica y permitieran romper con los principales obstáculos que en mayor medida limitaban el cumplimiento de los fines de la Nación.

La iniciativa enviada al Congreso de la Unión señalaba además que las bases institucionales y legales del desarrollo económico, en la tradición política de México y frente a las necesidades futuras, deberían quedar inscritas en nuestro texto constitucional para que en el marco de la legalidad fueran ampliadas, tanto la capacidad del Estado, como de la sociedad para hacer frente a los problemas más urgentes que se presentaran.

La reforma impactó directamente los principios constitucionales del desarrollo económico, pues estaba referida a la naturaleza y funcionamiento del sistema político nacional, así como a nuevos mecanismos de participación social que llevaran a fortalecer y perfeccionar la democracia. La iniciativa se refería también a la rectoría del Estado y la economía mixta, al establecer un sistema de planeación democrática del desarrollo que fijaría las bases para el desarrollo de las diferentes entidades federativas y la definición precisa de las áreas reservadas exclusivamente al Estado y la función y desempeño de las instituciones, organismos descentralizados y empresas de participación estatal.

El entonces presidente Miguel de la Madrid señaló al respecto: "El Ejecutivo a mi cargo estima necesario adecuar, actualizar e incorporar los principios del desarrollo económico a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los cuales quedarían contenidos en los artículos 25, 26, 27 y 28 de la Constitución"⁴⁶

Con las modificaciones constitucionales al nuevo artículo 25 se fijaron los propósitos y la sujeción jurídica de los tres sectores al principio de legalidad, sentando con ello las bases para la modernización de toda la legislación que regula la intervención del Estado en la economía. Por su parte el artículo 26 estableció explícitamente las facultades del Estado para planear el desarrollo nacional, que anteriormente se encontraban dispersas e implícitas en la Constitución y en otras leyes secundarias.

Con lo anterior, se pretendió ubicar consecuentemente en la Constitución, los propósitos, atribuciones y bases del SNPD, la participación de toda la sociedad en el proceso, y fortalecer la capacidad del Estado para hacer converger los esfuerzos de la sociedad hacia el desarrollo integral de la Nación.

El Sistema Nacional de Planeación buscaba evitar el incumplimiento de los planes, su dispersión, su falta de vinculación con los proyectos de inversión, su falta de oportunidad y las contradicciones entre los diversos programas. Se estableció una jerarquía orgánica de la planeación a partir de un plan nacional de desarrollo único, del cual se derivaron programas sectoriales de la Administración Pública Federal que consideraron los aspectos siguientes:

- Se fijó la obligatoriedad en el cumplimiento de los programas por parte del sector

⁴⁶ Miguel de la Madrid H, "El Marco Legislativo para el Cambio", Tomo II, Presidencia de la República, México, 1983, p. 17.

- público;
- La coordinación con las entidades federativas;
 - La concertación e inducción a las acciones de los particulares; y
 - La vinculación de las decisiones generales con las específicas de inversión, así como su localización en el territorio

En el artículo 26 se establecieron por lo tanto las bases normativas generales para la organización de un sistema propio y moderno de planeación que incorporaría los criterios de formulación, instrumentación y evaluación del plan y de los programas.

Por su parte, las adiciones al artículo 27 en sus fracciones XIX y sobre todo la XX impactaron positivamente la estrategia de desarrollo rural, pues se buscaba ante todo garantizar el bienestar de la población campesina a partir de su participación e incorporación al desarrollo nacional. Por último, el artículo 28 introduce el concepto de práctica monopólica, sin menoscabar la prohibición de los monopolios, procurando adecuar la regulación de la concentración y de los nuevos fenómenos del oligopolio, y sobre todo se fundamenta la existencia de instituciones, organismos y empresas que requiere el Estado para el eficaz desempeño en áreas estratégicas y de carácter prioritario como es el caso de la salud.

Se hizo también explícito el régimen de concesiones para la prestación de los servicios públicos y la utilización social de los bienes que son dominio de la Federación, y los criterios para evitar fenómenos de concentración que se opusieran al interés público. Por último, se fijaron en el artículo 28 normas para reglamentar sobre bases de interés general y social el otorgamiento de subsidios.

El decreto promulgatorio fue publicado en el Diario Oficial de la Federación con fecha tres de febrero de 1983 del cual es conveniente destacar el contenido de los siguientes artículos:

"ARTICULO SEGUNDO.- Se modifica el Artículo 25 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para quedar como sigue:

Artículo 25.- Corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional para garantizar que éste sea integral, que fortalezca la soberanía de la nación y su régimen democrático, y que, mediante el fomento del crecimiento económico y el empleo y una más justa distribución del ingreso y la riqueza, permita el pleno ejercicio de la libertad y la dignidad de los individuos, grupos y clases sociales, cuya seguridad protege esta Constitución.

El Estado planeará, conducirá, coordinará y orientará la actividad económica nacional, y llevará a cabo la regulación y fomento de las actividades que demande el interés general en el marco de las libertades que otorga esta Constitución.

Al desarrollo económico concurrirán, con responsabilidad social, el sector público, el sector social y el sector privado, sin menoscabo de otras formas de actividad económica que contribuyan al desarrollo de la Nación.

El sector público tendrá a su cargo, de manera exclusiva, las áreas estratégicas que se

señalan en el artículo 28, párrafo cuarto de la Constitución, manteniendo siempre el Gobierno Federal la propiedad y el control sobre los organismos que en su caso se establezcan.

Asimismo podrá participar por sí o con los sectores social o privado, de acuerdo con la ley, para impulsar y organizar las áreas prioritarias del desarrollo.

Bajo criterios de equidad social y productividad se apoyará e impulsará a las empresas de los sectores social y privado de la economía, sujetándolos a las modalidades que dicte el interés público y al uso, en beneficio general, de los recursos productivos, cuidando su conservación y el medio ambiente.

La ley establecerá los mecanismos que faciliten la organización y la expansión de la actividad económica del sector social: los ejidos, organizaciones de trabajadores, cooperativas, comunidades, empresas que pertenezcan mayoritaria o exclusivamente a los trabajadores y, en general, de todas las formas de organización social para la producción, distribución y consumo de bienes o servicios socialmente necesarios.

La ley alentará y protegerá la actividad económica que realicen los particulares y proveerá las condiciones para que el desenvolvimiento del sector privado contribuya al desarrollo económico nacional, en los términos que establece esta Constitución.

ARTICULO TERCERO.- Se modifica el Artículo 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para quedar como sigue:

Artículo 26.- El Estado organizará un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la Nación.

Los fines del proyecto nacional contenidos en esta Constitución determinarán los objetivos de la planeación. La planeación será democrática ya que mediante la participación de los diversos sectores sociales recogerá las aspiraciones y demandas de la sociedad para incorporarlas al plan y los programas de desarrollo. Habrá un plan nacional de desarrollo al que se sujetarán obligatoriamente los programas de la Administración Pública Federal.

La ley facultará al Ejecutivo para que establezca los procedimientos de participación y consulta popular en el SNPD, y los criterios para la formulación, instrumentación, control y evaluación de plan y los programas de desarrollo. Asimismo determinará los órganos responsables del proceso de planeación y las bases para que el Ejecutivo Federal coordine mediante convenios con los gobiernos de las entidades federativas e induzca y concierte con los particulares las acciones a realizar para su elaboración y ejecución.

En el sistema de planeación democrática, el Congreso de la Unión tendrá la intervención que señale la ley.

ARTÍCULO CUARTO.-(...)

ARTÍCULO QUINTO.- Se modifica el Artículo 28 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para quedar como sigue:

Artículo 28.- En los Estados Unidos Mexicanos quedan prohibidos los monopolios, las prácticas monopólicas, los estancos y las exenciones de impuestos en los términos y condiciones que fijan las leyes. El mismo tratamiento se dará a las prohibiciones a título de protección a la industria.

En consecuencia, la ley castigará severamente, y las autoridades perseguirán con eficacia, toda concentración o acaparamiento en una o pocas manos de artículos de consumo necesario y que tenga por objeto obtener el alza de los precios, todo acuerdo, procedimiento, combinación con los productores industriales, comerciales o empresarios de servicios, que de cualquier manera hagan para evitar la libre concurrencia o la competencia entre sí y obligar a los consumidores a pagar precios exagerados y, en general, todo lo que constituya una ventaja exclusiva indebida a favor de una o varias personas determinadas y con perjuicio del público en general o de alguna clase social.

Las leyes fijarán bases para que se señalen precios máximos a los artículos, materias o productos que se consideren necesarios para la economía nacional o el consumo popular, así como para imponer modalidades a la organización de la distribución de esos artículos, materias o productos, a fin de evitar que intermediaciones innecesarias y excesivas provoquen insuficiencia en el abasto, así como el alza de precios. La ley protegerá a los consumidores y propiciará su organización para el mejor cuidado de sus intereses.

No constituirán monopolios las funciones que el Estado ejerza de manera exclusiva en las áreas estratégicas a las que se refiere este precepto: acuñación de moneda; correos; telégrafos; radiotelegrafía y la comunicación vía satélite; emisión de billetes por medio de un solo banco, organismo descentralizado del Gobierno Federal; petróleo y los demás hidrocarburos; petroquímica básica; minerales radiactivos y generación de energía nuclear; electricidad; ferrocarriles y las actividades que expresamente señalen las leyes que expida el Congreso de la Unión.

Se exceptúa también de lo previsto en la primera parte del primer párrafo de este artículo la prestación del servicio público de banca y crédito. Este servicio será prestado exclusivamente por el Estado a través de instituciones, en los términos que establezca la correspondiente ley reglamentaria, la que también determinará las garantías que protejan los intereses del público y el funcionamiento de aquellas en apoyo de las políticas de desarrollo nacional. El servicio público de banca y crédito no será objeto de concesión a particulares⁴⁷.

El Estado contará con los organismos y empresas que requiera para el eficaz manejo de las áreas estratégicas a su cargo y en las actividades de carácter prioritario donde, de acuerdo con las leyes, participe por sí o con los sectores social y privado.

No constituyen monopolios las asociaciones de trabajadores formadas para proteger sus propios intereses y las asociaciones o sociedades cooperativas de productores para que,

⁴⁷ Esta disposición fue modificada a partir de la reprivatización de la banca en 1990.

en defensa de sus intereses o del interés general, vendan directamente en los mercados extranjeros los productos nacionales o industriales que sean la principal fuente de riqueza de la región en que se produzcan o que no sean artículos de primera necesidad, siempre que dichas asociaciones estén bajo vigilancia o amparo del Gobierno Federal o de los Estados, y previa autorización que al efecto se obtenga de las legislaturas respectivas en cada caso. Las mismas legislaturas, por sí o a propuesta del Ejecutivo podrán derogar, cuando así lo exijan las necesidades públicas, las autorizaciones concedidas para la formación de las asociaciones de que se trata.

Tampoco constituyen monopolios los privilegios que por tiempo determinado se concedan a los autores y artistas para la producción de sus obras y los que para el uso exclusivo de sus inventos, se otorguen a los inventores y perfeccionadores de alguna mejora.

El Estado, sujetándose a las leyes, podrá en casos de interés general, conceder la prestación de servicios públicos o la explotación, uso y aprovechamiento de bienes de dominio de la Federación, salvo las excepciones que las mismas prevengan. Las leyes fijarán las modalidades y condiciones que aseguren la eficacia de la prestación de los servicios y la utilización social de los bienes, y evitarán fenómenos de concentración que contraríen el interés público.

La sujeción a regímenes de servicio público se apegará a lo dispuesto por la Constitución y sólo podrá llevarse a cabo mediante la ley.

Se podrán otorgar subsidios a actividades prioritarias, cuando sean generales, de carácter temporal y no afecten sustancialmente las finanzas de la Nación. El Estado vigilará su aplicación y evaluará los resultados de ésta.⁴⁸

Asimismo, dentro del basamento jurídico que permitió integrar a nivel nacional el marco normativo se encuentra la Ley de Planeación, la cual se propuso según la iniciativa correspondiente, "establecer un marco normativo para la planeación, instituyéndola y regulando su ejecución de acuerdo a las necesidades del desarrollo nacional"⁴⁹. La necesidad de expedir una Ley de Planeación no significó la inexistencia de ese mecanismo en épocas pasadas, pues ya desde 1930 se ha tratado de realizar un inventario regionalizado de los recursos, y planear las obras públicas que requería la construcción de la infraestructura física.

Actualmente esta ley consta de 44 artículos y cinco transitorios a lo largo de los cuales, se establecen las normas y principios fundamentales conforme a los que se debe instrumentar la planeación nacional del desarrollo, las bases de integración y funcionamiento del SNPD, la coordinación de las actividades de planeación en las entidades federativas, y las bases de participación de la sociedad (artículo 1º).

En dicha Ley quedan establecidos además los principios de la planeación, la definición del concepto: Planeación Nacional del Desarrollo. Asimismo en dicho instrumento normativo quedaron establecidas también las responsabilidades de los poderes ejecutivo y legislativo respecto del Plan elaborado por el primero; la vinculación de las cuentas

⁴⁸Miguel de la Madrid H., op.cit., pp.253-257.

⁴⁹ Ibid., p.267.

anuales de la Hacienda Pública Federal y del Departamento del Distrito Federal respecto del Plan Nacional; la relación de las iniciativas de leyes de ingresos y de los proyectos de presupuesto de egresos con el mismo Plan Nacional.

Así, en el artículo 11 de la Ley se establece que es el Ejecutivo Federal por conducto de la SHCP, quién interpretará las disposiciones que contiene este ordenamiento.

El capítulo segundo se refiere concretamente al SNPD, estableciéndose la obligatoriedad por parte de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal (APF), de ajustar su estrategia de planeación a los postulados del SNPD; en este mismo capítulo se establecen las atribuciones que cada dependencia federal tiene respecto del SNPD.

Las características de la participación social en la planeación; la estrategia para la elaboración del Plan Nacional y la obligatoriedad de que en el mismo queden definidos los programas sectoriales, institucionales, regionales y especiales que deben realizarse; la coordinación de la Federación con las entidades federativas para garantizar los objetivos de la planeación nacional; la concertación e inducción con las representaciones de los grupos sociales o con los particulares y las responsabilidades de los servidores públicos federales y estatales conforman la estructura general de esta Ley.

La planeación en nuestro país ha tenido avances considerables en la perspectiva histórica, pero también ha tenido insuficiencias, una de las cuales es la falta de obligatoriedad de los planes para los sectores de la Administración Pública Federal, lo cual implicó la falta de una adecuada vinculación entre las políticas de desarrollo y los objetivos e instrumentos de la planeación, ocasionando importantes divergencias entre los presupuestos estimados y los realizados, los cuales se explican también por la insuficiencia de recursos propios. Aunado a lo anterior, se debe considerar la carencia de una definición precisa de las responsabilidades y atribuciones que le competen a cada nivel de planeación.

La iniciativa de Ley consideró un esquema de planeación de ámbito federal, por lo que, se asume la plena libertad de los gobiernos estatales y autoridades municipales conforme a sus competencias, esto es, de llevar a cabo la planeación en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones, considerándose también la posibilidad y conveniencia de que el Ejecutivo Federal acuerde con los gobiernos estatales y, a través de éstos, con las autoridades municipales, su participación en aquéllos aspectos de planeación nacional que les atañen directamente, para coadyuvar en la consecución de los objetivos y prioridades nacionales y al fortalecimiento de las tareas de planeación del desarrollo de los estados y municipios, y a la congruencia de las actividades.

Para asegurar la oportuna y adecuada ejecución de los compromisos contraídos según la propia Ley entre la Federación y los Estados, se estableció que el Ejecutivo Federal propusiera a los gobiernos locales que los convenios relativos incluyeran sanciones por su incumplimiento, previendo que la solución de controversias fueran resueltas por el órgano superior del Poder Judicial de la Federación⁵⁰

Así, podemos considerar como la parte medular de la Ley de Planeación lo dispuesto por

⁵⁰ Vid: Capítulo Séptimo de la Ley de Planeación.

su artículo 2o, el cual prescribe:

"La planeación deberá llevarse a cabo como un medio para el eficaz desempeño de la responsabilidad del Estado sobre el desarrollo integral del país y deberá tender a la consecución de los fines y objetivos políticos, sociales, culturales y económicos contenidos en la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos. Para ello estará basada en los siguientes principios:

- I. El fortalecimiento de la soberanía, la independencia y la autodeterminación nacional, en lo político, lo económico y lo cultural;
- II. La preservación y el perfeccionamiento del régimen democrático, republicano, federal y representativo que la Constitución establece; y la consolidación de la democracia como sistema de vida, fundado en el constante mejoramiento económico, social y cultural del pueblo, impulsando su participación activa en la planeación y ejecución de las actividades del gobierno;
- III. La igualdad de derechos, la atención de las necesidades básicas de la población y la mejoría, en todos los aspectos, de la calidad de vida, para lograr una sociedad más igualitaria;
- IV. El respeto irrestricto de las garantías individuales, y de las libertades y derechos sociales y políticos;
- V. El fortalecimiento del pacto federal y del municipio libre, para lograr un desarrollo equilibrado del país, promoviendo la descentralización de la vida nacional; y
- VI. El equilibrio de los factores de la producción, que proteja y promueva el empleo en un marco de estabilidad económica y social".

Por lo tanto la planeación en nuestro país tiene como marco de referencia el sistema de economía mixta del país, en aras de instrumentar esquemas de trabajo donde queden integrados los esfuerzos del sector público con los de los sectores social y privado, orientados a la consecución de los objetivos y prioridades del desarrollo nacional, y bajo la rectoría del Estado.

Tomando en consideración lo anterior, para que la planeación sea eficaz y operativa, tiene que precisar la estrategia y los instrumentos que serán utilizados para enfrentar las diversas situaciones económicas y sociales del país, así como los mecanismos de participación y las responsabilidades de los diversos grupos sociales que en ella intervienen.

Lo anterior con pleno respeto a la libertad de decisión en las esferas de los sectores social y privado; la planeación democrática proponía un esquema de instrumentación del Plan Nacional y los programas de desarrollo, dentro del cual se distinguieran tareas específicas para el sector público y esos sectores. Con ello se proponía fortalecer la iniciativa de cada participante, dentro de un marco general y único, así como los mejores medios y formas para el logro de lo planeado.

De acuerdo con la Ley, la planeación democrática se encuentra normada entre otros por el siguiente principio:

- El fortalecimiento del pacto federal y del municipio libre, para lograr un desarrollo equilibrado del país, promoviendo la descentralización de la vida nacional.

En general, la creación de un sistema de planeación implicó que, más allá de la integración y difusión de los planes y programas, se ordenara racional, sistemática y congruentemente por anticipado, el conjunto de actividades que se piensa realizar para lograr ciertos objetivos y metas, y vigilar que la ejecución de las mismas corresponda a dicho orden y se encamine, en sus efectos, a la consecución de tales objetivos y metas.

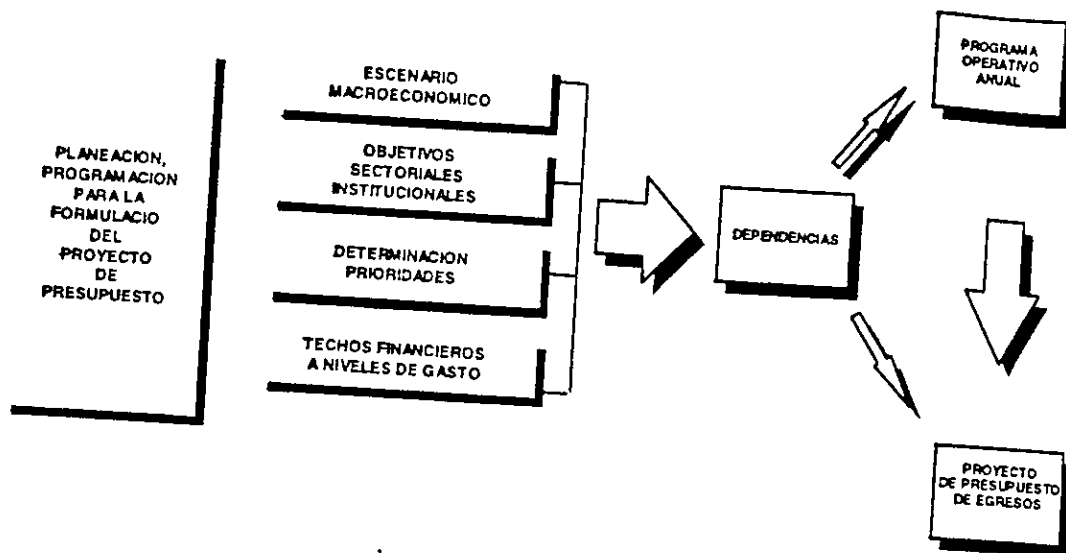
Así, la planeación que se tendió a fortalecer es aquella que llevan a cabo los tres órdenes de gobierno, a partir del propósito de descentralización de la vida nacional, y no para reforzar esquemas centralizados de funcionamiento. En este sentido, se considera que la planeación promueve y fortalece la descentralización, la capacidad de respuesta de los gobiernos estatales y municipales, y la posibilidad de expresión de la población nacional en sus entidades federativas y demarcaciones municipales y delegacionales.

Por lo anterior, la planeación gubernamental debe profundizar y perfeccionar la participación de los diversos órdenes de gobierno en el planteamiento real y con claridad respecto de los problemas generales y las demandas sociales; precisar con mayor detalle en el Plan Nacional, los grandes objetivos y las metas a cumplir; las estrategias y políticas a adoptar conforme al propio sistema político, social y económico; definir los programas y acciones que el gobierno y sus dependencias deben ejecutar, conducentes a la realización de las metas propuestas; y calcular los volúmenes de recursos necesarios para su implementación, previendo además su correcta asignación por prioridades.

Particularmente importantes fueron los esfuerzos para vincular los criterios de asignación territorial del gasto público federal con políticas y necesidades de los gobiernos estatales y municipales. Ello implica la precisión y fortalecimiento de la dimensión regional del Plan.

En este punto es importante mencionar que la clasificación del gasto para la planeación se constituye en una herramienta básica para el análisis de la influencia que ejerce el gasto del sector público federal y estatal dentro de la estructura económica y social del país, y permite además observar y analizar otros dos grandes aspectos: primero, los volúmenes de gasto de consumo e inversión o transferencias requeridas para hacer frente a las necesidades económicas del país, y adoptar decisiones acerca de su nivel futuro; y segundo, evaluar como fueron ejecutadas las funciones de los diferentes órdenes de gobierno, mediante la regulación, impulso y aumento de la capacidad productiva nacional y cómo fueron atendidas las necesidades de la población en relación con los servicios públicos básicos existentes en una época determinada. A continuación se presenta un flujograma con las características fundamentales utilizadas para la elaboración del PEF.

Proyecto de Presupuesto de Egresos



El SNPD adquiriría vigencia en la medida en que se definieran y se cumplieran las responsabilidades de sus integrantes, a través de un esquema de descentralización de funciones que permitiera a cada componente del sistema, tener claridad sobre los objetivos y metas a lograr con objeto de decidir en su ámbito de competencia las mejores medidas y formas para el logro de lo planeado. Esto se aplicaría especialmente bajo el esquema de sectorización de la Administración Pública Federal, en que los coordinadores del sector responden a las dependencias globalizadoras de los resultados del proceso, y las entidades a los coordinadores sectoriales, sin menoscabo de su autonomía jurídica y operativa. Se trataría de que cada dependencia y entidad funcionara como parte de un sistema nacional, con una perspectiva estratégica de las prioridades y necesidades del conjunto.

La formulación de planes y programas debería tener una perspectiva realista de los recursos existentes y de los medios de financiamiento para definir objetivos y metas. La planeación, en este sentido, formaría parte de una actividad gubernamental realista y objetiva, y desembocaría hasta el nivel de los programas operativos y los proyectos específicos de inversión.

Así, la instrumentación del proceso de planeación es el conjunto de actividades encaminadas a traducir los lineamientos y estrategias del Plan y programas de mediano plazo a objetivos y metas de corto plazo. Con este propósito se elaboran programas de carácter anual que vinculan el corto con el mediano plazo, y constituyen la referencia básica de las vertientes y de sus instrumentos. En esta etapa aparecen instrumentos claramente jerarquizados, diferenciados por su función y contenidos, pero que están estrechamente vinculados entre sí y la lógica del proceso de programación anual exige que su elaboración sea atendida en forma simultánea, aunque su fecha de terminación sea diferente.

Las actividades fundamentales de esta etapa consistieron en precisar las metas y acciones para avanzar anualmente en el cumplimiento de los objetivos definidos para el mediano plazo; definir los instrumentos de política económica y social; asignar recursos, determinar a los responsables de la ejecución y precisar los tiempos de ejecución del Plan y los programas.

La operación de las actividades durante la instrumentación se fundamentó en la programación anual, en sus dos líneas: operativa y presupuestaria; la primera referida a los aspectos normativos y sustantivos, y la segunda a los aspectos financieros de las acciones de planeación. Un elemento indispensable para el desarrollo de la programación es la flexibilidad para adecuar la normatividad general a las particularidades de cada tema estratégico, considerando la capacidad de cada uno de los sectores administrativos para efectuar las actividades de programación y la posibilidad de ajustar sus procedimientos operativos para cumplir con los requisitos mínimos de dicha programación.

El marco de referencia para la programación anual está dado por las orientaciones generales del PND y los programas de mediano plazo, y por las previsiones que se tengan en el futuro cercano. Sus propósitos son establecer los criterios de política económica y social para un periodo determinado, así como anualizar cuantitativa y cualitativamente los objetivos, políticas y estrategias establecidas en los Programas de Mediano Plazo, fijar las prioridades anuales que orientarán la estructura del gasto público, y proporcionar los elementos suficientes para que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal (APF) definan sus programas de trabajo.

La programación anual consiste en un conjunto de actividades de congruencia y especificación de los lineamientos generales (de mediano plazo) contenidos en los programas nacionales con las políticas e instrumentos a utilizar en un año. Comprende secuencialmente las actividades siguientes:

- Se elabora un programa operativo anual para cada programa nacional, que servirá de enlace de congruencia entre la naturaleza estratégica de este último y el presupuesto, cuya naturaleza es sectorial-administrativa. En la elaboración participan cuantas dependencias tengan concurrencia en el Programa Nacional, a través del respectivo Comité Técnico para la Instrumentación del Plan Nacional de Desarrollo.
- En los Programas Operativos Anuales (POA'S) se proyectarán anualmente las variables de corto plazo en función de las orientaciones de los propios programas nacionales y de las condiciones coyunturales que pudieran presentarse, a fin de definir con la mayor precisión posible las metas y recursos asignados.
- La programación presupuestaria tomará como punto de partida las definiciones anteriores para la asignación de los recursos financieros, considerando la compatibilidad de la apertura programática.
- Basados los requerimientos del POA correspondiente y el escenario financiero proyectado para el año, se especificarán los niveles de gasto para cada sector administrativo.
- A partir de los niveles de gasto y de los lineamientos programático-presupuestales, los sectores administrativos efectuarán los ajustes pertinentes a los programas operativos y formularán sus anteproyectos de presupuesto sectoriales, buscando la debida congruencia entre el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) y aquéllos, para

ser considerados en los Criterios Generales de Política Económica para el proyecto del PEF y Ley de Ingresos.

- Finalmente, una vez aprobado el PEF, los sectores administrativos elaborarán su Programa de Trabajo de acuerdo con los lineamientos y orientaciones fundamentales señalados en los POA'S y ajustados con las cifras presupuestales autorizadas.

La programación anual considera las acciones que a través de las cuatro vertientes, descritas a continuación, emprenden los sectores público, social y privado para desagregar los contenidos generales de la planeación, objetivos y estrategias, identificando su temporalidad y ubicación espacial.

Las características de las vertientes son:

Obligación: comprende el conjunto de acciones que desarrollan las dependencias y entidades de la APF para el cumplimiento de los objetivos y propósitos contenidos en el Plan y programas del Sistema. Los instrumentos más representativos de esta vertiente son los programas-presupuesto de cada dependencia o entidad, el presupuesto federal, las leyes de ingresos de la Federación y los acuerdos institucionales que celebran dependencias y entidades entre sí, pero además se rige por:

- Los programas de trabajo administrativos (Programas Operativos Sectoriales) de las secretarías y entidades, cuyos contenidos deben estar concebidos para instrumentar a los documentos de planeación; y
- Las disposiciones jurídicas y administrativas, desde la LOAPF hasta los distintos reglamentos de las secretarías y entidades. En la medida en que estas disposiciones se vayan revisando se tomarán en cuenta las necesidades de consolidación del SNPD.

Coordinación: abarca las acciones que desarrollan las dependencias y entidades de la APF en los estados y que se convierten en el objeto de los Convenios Unicos de Desarrollo⁵¹ celebrados por el Ejecutivo Federal y los Gobiernos Estatales, con el propósito de hacer compatibles tareas comunes de la Federación y los Estados, derivadas del contenido de sus respectivos planes y programas.

Conviene destacar que ante el incremento de la población demandante de servicios de salud por carencias económicas, durante el gobierno de Ernesto Zedillo, se reconoce la necesidad de revisar la legislación sobre planeación y los procedimientos de coordinación, con el objetivo de renovar los instrumentos para la conjugación de esfuerzos entre los tres niveles de gobierno, como con los Comités de Planeación, el Convenio de Desarrollo Social, los programas regionales y los acuerdos de concertación con los grupos sociales⁵².

La coordinación entre los distintos niveles de gobierno, se fundamenta en el Artículo 26 Constitucional, con pleno respeto a la soberanía de los Estados.

Concertación: comprende las acciones del Plan Nacional y los programas de mediano plazo, cuyos alcances y condiciones se especifican en los programas anuales, que serán objeto de convenios o contratos con los particulares o los grupos sociales organizados

⁵¹ Actualmente denominados Convenios de Desarrollo Social.

⁵² Cfr., Poder Ejecutivo Federal, "Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000", México, SHCP, 1995.

interesados en la ejecución concertada de los objetivos y propósitos del propio Plan y los programas.

En el decreto aprobatorio del PND, se establece la obligación, Artículo 5o., de las dependencias y entidades públicas en el marco de la Ley de Planeación, para que promuevan e instrumenten con los representantes de los grupos sociales o con los particulares interesados, la concertación de acciones que les correspondan, a través del establecimiento de mecanismos operativos permanentes que permitan avanzar en la consecución de los objetivos y prioridades señaladas por la planeación nacional.

La figura de la concertación se aplica a través de acuerdos escritos, que la Ley de Planeación llama contratos o convenios. Estos, dice su Artículo 38, serán obligatorios para las partes que los celebren, y en ellos deben quedar establecidas las consecuencias y sanciones que se deriven de su incumplimiento, a fin de asegurar el interés general y garantizar su ejecución en tiempo y forma.

Se puede decir por lo tanto que esos contratos y convenios expresan una de las formas en que los sectores social y privado se integran al SNPD sin menoscabo de sus derechos.

Inducción: incluye la ejecución de aquéllos instrumentos y acciones económicas, sociales, normativas y administrativas que utiliza y desarrolla el Gobierno Federal para inducir determinados comportamientos de los sectores social y privado, con objeto de que hagan compatibles sus acciones con lo propuesto por el Plan y los programas. Dentro de esta vertiente se ubican en el ámbito global entre otras, las políticas de gasto público, financiera, fiscal, de empleo y monetaria. A escala sectorial o institucional existe gran diversidad de instrumentos para la inducción.

El concepto de inducción como parte del SNPD se explica, ante todo, por la gran diversidad de instrumentos de alcance del Estado y por la necesidad de prever sus resultados sobre las actividades de los particulares. Sin embargo la formulación de toda política económica debe reconocer la posibilidad de contradicciones y oposiciones al aplicar ciertos instrumentos para estar en posibilidad de corregir desviaciones, disminuir costos o hacer, cuando sea necesario, excepciones.

Es especialmente necesario hacer explícitos los objetivos de la inducción ya que el control de los instrumentos depende de diferentes Secretarías, como es el caso de los mecanismos fiscales y crediticios, por un lado, y el fomento directo a las actividades productivas, por el otro.

Este esquema de instrumentación posibilita que se continúe el proceso de participación en las tres líneas fundamentales que se siguió para la integración del Plan. La creación de los Comités Técnicos para la Instrumentación del (COTEIP), responde a la necesidad de articular congruentemente las acciones diversas de las dependencias del sector público encaminadas a traducir, a través de los programas de mediano plazo y los anuales, los planteamientos del Plan.

Control: es el conjunto de actividades encaminadas a vigilar que la ejecución de acciones corresponda a la normatividad que las rige y a lo establecido en el Plan y los programas.

El control es un mecanismo preventivo y correctivo que permite la oportuna detección y corrección de desviaciones, insuficiencias o incongruencias en el curso de la formulación, instrumentación, ejecución y evaluación de las acciones, con el propósito de procurar el cumplimiento de las estrategias, políticas, objetivos, metas y asignación de recursos contenidos en el Plan, los programas y los presupuestos de la Administración Pública.

Pueden distinguirse dos grandes tipos de control: el control normativo y administrativo y el control económico y social. El primero es el que esta destinado a vigilar el cumplimiento por parte de las dependencias y entidades de la APF, de la normatividad que rige sus acciones y operaciones. Esta normatividad abarca múltiples aspectos: administrativos, contables, financieros, jurídicos, y también las normas en materia de planeación.

Este primer control fue ejercido en el seno del Sistema de Control y Evaluación Gubernamental (SICEG) que coordinaba la Contraloría General de la Federación⁵³, tanto por parte de ésta, como por la de Hacienda y Crédito Público, en el ámbito de sus respectivas competencias.

En relación con el control normativo y administrativo, se generan reportes que señalan el cumplimiento de las normas técnicas y metodologías, así como de los plazos asignados para la ejecución de lo planeado; y se producen reportes sobre los resultados de las auditorías gubernamentales.

En cuanto al control económico y social, es el que está destinado a vigilar, por un lado, que exista congruencia entre el Plan y los programas que se generen en el sistema y, por otro lado, que los efectos económicos y sociales de la ejecución de los programas y presupuestos por parte de las dependencias y entidades de la APF, efectivamente se dirijan hacia la realización de los objetivos y prioridades de la planeación nacional.

El control económico y social, se refiere al aspecto cualitativo dentro del proceso de planeación, y es a la vez, el mecanismo que permite alcanzar la coherencia general del Sistema en todas sus etapas, niveles y productos, y un grado siempre superior de eficacia de la acción gubernamental en el desarrollo nacional.

Actualmente, la SHCP a través de la Unidad de Política y Control Presupuestal, así como de las Direcciones Generales de Programación y Presupuesto, realizan acciones de seguimiento y vigilancia de los programas estratégicos anuales y de los programas-presupuesto de las dependencias y entidades de la administración pública.

En relación con el control económico y social, se dictamina la congruencia del Plan con los programas de mediano plazo, la de estos con los programas estratégicos anuales y a su vez, la de los anteproyectos de presupuesto con ellos; se lleva a cabo un seguimiento permanente de los efectos económicos y sociales, globales y sectoriales, de la ejecución de los programas y de los presupuestos; y se informa periódicamente al titular del

Ejecutivo sobre el estado que guarda la situación económica y social nacional.

⁵³ Actualmente Secretaria de la Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM), según decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de diciembre de 1994.

Evaluación: por su parte, la evaluación está definida como el conjunto de actividades que permiten valorar cuantitativa y cualitativamente los resultados de la ejecución del Plan y los programas en un lapso determinado, así como el funcionamiento del propio Sistema. El periodo que se consideró para llevar a cabo una evaluación fue de un año, después de la aplicación de cada programa anual.

Los objetivos de evaluación dependiendo de sus finalidades e instrumentos, se efectuaron a partir de cuatro tipos diferentes que se llevan a cabo dentro de la Administración Pública Federal:

Un primer tipo de evaluación es la *programático-presupuestal* y tiene al Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) como la fuente de su análisis. En este documento se determinan las aperturas programáticas y montos presupuestales asignados, se definen los objetivos y se identifica a los responsables de la ejecución de los programas. Asimismo, se incluyen las metas presupuestarias y de operación. El contenido cualitativo de este tipo de evaluación permite retroalimentar al proceso de planeación, en su fase de *programación-presupuestación*. Los aspectos que se abordan son: a) los avances y obstáculos en el cumplimiento de los objetivos propios de los programas-presupuesto; b) el comportamiento de los componentes del gasto y la forma de financiamiento de éste; y, c) cuando es el caso, la incidencia de las acciones gubernamentales en la problemática económica y social.

Los otros tipos de evaluación se ejecutan a partir de:

- 1) El Informe de Gobierno
- 2) La evaluación de la gestión de la APF
- 3) La evaluación contable, expresada en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal
- 4) La evaluación económico social referida al análisis de los resultados obtenidos con la ejecución del Plan

En la actualidad se tiene considerado evaluar integralmente los resultados de la gestión pública, expresados en factores tales como la pertinencia y la calidad de los servicios, su orientación efectiva a la población objetivo, y su vinculación con las demandas y necesidades de dicha población.

El Programa de Modernización de la Administración Pública 1995-2000⁵⁴ considera que a partir de 1997, las dependencias y entidades deben presentar y acordar con la SECODAM y la SHCP un conjunto de indicadores selectos de desempeño. El instrumento fundamental para concretar los objetivos precedentes serán las Bases de Coordinación que promoverán y suscribirán la SHCP y la SECODAM, con la participación que corresponda a cada una de las dependencias públicas.

Se establece en dicho Programa que el cumplimiento de las Bases de Coordinación será evaluado anualmente a través de un mecanismo que se deberá difundir entre las

dependencias y entidades de la APF. Asimismo quedó establecido el compromiso de la SECODAM, en relación a que en el curso de 1996 serían elaboradas las guías técnicas referidas al establecimiento de estándares mínimos de calidad; de indicadores para

⁵⁴ Poder Ejecutivo Federal, "Programa de Modernización de la Administración Pública 1995-2000", México, SHCP, 1996.

medición del desempeño y de resultados; y la elaboración de encuestas y estudios de opinión.

El Programa en comento también considera el compromiso de la SECODAM para promover el intercambio de experiencias exitosas con los gobiernos de los estados de conformidad con lo previsto en los artículos 33 y 34 de la Ley de Planeación.

La conexión entre la estrategia globalizadora y la sectorial se dió a partir de los Programas de Mediano Plazo, entre cuyas características generales están:

- ◆ Que se elaboran a nivel sectorial
- ◆ La cobertura espacial, que puede ser nacional o regional
- ◆ La cobertura temporal, que es de mediano plazo

Su función consiste en desagregar y detallar los planteamientos del Plan Nacional, a través de la identificación de los objetivos, metas, políticas e instrumentos, que en su conjunto contribuyen al logro de los objetivos y prioridades del Plan Nacional. Este tipo de programas se clasifican en:⁵⁵

- ◆ Sectoriales
- ◆ Regionales
- ◆ Especiales
- ◆ Institucionales

Ya definido el Programa de Mediano Plazo, se operan en un nivel de desagregación menor:

- El Programa Anual Macro⁵⁶ cuyo contenido incluye:
 - * el marco general macro-económico;
 - * orientación de la política económica;
 - * congruencia de políticas e instrumentos; y
 - * metas y previsiones generales
- El Programa Operativo Anual⁵⁷ que incluye:
 - * acciones específicas del sector;
 - * congruencia con programa anual macro;
 - * marco de referencia para entidades; y
 - * metas y previsiones sectoriales
- Programa de Trabajo con los elementos siguientes:
 - * acciones específicas de la entidad;
 - * congruencia con el programa operativo;
 - * asignación de recursos; y
 - * definición de proyectos.

Tomando como marco de referencia lo hasta aquí detallado, y de acuerdo con los principios que rigen la planeación nacional, el SNPD establece relaciones de coordinación

⁵⁵ Cfr., Artículos 22-26 de la Ley de Planeación en vigor.

⁵⁶ Ibid., Artículo 27

⁵⁷ Ibidem.

con las entidades federativas, con el propósito de hacer compatibles las actividades de planeación que efectúa cada orden de gobierno, así como para definir mecanismos institucionales operativos a través de los cuales se pueda llevar a cabo dicha coordinación.

En este tipo de relaciones, quedó enmarcada la estrategia de descentralización del sector salud⁵⁸, por medio de la cual pretendió revitalizar y fortalecer la capacidad de los órdenes federal, estatal y municipal para atender las demandas de la sociedad.

La Ley de Planeación precisa los aspectos que podían ser materia de coordinación:

- La participación de cada estado en la planeación nacional, a través de la presentación de las propuestas que estimen pertinentes;
- Los procedimientos de coordinación entre autoridades federales, estatales y municipales, para llevar a cabo la planeación nacional, estatal y municipal;
- Los lineamientos metodológicos para la realización de las actividades de planeación en el ámbito de la jurisdicción respectiva;
- La ejecución de las acciones a realizar en cada estado, considerando la participación correspondiente a los municipios y grupos sociales interesados; y
- La elaboración de los programas estratégicos regionales.

5.2 Planeación Estatal

Para lograr la consolidación del SNPD se comenzó a impulsar la planeación en las entidades federativas del país, dentro de un marco de absoluto respeto a su autonomía y peculiaridades propias, cumpliendo así con los principios del régimen federalista del país. Se propuso a las entidades que organizaran Sistemas Estatales de Planeación Democrática por medio de los cuales ordenaran y promovieran su propio desarrollo, articularan mejor sus objetivos y políticas de desarrollo con las prioridades y objetivos nacionales, influyeran progresivamente sobre la definición de los criterios con que se asigna el gasto federal en el territorio nacional y en general, se vincularan con el Sistema Nacional de Planeación Democrática, dentro de un marco integral de planeación.

Estos Sistemas Estatales de Planeación Democrática coadyuvaron por lo tanto al logro de uno de los principales propósitos de la administración de Miguel de la Madrid: la **descentralización de la vida nacional**. Una vinculación clara y eficiente con la planeación nacional, así como una estrecha y efectiva coordinación entre el Gobierno Federal y los estados, fueron requisito indispensable para lograr los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, especialmente en lo que se refiere a los cambios cualitativos que el país requiere en sus estructuras económicas, políticas y sociales.

Se consideró que una planeación estatal más sólida contribuiría al proceso de desconcentración y descentralización de la toma de decisiones de las dependencias de la APF y ampliaría los canales de participación social en la planeación, que necesariamente requerían de una organización capaz de recibir y responder a las demandas de la

⁵⁸ Dicha estrategia constituyó sólo un intento, el cual fue retomado por las administraciones posteriores y se concretó hasta 1996 fecha en que se firmó el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, que consideró la transferencia a los estados de los recursos presupuestales correspondientes.

población lo más cercano posible a su lugar de origen.

Para que la relación entre la planeación nacional y la planeación estatal se realizara de manera interactiva, era necesario que los Sistemas Estatales de Planeación Democrática tuvieran una estructura institucional y administrativa homogénea, y su funcionamiento y productos se articularan con los del SNPD en cuanto a características y temporalidad, respetando las diferencias que se derivan, entre otros factores, del hecho de que en la mayor parte de los gobiernos estatales el calendario sexenal de gobierno difiere del Federal.

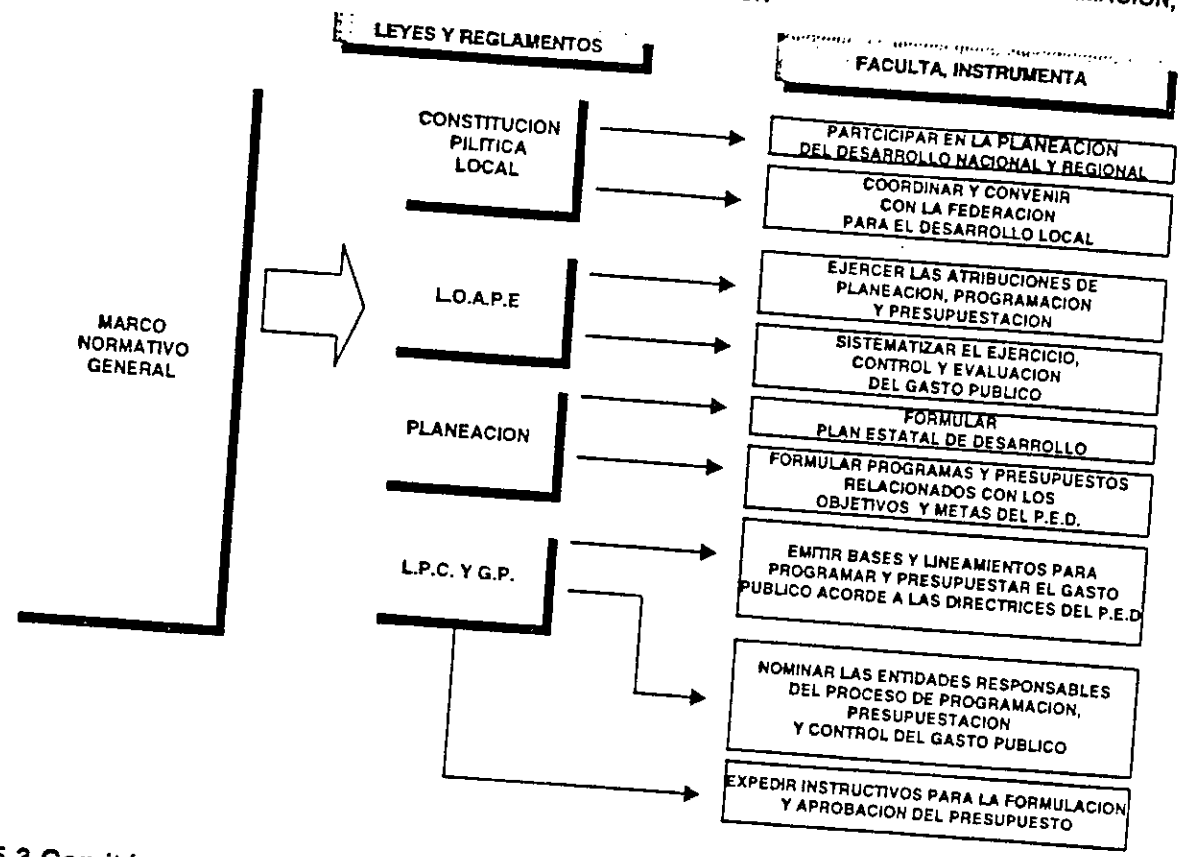
La Ley de Planeación del 5 de enero de 1983 regula la planeación que lleva a cabo la APF, y no la que se organiza desde las administraciones estatal y municipal. Por su parte los gobiernos estatales y las autoridades municipales, de acuerdo a sus componentes y tomando en cuenta la necesidad de vincular sus actividades de planeación con las del SNPD, están desarrollando acciones tendientes a precisar y fortalecer los esquemas de planeación en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. En algunas entidades federativas se realizaron reformas o adiciones a las constituciones estatales a fin de institucionalizar la planeación como instrumento de gobierno; en otras se elaboraron y promulgaron leyes estatales de planeación, a partir de las cuales se están creando o consolidando Sistemas Estatales de Planeación Democrática (SEPD). En todos los casos se han previsto mecanismos para que los municipios participen en las diferentes actividades de planeación vinculadas a su ámbito de acción.

Los Comités de Planeación para el Desarrollo Estatal, se establecieron como el núcleo orgánico de los sistemas estatales de planeación. Además se avanzó en la precisión de:

- Las responsabilidades de los ejecutivos estatales, en el proceso de planeación de sus entidades;
- Las atribuciones de las diferentes secretarías del ejecutivo estatal en el proceso de formulación, instrumentación, control y evaluación de los documentos de la planeación estatal;
- El papel de las legislaturas locales en dicho proceso;
- La función de los delegados federales existentes en aquella época;
- Los documentos centrales que ordenarían a la planeación estatal y municipal, sus contenidos generales, y formas de instrumentación;
- El papel de los municipios en los SEPD, reconociendo su nivel de desarrollo y, en muchos casos, sus carencias administrativas e informativas;
- Las formas y tiempos de la participación social en la planeación estatal y municipal; y
- La coordinación de la planeación estatal con la planeación nacional del desarrollo.

En general, la organización de los SEPD, cuyo órgano máximo de decisión y participación era el COPLADE, intentaron resolver el problema de cómo lograr que lo planeado se lleve a la realidad, en un proceso complejo dentro del que se interrelacionan los tres órdenes de gobierno, los legislativos estatales, y la sociedad organizada. El diagrama que a continuación se presenta, constituye un ejemplo de la estructura normativa estatal para el manejo del gasto que utilizan la mayoría de las entidades federativas.

MARCO NORMATIVO ESTATAL UTILIZADO EN EL PROCESO DE PLANEACION PROGRAMACION, Y PRESUPUESTACION



5.3 Comités Estatales de Planeación para el Desarrollo

Los COPLADE constituyen el mecanismo más importante de esta época para la coordinación intergubernamental de las decisiones de inversión pública, mediante la formulación, instrumentación, control y evaluación de los planes y programas estatales de desarrollo. Asimismo, representan el medio de enlace entre los sectores de la sociedad y los órganos de gobierno para la participación en la problemática de cada una de las entidades federativas.

Al fortalecerlos se buscó que se constituyeran en el núcleo orgánico de los SEPD, y que cumplieran un doble propósito: funcionar como la unidad técnica donde se hicieran compatibles las demandas y propuestas de inversión, tanto de los sectores administrativos de carácter federal como de los estatales y municipales, es decir, afianzar el espacio de negociación que permita ajustar los criterios de planeación global con las propuestas sectoriales y las demandas municipales, evitando la dispersión de recursos, la duplicación de obras y asegurar la terminación puntual de los proyectos.

Por otra parte, se buscaba que fuera el COPLADE un ámbito de información para que estados y municipios conocieran previamente la información sobre el monto de los recursos por ejercer y el grado de avance de los proyectos. En este proceso de

fortalecimiento de la institución se otorgaba particular importancia a la incorporación del municipio en las decisiones sobre la realización de obras federales y estatales, incluyéndose además las demandas específicas que plantearan los municipios en los procesos de programación anual de las otras instancias de gobierno.

Anteriormente los COPLADE desempeñaban en las entidades del país las siguientes funciones:

- Elaborar, con la participación de los diferentes grupos sociales de la comunidad, el plan estatal de desarrollo, y actualizarlo cuando fuera necesario;
- Coordinar las acciones de los gobiernos, Federal, estatal y municipal, e instrumentar los planes y programas de desarrollo estatal;
- Organizar la participación social en el proceso de planeación estatal y municipal; y
- Establecer las normas y lineamientos para coordinar el control y la evaluación de los planes y programas de desarrollo estatal, así como procurar el oportuno cumplimiento de sus objetivos y metas.

Dentro del COPLADE, las atribuciones de las delegaciones federales, se debieron establecer claramente a fin de que apoyaran el establecimiento y consolidación de los SEPD, en el marco de la descentralización de la vida nacional. Entre las funciones que tenían encomendadas estaban las siguientes:

- Mantener las relaciones conducentes a la ejecución de los programas y acciones convenidos;
- Establecer comunicación y mecanismos de coordinación entre las representaciones federales;
- Asistir técnica y operativamente a las autoridades estatales en el establecimiento del SEPD, observando para ello los lineamientos y normas que emitía la SPP para este efecto;
- Operar como canales de comunicación, negociación y definición en las materias de su competencia dentro del COPLADE;
- Proporcionar la asistencia técnica y la información suficiente para que el COPLADE realice la formulación y actualización permanente del Plan Estatal de Desarrollo, así como procurar la congruencia de éste con los lineamientos que se derivaban del PND;
- Colaborar en el establecimiento y vigilancia de la aplicación de las normas y lineamientos metodológicos para el control y la evaluación del Plan Estatal;
- Desarrollar coordinadamente con los estados, los programas de capacitación de recursos humanos para la planeación; y
- En el caso de la representación de la SPP, desempeñar las actividades propias de Secretario Técnico del COPLADE.

Las bases conceptuales que la planeación proporcionó para llevar a cabo el proceso de descentralización quedaron definidas en el SNPD, sin embargo, su aplicación operativa se vio limitada por reticencias federales y estatales fundamentalmente porque la estrategia descentralizadora fue vista desde la Federación como una disminución de poder, y desde los estados, como una carga de actividades sin su correspondiente apoyo presupuestal.

Así, los planteamientos del SNPD respecto de la descentralización no fueron concretados

en la realidad, puesto que sólo se hicieron planteamientos generales que al enfrentarse con obstáculos, se quedaron en el escritorio para épocas posteriores.

En la actualidad, a las bases conceptuales elevadas a rango constitucional, se sumaron los preceptos de la Ley de Planeación y los instrumentos operativos representados por los Acuerdos sobre Descentralización firmados por la Federación y los estados, en los cuales se considera también lo que se refiere a la transferencia de recursos⁵⁹

5.4 Planeación Municipal

Tiene como principios fundamentales integrar el municipio al desarrollo nacional y su fortalecimiento como orden de gobierno más cercano al pueblo, con la finalidad de construir un país más justo y democrático. En el municipio se registran las demandas básicas de la población, y la participación social tiene amplias posibilidades de desarrollarse.

El municipio, concebido como una comunidad organizada y activamente participativa, con capacidad política, jurídica y administrativa, se apoyó en la planeación democrática para fortalecerse como instancia de gobierno.

Las modificaciones al Artículo 115 Constitucional establecieron las bases para revertir la inercia centralizadora y revitalizar las funciones del municipio, atendiendo en especial su autonomía administrativa y financiera. En dicho Artículo se otorgan facultades al municipio para que en el ámbito de su jurisdicción:

- Formule, apruebe y administre planes de desarrollo urbano municipal;
- Participe en la creación y administración de reservas territoriales y ecológicas;
- Controle y vigile la utilización del suelo; e
- Intervenga en la regularización de la tenencia de la tierra.

Estas facultades, para su adecuado funcionamiento requieren fortalecer la capacidad que tienen los municipios para llevar a cabo ciertas actividades de planeación. Es más importante por lo tanto, incorporar progresivamente los gobiernos municipales a la planeación estatal —a través de la participación que cada municipio tenga en la elaboración del plan estatal—, que plantear que todos los municipios del país integren planes de desarrollo. Lo anterior, a través de una serie de actividades básicas que debían asegurarse:

- La posibilidad de que la población del municipio exprese sus demandas, fije prioridades y plantee soluciones a sus problemas, de tal forma que sean tomados en cuenta al definir políticas y acciones en el ámbito estatal;
- La generación de un mínimo de información municipal que abarque las dimensiones socio-demográfica, económica y territorial. La comunidad organizada a través de comités de manzana, juntas vecinales o juntas cívicas puede participar en la

⁵⁹ Al respecto puede consultarse el primer Acuerdo de Coordinación celebrado con el estado de San Luis Potosí, publicado el día 14 de octubre de 1996 en el Diario Oficial de la Federación.

realización de encuestas básicas, como ya ha ocurrido en algunos municipios del país;
y

- Un mínimo de organización administrativa por parte del gobierno municipal para organizar la información existente, mantenerla actualizada y realizar diagnósticos básicos sobre los problemas y necesidades del municipio.

Hoy en día el municipio ha visto fortalecida la independencia de sus actividades y el reconocimiento de la Federación respecto de los siguientes servicios públicos:

- a) Agua potable y alcantarillado;
- b) Alumbrado público;
- c) Limpia;
- d) Mercados y centrales de abasto;
- e) Panteones;
- f) Rastros;
- g) Calles, parques y jardines;
- h) Seguridad pública y tránsito; y
- i) Los demás que las legislaturas locales determinen según las condiciones territoriales y socio-económicas de los municipios, así como su capacidad administrativa y financiera

La jerarquía constitucional del Artículo 115 representó un logro vital para el desempeño municipal y sentó las bases para que en el futuro la concepción federalista de nuestra Nación, se concretara en una serie de actividades, incluyendo entre las mismas la posibilidad de que los presupuestos de egresos estatales sean aprobados por los ayuntamientos con base en sus ingresos disponibles⁶⁰

Lo antes expuesto tenía como finalidad:

- Incrementar la capacidad de negociación de los habitantes del municipio y de sus autoridades, respecto de las acciones que lleven a cabo en esa jurisdicción, los gobiernos estatal y federal, así como;
- Reforzar la capacidad de respuesta del gobierno municipal frente a las demandas de su propia población.

En muchos estados las actividades de planeación requieren de la agrupación de los municipios en subregiones o distritos; en otros casos, estas actividades se llevan a cabo por Comités de Planeación para el Desarrollo Municipal, donde participan las autoridades municipales, representantes de las dependencias y entidades estatales, dependencias y entidades federales y representantes de los grupos sociales de la localidad. Por esta razón, no se hace una consideración homogénea de planeación municipal para todo el país.

⁶⁰ Vid., Artículo 115, fracción IV, inciso c de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, México, 117 edición, Porrúa, 1997.

PRESUPUESTO AUTORIZADO 1984 A 1990
(MILES DE PESOS)
GASTO PROGRAMABLE

ESTADOS	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
AGUSCALIENTES	439.7	453.8	971.5	4083.1	8833.4	10693	
BAJA CALIFORNIA SUR	887.6	1182.7	2749.2	6088.8	13663	16164	
COLIMA	495.4	819.2	1688	3874.2	11074	12841	
GUANAJUATO	1847.5	3030.6	5932.6	13806	28567	33687	
GUERRERO	1499.5	2711.3	9885.5	19621	45726	55438	
JALISCO	2887.6	4479.8	11619	23742	51227	53463	
EDO. DE MEXICO	8121.8	9925.9	24942	62129	127281	161032	60054
MORELOS	467.5	752.9	2435.8	5167.5	11159	15853	
NUEVO LEON	1907.6	3968.1	8175.9	18966	43424	43100	
QUERETARO	546.3	937.7	2808.8	6009.4	14085	17956	
QUINTANA ROO	624.2	719.6	2316.1	6490.7	13607	16436	
SONORA	1865.8	3598.6	7242.9	15034	32413	39527	
TABASCO	1012.7	1643.8	4877.9	10018	23376	29384	
TLAXCALA	472.9	898.8	2195.8	5094.5	12753	16215	

... CORRESPONDE AL AÑO EN QUE SE DESCENTRALIZO
Fuente: Elaboración propia con base en los Presupuestos de Egresos de la Federación.

No obstante los incrementos absoluto observados en el gasto del sector salud durante los ochenta, el cuadro que a continuación se presenta, nos permite visualizar un decremento constante en relación con el Producto Interno Bruto (PIB).

Presupuesto del Gasto en Salud Respecto al PIB, 1980-1992*		
Año	Presupuesto de Salud con relación al PIB (%)	Presupuesto de salud : Relación con el Gasto Programable del Sector Público (%)
1980		
1981		
1982	3.4	13.2
1983	3.4	14.8
1984	3.6	13.5
1985	2.8	12.6
1986	2.5	11.4
1987	2.5	12.4
1988	2.3	13.8
1989	2.2	13.3
1990	2.5	14.6
1991	2.7	17.2
1992	2.7	18.4
	2.8	15.6
		16.2

*Se refiere al gasto programable del sector público
Fuente: Sistema Nacional de Salud, Boletín de Información Estadística, Número 12, 1992, México, 1993.

No obstante lo anterior, la dinámica de la estrategia instrumentada para disminuir los daños y riesgos que afectan la salud de la población, se vieron limitados en especial por la ausencia de una entidad rectora que coordinara las acciones de las instituciones públicas asistenciales y de seguridad social, así como las realizadas por los sectores privado y social. La consecuente falta de coordinación efectiva dio lugar, por un lado, a la

superposición de coberturas de atención a la población en ciertas regiones y carencias en otras.

En 1982 existían más de diez millones de habitantes que no tenían acceso a servicios permanentes de salud⁶¹. Por otro lado, surgieron modalidades diferentes respecto de los criterios de construcción y equipamiento de los establecimientos, adquisición de insumos, capacitación del personal y en la configuración de los sistemas de planeación y administración, lo cual implicó una calidad heterogénea en la cobertura, en costos diferenciales en la prestación de los servicios, y en un inadecuado aprovechamiento de los recursos disponibles. La situación anteriormente descrita se puede observar mas claramente a partir de la aplicación de los recursos durante el proceso de descentralización.

Aplicación de los Recursos en el Proceso de Descentralización 1985-1987

(Millones de pesos)

Concepto	1985	1986	1987
Gasto Corriente	50206.1	77227.8	137638.3
Servicios personales	32226.7	47809.6	83692.8
Gasto de operación	17979.4	29418.2	53945.5
Inversión	9322.5	17536.4	15012.5
Almacenes	113	930.8	599.8
Talleres	10	538	20.5
Laboratorio de Salud Pública	18.2	67.3	336
Antirrâbicos		20.8	198
Reforzamiento de Infraestructura Instalada	9181.3	15979.5	13858.2
TOTAL	59528.5	94764.2	152650.8

Fuente: SSA, Dirección General de Programación y Presupuesto

Aunado a lo anterior se presentó la siguiente problemática:

- Reducida participación comunitaria en la solución de sus problemas de salud;
- Centralización administrativa de los servicios;
- Insuficiente infraestructura de los servicios, sobre todo en los dirigidos al control sanitario, al saneamiento del medio y de los asistenciales cuyos servicios se encontraban por debajo de las demandas de la población de escasos recursos;
- Falta de coordinación entre las instituciones de salud y las educativas lo cual implicó que la formación del personal no respondiera plenamente a las necesidades de los servicios;
- Dependencia científica y tecnológica del exterior, y escaso desarrollo de la investigación en las áreas biomédicas y médico-social;
- Diversidad y en ocasiones carencia de criterios uniformes que permitieran apreciar

⁶¹ Cobertura que se mantiene como propósito para 1997, no obstante el incremento absoluto de la población y por ende la demanda de servicios de salud de parte de la población abierta.

FALTA PAGINA

No. 97.

adecuadamente la efectividad de las acciones de salud e insuficiencia en los esquemas de información que las presentaban

Así tenemos que desde 1981 se estableció en la Presidencia de la República la Coordinación de los Servicios de Salud, unidad a la que se encargó el estudio de las distintas opciones de integración de un Sistema Nacional de Salud. Esa Coordinación concluyó sus trabajos al finalizar 1982, y se presentaron al Ejecutivo Federal propuestas concretas al respecto.

A principios de la década de los ochenta, se crearon también los comités estatales de planeación para el desarrollo de los estados, como entidades de los gobiernos locales, y se instituyeron los comités de salud y seguridad social, instancias de apoyo a la coordinación del sector salud en el ámbito estatal. En el seno de los Comités de Planeación del Desarrollo (COPLADES) se establecieron subcomités bajo los auspicios de la Coordinación de los Servicios de Salud, para estudiar las modalidades de integración de los sistemas estatales de salud.

La organización del sector salud presentaba características bastante desarticuladas, lo cual era síntoma de la ausencia de una concepción coherente en torno a un Sistema Nacional de Salud. Se observó también la ausencia de una programación integral de los servicios de salud, como técnica de ordenación pública y de racionalización y estímulo a la actividad de la sociedad.

Durante la etapa que aquí se analiza, no había un sector salud formal e íntegramente constituido, dado que los servicios de salud del IMSS, ISSSTE, DIF y de la propia SSA no estaban agrupados. Se efectuaron al respecto incipientes acciones de coordinación las cuales tampoco lograron los objetivos que se plantearon, lo que implicó una severa limitante para la conformación de un sistema de salud de carácter nacional. Así, esta etapa se caracterizó por la centralización persistente de los servicios de salud, al reducirse la injerencia y participación de los estados y municipios en este campo.

Para enfrentar la problemática descrita, durante el sexenio de Miguel de la Madrid se adicionó y reformó el Artículo 4o de la Constitución, el cual consideró enmiendas que señalaron que una ley (en este caso la ley General de Salud) establecería las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud y distribuyó la concurrencia en materia de salubridad general entre la Federación y las entidades federativas.

Además de los anterior, fue reformado el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, para completar, en el caso de la salud, la técnica de la sectorización, agregando la modalidad de la sectorización programática y funcional. Así el sector salud quedó integrado por las entidades agrupadas administrativamente y por los programas, funciones y servicios de salud de todas las dependencias y entidades que componen la Administración Pública Federal.

En enero de 1983 se procedió a instalar el Gabinete de Salud, formado por los titulares de Salubridad y Asistencia, Programación y Presupuesto y de la Contraloría General de la Federación, así como por los Directores Generales del IMSS, ISSSTE y DIF. Finalmente el 7 de febrero de ese mismo año se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto de reformas a la Ley General de Salud, ordenamiento que define la naturaleza y

establece los mecanismos del Sistema Nacional de Salud.

En la Ley General de Salud además de considerar los campos de la salubridad general, se redistribuyó con una perspectiva descentralizadora, la competencia sanitaria entre la Federación y las entidades federativas, tal y como lo dispone la Constitución Federal. Al considerar esta etapa de la evolución institucional de los servicios de salud, se debe destacar que según lo dispuesto por la Ley de Planeación, aparece la programación como el instrumento idóneo para dar efectividad al Sistema Nacional de Salud. Al respecto, esa Ley consideró un Programa Sectorial de Mediano Plazo, al que se sujetarían los programas institucionales, y el cual debería convertirse en un programa nacional que abarcara los tres niveles de gobierno y a los sectores social y privado, a través de las vertientes de obligatoriedad, coordinación, inducción y concertación.

Para fortalecer la estrategia de cambio nacional e institucional en materia de servicios de salud, el 30 de agosto de 1983 se expidió el decreto mediante el cual, el Ejecutivo Federal establece las bases a las que se debía sujetar el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la anteriormente denominada Secretaría de Salubridad y Asistencia, y en el Convenio Unico de Desarrollo de 1984, que contenía las cláusulas por las cuales los gobiernos estatales asumirían una mayor participación en la gestión de los servicios asistenciales y de solidaridad social. En este mismo rubro, y mediante decreto del Ejecutivo Federal del 8 de marzo de 1984, se dio la instrucción para que los programas de atención a la población abierta, denominados IMSS-COPLAMAR, se descentralizaran progresivamente, integrándose en sistemas estatales de salud flexibles y eficientes.

Así, el Sistema Nacional de Salud para lograr sus objetivos y el eficaz cumplimiento de sus programas, estableció cinco estrategias instrumentales, constituyendo una de ellas la descentralización. La característica principal de cada estrategia es la de ser comunes a todos los programas, de ser complementarias e interdependientes entre sí y de constituir medios idóneos para el cumplimiento de los propósitos y objetivos del sector salud.

La descentralización de los servicios de salud se proponía trasladar la toma de decisiones del gobierno federal para ubicarlas lo más cerca posible de la población que recibe sus servicios, a fin de que se adapte a las necesidades específicas de las diferentes regiones geográficas del país ya sea a nivel estatal o municipal. Desde el punto de vista administrativo, la descentralización procuró adecuarse a la fórmula federal en la que una dependencia centralizada retiene las facultades normativas, de planeación y evaluación, en tanto que la operación de los servicios se encomendó a un organismo público descentralizado denominado: Servicios Estatales de Salud.

Se consideró que la estrategia de descentralización respondía a una lógica de escala, ya que según la teoría de las organizaciones, si estas tienen el tamaño óptimo se asegura el logro de mayores niveles de eficiencia. La dinámica descentralizadora de esta época, consideró solo desde un punto de vista teórico, que aquélla constituye un acto jurídico, político y económico por el cual la Federación transfiere facultades, funciones, programas y recursos a una persona moral de derecho público con autonomía técnica y orgánica, reservándose lo que la doctrina denomina control de tutela, y por lo tanto rompiendo la línea jerárquica entre el que descentraliza y el que recibe las facultades. Por lo anterior se consideró que para el primer nivel de atención, el nivel óptimo era el municipal, y que,

para el segundo nivel la escala pertinente era la estatal.

Se consideró también llevar a la práctica la descentralización desde dos ámbitos:

- a) funcional: cuando se transfieren facultades hacia un organismo público descentralizado, que forme parte de la Administración Pública Federal; y
- b) territorial: cuando se transfieren programas y recursos hacia los niveles estatal o municipal.

La concepción de la descentralización como estrategia general del sector salud se vinculó estrechamente con los procesos de desconcentración y descentralización. La descentralización fue determinada como un proceso que deberían llevar a cabo todas las instancias públicas que prestaban servicios de salud, en particular las instituciones de seguridad social, mediante programas específicos. Por otra parte, la descentralización debía enfatizar en los servicios de salud a la población abierta, a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y del Programa IMSS-COPLAMAR, así como en la coordinación programática de los servicios de salud a cargo de los gobiernos de las entidades federativas.

La estrategia de descentralización se ubicó por lo tanto como una estrategia de carácter nacional y tenía por objetivo: revertir el proceso centralizador en materia sanitaria mediante una adecuada redistribución de competencia entre los tres niveles de gobierno, la integración programática de sistemas estatales de salud, así como la integración orgánica de dichos sistemas de atención a la población abierta bajo la gestión de los gobiernos locales con un esquema de asignación y aprovechamiento racional de los recursos.

La descentralización se constituyó por lo tanto en un medio para alcanzar los objetivos del Sistema Nacional de Salud, destacando el de organizar hacia una cobertura universal los servicios de salud y mejorar la calidad de estos. El logro del objetivo general suponía atender al mismo tiempo dos campos de acción: el normativo en el nivel central, y el operativo en cada una de las entidades federativas, para de esta manera garantizar la adecuada coordinación del Sistema Nacional de Salud y la efectiva conducción de una política nacional en esta materia, y por otra parte, garantizar la administración y operación integral de sistemas estatales de salud de orden sectorial en todas las entidades federativas.

Es por lo anterior que la descentralización de los servicios de salud en la década de los ochenta, también consideró una doble vía en la prestación de los servicios: los dirigidos a la población abierta y aquéllos que prestan las instituciones de seguridad social a sus derechohabientes. Respecto de los primeros, el proceso involucró los servicios de la SSA, y de los gobiernos de las entidades, y el Programa IMSS-COPLAMAR. Por lo que respecta a los segundos, se pretendió llevar a cabo la desconcentración territorial de sus servicios, así como su articulación programática y funcional a nivel local, a fin de constituir los sistemas estatales de salud.

La política descentralizadora desde el punto de vista temporal consideró dos fases: en primer término se llevaría a cabo en forma inmediata, la integración programática de los tres tipos de servicios de atención a la población abierta y se establecieron mecanismos

de participación y dirección por parte de los gobernadores de cada una de las entidades federativas, en los órganos desconcentrados de la SSA y del IMSS-COPLAMAR.

En una segunda fase se planteó el acceso paulatino a la integración orgánica de todos los servicios a la población abierta, para constituir sistemas estatales de salud, realizando, paralelamente, esfuerzos para que los servicios y programas se descentralizaran a los municipios y se desconcentraran a las jurisdicciones sanitarias. Al esquema referido se unió el modelo descentralizado del DIF.

Se procuró vincular la descentralización del sector salud a los procesos que realicen los demás sectores de la Administración Pública Federal, instituyéndose en una de las primeras expresiones respecto del desarrollo regional y microregional. Así, la descentralización del primer nivel consideró la atención al municipio desde una perspectiva casuística y modular.

El Plan Sexenal consideraba varias acciones convergentes en lo relativo a la descentralización de los servicios de salud:

- La rehabilitación, conservación y mantenimiento de la infraestructura existente;
- La construcción de la red de hospitales regionales que permitieran integrar la capacidad instalada necesaria;
- La reforma en la gestión;
- La participación de la ciudadanía;
- La vinculación con otros programas de desarrollo social; y
- La desconcentración territorial a través de las jurisdicciones y los municipios.

Por lo anterior se puede apreciar que el proceso de descentralización de los ochenta tuvo pocos efectos tangibles en el control de los estados por lo que se refiere a la parte normativo-presupuestal de los recursos.

6.2 Programa Nacional de Salud 1983-1988

Este Programa estableció las siguientes líneas de acción:

- 1) Para cumplir el objetivo de garantizar la adecuada coordinación del Sistema Nacional de Salud y la efectiva conducción y aplicación de la política nacional en materia de descentralización:
 - Homogeneizar la prestación de los servicios de salud en cada entidad federativa, tomando como punto de partida la situación general en que se encontraban;
 - Reforzar el carácter normativo y de control de la administración central de la Secretaría de Salud, a través de los sistemas de programación, evaluación, control e información; y
 - Racionalizar tanto la regulación en materia sanitaria como las estructuras centrales de organización, en especial de las unidades administrativas de enlace.
- 2) A su vez, para cumplir el objetivo de garantizar la administración y operación integral de sistemas estatales de salud las líneas fueron las siguientes:

- Descentralizar los recursos humanos, materiales y financieros orientados a la prestación de servicios de salud a la población abierta;
- Promover la expedición de legislaciones locales en materia de salubridad;
- Desconcentrar el ejercicio de las facultades que en materia de salubridad general correspondían a la SSA;
- Fortalecer la capacidad operativa y de gestión de los servicios coordinados de salud pública en los estados, y de los demás organismos que presten servicios en dichas entidades;
- Ampliar y fortalecer en el corto plazo la participación de los gobiernos de las entidades en apoyo de la coordinación programática del sector y en la administración y operación de los servicios de salud a la población abierta; y
- Formular y llevar a cabo programas para continuar y fortalecer los procesos de desconcentración de los servicios de salud que tienen a su cargo el IMSS y el ISSSTE, para su integración a los sistemas estatales de salud.

Una herramienta fundamental para el avance de la descentralización de los servicios de salud que se propuso fue la estrategia de *modernización administrativa*, la cual permitiría utilizar y desarrollar el instrumental programático-presupuestal como eje que hiciera posible un uso más racional de los recursos. La modernización administrativa, como medio o instrumento de la planeación sectorial definió las siguientes áreas de atención prioritarias:

- Programación-presupuestación;
- Estructuración institucional y sectorial;
- Adecuación del marco jurídico;
- Mejoramiento y racionalización de los servicios públicos;
- Estadística e informática;
- Productividad y racionalización de los recursos humanos y materiales;
- Adecuación y vinculación de los sistemas de ejercicio presupuestal y contabilidad; y
- Fortalecimiento de los sistemas y mecanismos de control y evaluación

Nuevamente conviene apuntar aquí que las estrategias planteadas durante este periodo, a pesar de tomar en consideración variables fundamentales como las señaladas arriba, no contaron con el sustento económico-jurídico indispensable para que las mismas fueran adaptadas a la realidad de nuestro país.

Las estrategias instrumentales prioritarias respecto de las cuales conviene destacar como relacionadas con la descentralización de los servicios de salud fueron las siguientes: la *modernización administrativa*; la *coordinación intersectorial* y la *participación de la comunidad*.

Respecto del área de *coordinación intersectorial* vale la pena destacar las relaciones de coordinación que se consideró establecer con la entonces Secretaría de Programación y Presupuesto, dependencia de orientación con la cual se buscó la vinculación: "Para el desarrollo de acciones y cumplimiento de los ordenamientos que rigen la planeación, programación, presupuestación, control del gasto público, obra pública, administración y desarrollo del personal, estadísticas, información geográfica, informática, modernización administrativa, adquisiciones, almacenes, inventarios, avalúos, bajas de bienes muebles

e instalaciones, desarrollo de acciones convenidas con los gobiernos de los estados y de programas especiales y regionales...⁶²

• En cuanto a la participación comunitaria es importante señalar que la misma, al representar un elemento trascendental para el SNPD, fué debidamente reglamentada en la Ley de Planeación⁶³

Además de lo anterior, para llevar a cabo estas tres estrategias instrumentales señaladas se formularon varios programas, destacando el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para la Población Abierta, el cual permitiría la integración funcional y orgánica de dichos servicios y el establecimiento como ya se apuntó, de los sistemas estatales de salud.

Así, la base de la estrategia de descentralización quedó integrada por: la reforma constitucional que determinó la concurrencia federal y estatal en materia de salubridad general; y la Ley General de Salud que transfirió competencias a los estados en materia de atención médica, salud pública y asistencia social, y que asignó a la Secretaría de Salud la responsabilidad de coordinar el Sistema Nacional de Salud, así como promover la descentralización de los servicios sanitarios. Adicionalmente, se concibió a la descentralización, como uno de los objetivos más destacados del PND (1983-1988).

Se expidieron también diversos decretos para regular los tiempos y modos del proceso (tal es el caso de los siguientes acuerdos: Acuerdo de Coordinación del Ejecutivo Federal y los Ejecutivos de las Entidades Federativas, con el Propósito de Establecer las Bases para la Elaboración y Ejecución del Programa de Descentralización de Servicios de Salud; las Bases de Coordinación para la Integración Orgánica y la Descentralización Operativa de los Servicios de Salud de la SSA y el DDF; los Acuerdos de Coordinación para la Integración Orgánica y la Descentralización de los Servicios de Salud en los Estados; y los Acuerdos de Coordinación para Descentralizar las Funciones de Control y Regulación Sanitaria); se aprobó además el Programa Nacional de Salud, el cual como quedó anotado establece a través de una de sus estrategias instrumentales, la descentralización; se expidieron leyes locales de salud para reglamentar las competencias de las entidades federativas; y se sujetó el proceso a un programa para garantizar su desarrollo ordenado y su control y evaluación.

Se suscribieron además por la vía convencional, acuerdos e instrumentos de coordinación entre la Federación y los estados⁶⁴, mediante los cuales se establecieron las bases, etapas y compromisos del proceso, y se adoptaron las soluciones a los aspectos prioritarios de la descentralización, de acuerdo con las posibilidades y condiciones de cada estado. En una fase posterior, fueron celebrados convenios en materia de apoyo logístico, control sanitario, enseñanza y capacitación, financiamiento y cuotas de contraprestación de servicios, con el propósito de evitar deterioros en la fase de transitoriedad de la integración de los servicios de salud.

La estrategia hasta aquí analizada debe ser concebida como un proceso gradual,

⁶² SSA, IMSS, ISSSTE, DIF, "Programa Nacional de Salud 1984-1988", México, 1984, p.174

⁶³ Vid., Capítulo Segundo de la Ley de Planeación en vigor.

⁶⁴ Nos referimos a los catorce Acuerdos de Coordinación para la Integración Orgánica y la Descentralización Operativa de los Servicios de Salud en los Estados, los cuales fueron suscritos entre 1985 y 1987.

continuo e irreversible, que actualmente ha sido retomado y fortalecido, a fin de garantizar su congruencia con el desarrollo social de cada entidad federativa y preservar su vigencia como una de las políticas más significativas del cambio estructural en salud.

Con la finalidad de dar continuidad a la descentralización, el Programa estableció las siguientes orientaciones generales:

- Avanzar en el fortalecimiento de la coordinación programática en las entidades federativas que no han accedido a la etapa de integración orgánica, impulsando el acercamiento de las instituciones, complementando esfuerzos en programas comunes y reforzando la participación de los gobiernos locales en la dirección y operación de los órganos regionales de la SSA y del Programa IMSS-COPLAMAR;
- Continuar los programas de desconcentración orgánico-funcional⁶⁵ y de modernización administrativa en los Servicios Coordinados de Salud Pública y la competencia coordinada de carácter federal y local;
- Extender las acciones de consolidación de los servicios estatales de salud, procurando fortalecer su papel de liderazgo sectorial en el ámbito estatal, culminar la operación cabal de sus sistemas sustantivos y adjetivos, así como adoptar las medidas que fortalecieran la implantación del Modelo de Atención a la Salud;
- Acceder a la integración orgánica y a la descentralización operativa de los servicios, en aquellos estados que dieran cumplimiento a la etapa de coordinación programática, hubieran tenido capacidad de gestión administrativa, reunieran condiciones propicias, hubieran adoptado medidas para superar gradualmente los problemas inherentes a la descentralización y, sobre todo, contaran con la voluntad política de los ejecutivos estatales para avanzar en esta dirección;
- Continuar con los programas de fortalecimiento de las Jurisdicciones Sanitarias, buscando su consolidación como sistemas operativos y de enlace técnico-administrativo encargados de aplicar las normas sustantivas de vigilancia epidemiológica y de regulación sanitaria en un área geográfica determinada;
- Desarrollar los elementos administrativo, laboral, financiero, patrimonial, competencial y logístico del modelo de descentralización, con la finalidad de consolidar la autonomía operativa de los Estados en la operación de los servicios y el papel normativo y coordinador de la SSA; y
- Proceder a la descentralización gradual de los servicios de salud en los municipios, lo cual sólo será posible a partir de la segunda etapa, no obstante lo cual será tomada en cuenta la problemática que corresponda a la situación de cada localidad, implantando estrategias para fortalecer las acciones de salubridad local a cargo de las administraciones municipales, definiendo mecanismos para compatibilizar los programas de salud federales, estatales y locales, sentando bases para implantar sistemas municipales de salud integrales.

Concretamente, y para dar cabal cumplimiento a la estrategia de descentralización de los servicios de salud plasmada tanto en el PND como en el Programa Nacional de Salud, fueron aprobados diversos Acuerdos de Coordinación entre la Federación y las entidades federativas⁶⁶.

⁶⁵ Programas que en esta etapa únicamente fueron planteados como documentos base de trabajo, pero que en la realidad no permitieron una descentralización integral de los servicios de salud.

⁶⁶ Vid., supra nota número 64.

Se debe considerar también que los sistemas administrativos tuvieron un papel fundamental en la descentralización de los servicios de salud a la población abierta. Bajo este contexto se enfocó el fortalecimiento de los sistemas administrativos, los cuales se constituyeron en instrumentos de apoyo y no como un fin en si mismo. Así, se consideraron tres grandes factores:

1. Los rezagos estructurales.
2. Las inercias técnico-administrativas.
3. Factores macroeconómicos

Entre los factores de rezago estructural, se pueden identificar los aspectos siguientes:

- Ausencia de una entidad rectora en materia sanitaria, que imprimiera orden, compatibilizara prioridades y racionalizara la asignación y utilización de recursos.
- Proliferación y desarticulación de instituciones que prestan servicios de salud, con regímenes jurídicos, operativos y financieros diferentes.
- Agudas desigualdades institucionales, regionales y entre la población.
- Un complejo perfil demográfico, caracterizado territorialmente por el doble fenómeno de una grave concentración y una alta dispersión de la población.
- Énfasis desmedido en los servicios de hospitalización, y limitado desarrollo de los servicios de atención primaria y de los programas de salud pública.
- Desvinculación de la formación de los recursos humanos y de la investigación con las necesidades reales de los servicios de salud.
- Una creciente centralización de la materia sanitaria y de los recursos en los servicios coordinados de los estados, acompañada de una muy engorrosa legislación.

A los aspectos señalados, se suman los factores considerados como inercias técnico-administrativas, de entre las cuales sobresalen:

- La carencia de mecanismos efectivos de planeación y programación de los servicios, lo cual suponía duplicidades, subutilización de capacidades, y distribución inadecuada e inequitativa de recursos.
- Diferentes modelos de administración y esquemas de atención, generando heterogeneidad.
- Ausencia de criterios e indicadores uniformes y homogéneos, para regular y evaluar la efectividad de las acciones de salud y compatibilizar información que apoye la toma de decisiones.
- Una progresiva desatención del gobierno estatal hacia los servicios coordinados, lo cual se tradujo en decrecientes participaciones financieras y en una mínima aplicación de la legislación local.

Fueron identificados también factores relacionados con el comportamiento de la economía a nivel macroeconómico, entre los que destacan:

- La reducción de los niveles de ingreso *per cápita*, que han provocado una mayor demanda de los servicios institucionales de salud.
- En el caso de los servicios a la población abierta, la situación referida anteriormente, se agudiza en tanto que la reducción de la dinámica de generación de empleos y el

- incremento del desempleo presionan estos servicios asistenciales.
- Desde el punto de vista de la oferta de los servicios, la reducción real del monto de cotizaciones para la seguridad social y las restricciones en las asignaciones fiscales para los servicios a la población abierta, provocan una carga adicional, acompañada de costos crecientes de operación y disminución de disponibilidades financieras.

La complejidad de la problemática requería por lo tanto de un programa integral que incluyera soluciones viables a cada uno de los factores enumerados con antelación, además de recoger e instrumentar las estrategias y políticas delineadas en el Programa Nacional de Salud respecto a la descentralización de los servicios, y en el PND, en cuanto a la descentralización de la vida nacional.

Para tal efecto, se analizaron algunas alternativas que presentaban distintas opciones de integración y operación de los servicios de salud para la atención a la población abierta de entre las cuales destacan las siguientes:

- Usar recursos escasos para programas prioritarios que mitigaran los rezagos existentes o preferenciar el costo de la descentralización;
- Modernizar primero la SSA y después descentralizar los servicios;
- Integrar los servicios a la población abierta en una misma autoridad federal y, posteriormente, descentralizarlos; y
- Mejorar y homogeneizar primero los servicios, y posteriormente descentralizarlos, o bien incluir el mejoramiento en el proceso mismo de la descentralización.

Al ponderar las diversas alternativas y ante la prioridad política que el Ejecutivo le otorgó a la estrategia de descentralización, se optó por los siguientes criterios rectores del proceso:

- a) Considerar que la descentralización no es un ejercicio burocrático que pueda medirse sólo en función del traspaso de recursos y, mucho menos, como un nuevo reparto de atribuciones legales; se trata en realidad de descentralizar con la intención de abatir las disparidades regionales;
- b) Con la descentralización se buscaba que los tres niveles de gobierno compartieran en forma equilibrada, las responsabilidades que el Estado de derecho confía a los poderes públicos;
- c) Se buscaba que con la descentralización se lograra una mayor eficiencia en organizaciones de una magnitud tal que permitieran la operación más viable y eficaz;
- d) Se pretendía asimismo, descentralizar para integrar orgánicamente los sistemas federales que atendieran a la población no protegida por la seguridad social; y
- e) En *stricto sensu*, se instrumentó la descentralización para ubicar la responsabilidad de la conducción operativa de esos servicios en los gobiernos de los estados.

Durante esta etapa, por lo tanto, es donde quedan definidas las inercias y obstáculos propios de toda transformación orgánica y operativa, y ante lo cual se instrumentaron las siguientes líneas concretas de acción:

- Modernización y reparto de atribuciones legales en materia de salud, a partir de la reforma constitucional.
- Modernización administrativa de la SSA para reivindicar y consolidar el carácter

concurrente en materia sanitaria, y para que asuma la autoridad necesaria y desempeñe plenamente su función como autoridad coordinadora del Sistema Nacional de Salud.

- Que fuera un proceso gradual, flexible y modular, que tome en cuenta las peculiaridades socioeconómicas y administrativas de cada entidad federativa, para que los Sistemas Estatales de Salud (SESA) adopten casuísticamente la forma jurídico-administrativa que más convenga.
- Que en el proceso se dejen fuera de regulación federal las actividades técnico-administrativas cuya realización y prestación deban corresponder a la instancia estatal.
- Que se garantizara a los estados descentralizados una dinámica presupuestaria adecuada, para evitar deterioros y extender la cobertura, y que los propios estados incrementaran sus aportaciones financieras.
- Que los bienes muebles e inmuebles de las dependencias federales, se pusieran a disposición, en uso gratuito, de los gobiernos estatales, y
- Que se lleve a cabo el proceso con respeto irrestricto a los derechos de los trabajadores, conservando éstos su calidad de empleados federales y, asumiendo los gobiernos estatales el ejercicio de las facultades que implica la titularidad de la relación laboral para resolver los conflictos de carácter individual.

En el cumplimiento de estas líneas estratégicas de acción, el papel fundamental correspondió al diseño e instrumentación de los denominados convenios de apoyos logísticos, a través de los cuales se concertaron las acciones de apoyo administrativo entre la SSA, el IMSS y los gobiernos de los estados, para la adecuada operación de los servicios estatales de salud. Estos instrumentos comprendían los aspectos financieros, patrimoniales, de organización administrativa, de enseñanza y capacitación, de administración de personal, abastecimiento, conservación y mantenimiento, sistemas de información y cómputo y la realización permanente de tareas de asesoría, capacitación y evaluación. Para tal efecto, se acompañaron de la normatividad y procedimientos específicos en estas materias, que se integraron en manuales administrativos.

Por su parte, los avances de mayor trascendencia en el fortalecimiento de los SESA fueron los siguientes:

Recursos Financieros

- Se instrumentaron acuerdos de cofinanciamiento y de coordinación especial, en los que se establecieron compromisos financieros entre los gobiernos Federal y estatal, y se definieron los proyectos, metas, fuentes y destino de los recursos.
- Se otorgó sostén financiero prioritario y dinámico a estados descentralizados, ante el riesgo y responsabilidad que éstos adquieren con la descentralización, lo que se lograría a partir de apoyos extraordinarios y de la liberación de recursos del nivel central, producto de la compactación de estructuras y desconcentración de personal, entre otros esquemas de racionalidad.
- Se obtuvo un tratamiento flexible en la radicación y ejercicio del presupuesto autorizado a los SESA, a través del esquema de subsidios y de una nueva concepción en el manejo de las cuotas de recuperación, al considerarlas como ingresos estatales.

Recursos Humanos

- Se efectuó la homologación salarial y funcional del personal médico y paramédico

protegido por el apartado "B" del Artículo 123 constitucional, lo que permitió amortiguar el impacto inflacionario y, en algunos casos, mantener el poder adquisitivo de dichos trabajadores.

- Se incrementaron las percepciones de las enfermeras generales y especialistas.
- Se incrementaron también las remuneraciones de los médicos generales y especialistas.
- Se suscribieron las condiciones generales de trabajo, donde se consideraron las características laborales del proceso.
- Se descentralizaron a los SESA las funciones de pago del personal, así como el control presupuestario del capítulo de servicios personales, para cuyos efectos se les dotó de equipos de cómputo correspondientes.

Abastecimiento

- Se optimizó el uso de los insumos estratégicos y equipo, vía la implantación de cuadros básicos de medicamentos, materiales de curación y equipamiento, así como la integración de los comités de compra en los SESA.
- Se incrementó en un 84% en el lapso de dos años, la capacidad de almacenamiento de los servicios estatales de salud.
- Se incorporó a todos los SESA como licitantes directos en los concursos consolidados, con las consecuentes economías de escala derivadas de una mejor programación y de sistemas descentralizados de entrega y pago del producto.
- Se dotó a los mismos SESA con unidades móviles polivalentes, que, además de realizar tareas de distribución de insumos, apoyaran la ejecución de acciones de conservación y mantenimiento de las unidades de salud.

Obra Pública, Conservación y Mantenimiento

- Con las obras terminadas y las previstas en el programa México-BID que se encontraban en proceso, se incorporaron 353 unidades de primer nivel y 2074 camas hospitalarias, lo cual implicó ampliar en 14% la infraestructura de primer nivel y en 16% la capacidad hospitalaria en los estados descentralizados.
- Se rehabilitaron 241 unidades de primer nivel y 18 hospitales de segundo nivel.
- Se concertaron convenios especiales para la construcción de hospitales, con la concurrencia de la SSA y el IMSS, y con el aporte financiero de los gobiernos Federal y estatales, y
- Se diseñaron, construyeron y equiparon almacenes regionales y talleres de conservación y mantenimiento, que operan en las unidades hospitalarias; además de que se instrumentaron programas en esta última área con el apoyo técnico del IMSS

Organización, Capacitación, Sistemas y Procedimientos Básicos de la Descentralización

- Se dotó de una estructura orgánica fortalecida a los SESA y a sus unidades hospitalarias.
- Se diseñaron cinco modelos de organización para el nivel jurisdiccional, atendiendo a sus particularidades demográficas, epidemiológicas y de infraestructura de salud existente.
- Se elaboraron normas y procedimientos relacionados con la enseñanza de pregrado,

- posgrado y servicio social, así como las correspondientes a la educación continua.
- Se logró el reconocimiento universitario descentralizado de los programas académicos de las residencias médicas que se realizan en instituciones de salud a población abierta.
- Se desarrolló un amplio programa de capacitación, dentro del marco del Programa de Superación Profesional y Técnica de la SSA.
- Se integraron y divulgaron manuales sobre sistemas administrativos, que norman y orientan las funciones de planeación y administración de los SESA.

Como se puede constatar en este breve repaso, la descentralización ha implicado esfuerzos financieros y administrativos extraordinarios, y el diseño imaginativo de fórmulas para prevenir problemas que en su inicio se consideraban limitantes severos del proceso, e incluso obstáculos insalvables. El fortalecimiento administrativo arroja en algunos estados resultados positivos, que se reflejan en la operación misma de los servicios. No obstante, los esfuerzos deben redoblar para acreditar al proceso, como una estrategia instrumental que se traduzca en más y mejores servicios para la población, y que responda en mayor medida a mejoras en la productividad y no a mayores recursos financieros los que serán escasos, dadas las expectativas económicas y la política de consolidar acciones y proyectos en el proceso.

La consolidación del proceso de descentralización debe tomar en cuenta los diversos estadios de desarrollo del proceso en cada entidad federativa. Mientras algunos aportan hasta un 40% del gasto de operación, otros lo hacen con sólo el 5%; algunos han establecido esquemas uniformes para el tratamiento de cuotas de recuperación, al tiempo que otros mantienen aún diferencias entre las unidades provenientes de la SSA y el IMSS-COPLAMAR. Se observan también desigualdades marcadas en la capacidad administrativa y de ejercicio de los recursos; persisten, en algunos, desequilibrios agudos regionales en la distribución de los recursos humanos y desbalances en su composición; son diferentes los grados de delegación de facultades a las jurisdicciones y la descentralización a los municipios. Además, deben diferenciarse con precisión los rezagos estructurales, las inercias técnico-administrativas y el impacto de la crisis, como magnitudes diferentes por cada estado, región y sectores de la población. Todo lo anterior habrá de ser considerado en la evaluación del proceso de descentralización.

De igual manera, es necesario precisar lo que se debe entender por consolidación de la descentralización. Se considera que, al igual que en la fase de coordinación programática y en los trabajos preparatorios para la integración orgánica, en donde se señalan productos concretos, resulta indispensable la definición precisa de acciones y productos que se constituirán en indicadores de la etapa de consolidación.

A nuestro juicio se pueden considerar entre otros, los siguientes:

- Revisión y, en su caso, estructuración del marco jurídico municipal, para que se delimiten y fortalezcan las atribuciones de este nivel de gobierno en materia de salud.
- Formulación de programas regionales y municipales de salud, y operación efectiva de los subcomités de salud en esas circunscripciones territoriales.
- Integración y operación creciente de comités de salud, en todas las localidades y municipios.

- Existencia y funcionamiento de patronatos en todos los hospitales.
- Instrumentación del modelo de atención, a nivel estatal, jurisdiccional y por localidad.
- Efectiva delegación funcional y de estructuración administrativa a las jurisdicciones sanitarias, y descentralización del nivel estatal al municipal.
- Obtención de niveles de productividad acordes con la disponibilidad de recursos y con el panorama epidemiológico.
- Vinculación explícita, programática y presupuestal, de las acciones de salud con los demás programas estatales de infraestructura básica y bienestar social.
- Suscripción de convenios de apoyo logístico, en el nivel local, con dependencias estatales y federales vinculadas con la salud y el bienestar social.
- Celebración de acuerdos de coordinación Estado-municipios, considerando como contrapartida de estos últimos las acciones que realizan respecto a factores condicionantes de la salud, particularmente las relacionadas con el saneamiento básico y el medio ambiente.
- Concertación de compromisos programáticos y de productividad, así como sobre la participación federal y estatal en el financiamiento de los programas de salud, en el ámbito del Consejo Nacional de Salud, como condición previa a la autorización presupuestal.

La aportación federal podría establecerse de acuerdo con los rezagos en materia de salud, con base en indicadores socioeconómicos y específicos de la salud, y como respuesta a programas de productividad y al apoyo estatal para la realización de acciones prioritarias. La aportación estatal estaría en relación directa con la capacidad económica del Estado, y en proporción a las aportaciones fiscales que recibe.

Adicionalmente, sería recomendable gestionar el otorgamiento de un monto adicional en las participaciones fiscales, para aquellos estados y municipios que se han incorporado al proceso de descentralización, tomándose en consideración las cuestiones siguientes:

- Transferencia directa del presupuesto federal para la salud a los gobiernos de los estados, a través del ramo de desarrollo regional, preservando la instancia de gestión financiera de la SSA. Dichos recursos serían por tanto considerados en las correspondientes leyes de ingresos y en los presupuestos de los estados.
- Fortalecimiento de los programas y del proceso de descentralización en materia de fomento y regulación sanitaria, y
- Ejercicio pleno de las facultades de autoridad, tanto de la SSA como de los SESA, en materia de atención médica, conforme al reglamento en vigor y a las normas técnicas respectivas.

Por lo que hace a la incorporación a corto plazo de otros estados al proceso de descentralización, se deberá ponderar el cumplimiento de los criterios siguientes:

- Que se cumpla cabalmente la etapa de coordinación programática, asegurando las condiciones básicas de capacidad técnico-administrativa y de conducción de los gobiernos de los estados.
- Que se cuente con disponibilidades financieras que no sean inferiores a los recursos mínimos que demanda el proceso de consolidación que se proponga.
- Que se examinen modalidades propiciadoras de una mayor y efectiva participación en

- apoyos logísticos, de todas las dependencias involucradas en el proceso.
- Que se concerten previamente las modalidades y porcentajes de participación financiera de la Federación y estados, para cubrir el costo de operación de los servicios de salud y posibilitar su ampliación.

En un escenario de mayor horizonte, las perspectivas y el perfil del proceso de descentralización estarán, a nuestro juicio, estrechamente vinculados a la profundización de los cambios estructurales que implica acceder a la cabal consolidación del Sistema Nacional de Salud. Los imperativos del desarrollo y la conducción política del país, apuntan a considerar la descentralización como un proceso irreversible y necesario. Sin embargo, sus modalidades y fórmulas deberán tomar en cuenta y compatibilizar tres propósitos esenciales: la consolidación de la autoridad sanitaria (SSA) como órgano superior normativo y de regulación, fortaleciendo sus funciones originarias de gobierno y derivando en consecuencia su acción operativa a entidades paraestatales y al nivel de gobierno local; la extensión del concepto de solidaridad social en las instituciones de seguridad social, a través de fórmulas financieras y operativas que permitan garantizar los derechos de los trabajadores; vigorizar los esquemas redistributivos en beneficio de toda la población; y la optimización en el aprovechamiento y uso sectorial de la infraestructura, los recursos y la capacidad técnico-administrativa.

El deterioro de los niveles de bienestar y la erosión de la capacidad financiera de las instituciones de salud, hacen indispensable y urgente una mayor inyección de recursos y el diseño de sistemas más efectivos de financiamiento; pero este impulso adicional se debe acompañar, con la misma urgencia, de la intensificación radical de esquemas de racionalización y productividad, y de la creciente participación de todos los agentes involucrados en la salud.

Todo lo anterior deberá tender a garantizar el acceso universal de la población a servicios básicos de salud, con calidad mínima homogénea; esto es, prestación de servicios en función de las necesidades básicas de salud de la población, y no de sus capacidades. Este es el contenido y sentido último del derecho a la protección de la salud, y lograrlo debe ser el principal objetivo.

CAPÍTULO 7.-LA ESTRATEGIA DESCENTRALIZADORA DEL SEXENIO SALINISTA

7.1 El Plan Nacional de Desarrollo 1990-1994

Este Plan tuvo entre sus principales consideraciones, impulsar en la sociedad una cultura de la prevención y el autocuidado de la salud individual, familiar y colectiva, lo cual se buscó apoyar con una estrategia de educación para la salud, así como con el desarrollo de acciones de fomento y protección, con la colaboración de las empresas, los organismos empleadores, los centros de educación, los distintos niveles de gobierno, y las asociaciones sociales, profesionales y cívicas que comparten responsabilidades o interés en la protección de la salud.

El Plan estableció como parte de la prevención y protección de la salud, los siguientes puntos:

- Consolidar los avances obtenidos en el Programa de Vacunación.
- Fortalecer las acciones de prevención y control de enfermedades infecciosas y parasitarias.
- Fortalecer las acciones de prevención y control de las enfermedades crónico-degenerativas.
- Atención prioritaria de las acciones dirigidas a incrementar la sobrevivencia infantil y a proteger la salud reproductiva.
- Impulsar la prevención de lesiones por accidentes.
- Establecer como programas prioritarios, la salud en el trabajo y la salud mental.
- Fortalecer las acciones para la protección del medio ambiente y el saneamiento básico.
- Promover prácticas higiénicas para el manejo de desechos y para evitar la contaminación del ambiente y de los alimentos.
- Reforzar las campañas contra las adicciones y la farmacodependencia.

La prevención y protección de la salud se apoyo también en la política de modernización, a fin de mejorar la efectividad de las acciones curativas. Al respecto se buscó impulsar la más alta eficiencia en la prestación de los servicios médicos, fundamentalmente en las unidades ambulatorias, clínicas y hospitalarias, procurando el más alto aprovechamiento de los recursos disponibles, tanto de infraestructura como de personal y administrativos, dándose prioridad a la rehabilitación y al aprovechamiento cabal de la capacidad instalada más que a la construcción de nuevas unidades.

Como un elemento necesario para asegurar el desarrollo de los programas de mediano plazo, se reforzó la coordinación funcional del Sistema Nacional de Salud. Asimismo se intento adecuar el marco jurídico de la salud a las condiciones en un momento determinado, estableciendo los mecanismos de planeación y coordinación con el fin de evitar duplicidades y desperdicio de recursos. Como apoyo a la descentralización, se requirió también consolidar y fortalecer el Sistema Nacional de Información sobre Infraestructura, Programas, Productividad, Control e Impacto de los Servicios de Salud.

En este Plan se consideró en forma muy concreta, continuar con la política de

descentralización de los servicios de salud consolidando lo alcanzado. Se consideró al respecto, fortalecer los sistemas locales de salud, buscando aumentar su capacidad de gestión y de toma de decisiones. Se establecieron también convenios y mecanismos para superar los problemas relacionados con la capacitación y el desarrollo del personal, relacionando su actuar con el suministro de insumos básicos, la conservación y mantenimiento de las instalaciones y el apoyo logístico, a fin de lograr la utilización óptima de los recursos que se destinan a la protección de la salud.

7.2 El Programa Nacional de Salud 1990-1994

En el marco de la Ley de Planeación, la Secretaría de Salud en coordinación con todo el Sistema Nacional de Salud (SNS), y teniendo como punto de apoyo las conclusiones del Foro de Consulta Popular en Salud, Asistencia y Seguridad Social, así como las sugerencias y recomendaciones efectuadas por un grupo de expertos en las diferentes instituciones del SNS, se elaboró el Programa Nacional de Salud 1990-1994 (PNS 1990-1994), el cual incluyó la participación de la medicina pública, social y privada.

El Programa por lo tanto se instituyó en la estrategia operativa del SNS, para tener acceso a los objetivos y metas señalados en las áreas de salud y asistencia social. El PNS 1990-1994 constituyó por lo tanto la guía para hacer un uso racional de los recursos y procurar aminorar los problemas de salud existentes en el país.

Al igual que en épocas pasadas, el Programa consideró el diagnóstico de la situación de la salud y analizó las causas posibles de los daños. También describió las características epidemiológicas más importantes de la población mexicana. Así, en el PNS se identificó la influencia o participación de los factores condicionantes de la salud como son la educación, la vivienda y el medio ambiente. Asimismo, se efectuó la descripción y el análisis del SNS, incluidos los recursos de que se dispone para atender los problemas de salud que fueron identificados.

Un papel importante correspondió al fortalecimiento de los servicios locales de salud, haciendo énfasis en la modernización administrativa, descentralización, coordinación intersectorial y participación comunitaria. También consideró la atención prioritaria de grupos vulnerables y de las regiones menos protegidas, la ampliación de la cobertura, la implantación del modelo de atención a la salud, dándole prioridad a la atención médica de primer nivel, el aumento en la capacidad de servicio mediante la rehabilitación de las instalaciones, la mejoría en la gestión y la participación de personal no profesional.

El PNS instrumentado durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari se pronunció por un concepto de salud no solo como un medio útil por sí mismo, sino como un fin a lograr en el desarrollo socioeconómico del país.

En términos generales, las estrategias centrales del Programa Nacional de Salud 1990-1994 relacionadas con el tema de análisis fueron las siguientes:

7.3 Coordinación Funcional del Sistema Nacional de Salud

Los aspectos de coordinación al interior del SNS consideraron, en primera instancia, la adecuación del marco jurídico a las condiciones en un momento determinado y el establecimiento de mecanismos de planeación coordinada, para hacer el mejor uso de los

recursos.

Las líneas de acción para esta estrategia fueron las siguientes:

- Estrechar las relaciones con las instituciones que prestan servicios de salud agregados a sus funciones sustantivas.
- Fortalecer la operación de los órganos de gobierno de las entidades paraestatales, como instrumentos de definición y evaluación de políticas y de los programas estratégicos.
- Determinar los universos de población que correspondan a las instituciones prestadoras de servicios de salud, con el fin de contribuir a la ampliación de la cobertura y evitar fallas de coordinación y duplicaciones.
- Fortalecer la participación de las entidades paraestatales, como coadyuvantes fundamentales para cumplir satisfactoriamente todas las políticas sustantivas de salud.
- Ampliar la cobertura del primer nivel de atención.
- Actualizar el cuadro básico de insumos del Sistema Nacional de Salud, y definir los métodos y procedimientos para su actualización permanente.
- Implantar los mecanismos sectoriales de información y evaluación del Sistema de Salud, con apoyo en los grupos interinstitucionales respectivos.
- Desarrollar la infraestructura de coordinación que permita la programación nacional y regional, tanto de la Secretaría de Salud como de las entidades paraestatales que integran el SNS.
- Consolidar el modelo de planeación, programación, presupuestación, información, y evaluación, en la totalidad de las instancias institucionales.
- Fortalecer los mecanismos de adquisición consolidada de insumos, y mejorar su distribución y aprovechamiento a partir de una utilización racional e integral de la capacidad de compra y de almacenamiento.
- Reforzar la coordinación programático presupuestaria del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
- Definir los criterios y mecanismos para la subrogación institucional, conforme a las normas generales que se establezcan para el efecto.

7.4 Sistemas Locales de Salud

Otro elemento de la estrategia de descentralización fue el fortalecimiento de los sistemas locales de salud, el cual tuvo como objetivos reforzar y extender los servicios locales de salud a todo el ámbito nacional, como una estrategia operacional para consolidar la atención primaria y favorecer la participación de la comunidad, con el fin de que estas estructuras fueran más sensibles a las necesidades de la población.

En este aspecto se reconoció que el carácter prioritario del fortalecimiento local estriba en que la prestación oportuna y eficaz de los servicios de salud en el primer nivel de atención es la acción decisiva para lograr la efectividad y eficiencia del sector, de su imagen y prestigio ante el público usuario y, también, que es la base para operar la referencia y contrareferencia de los pacientes y el sitio donde se pueden conseguir, tanto la colaboración comunitaria, como la coordinación intersectorial.

Las líneas de acción en los sistemas locales de salud fueron las siguientes:

- Impulsar la atención primaria de la salud en todo tiempo y lugar.
- Procurar la organización y el funcionamiento adecuado de las jurisdicciones sanitarias y de los centros de salud.
- Impulsar y apoyar la organización y el funcionamiento eficientes de los servicios de salud, ya sean desconcentrados o descentralizados.
- Fortalecer la colaboración y capacitación del personal empírico local y del voluntariado que se considere necesario. Se consideró otorgar un estímulo para este personal, proporcionándole material de curación o de prevención y otros recursos.
- Establecer, de acuerdo con la situación regional de cada entidad federativa y las limitaciones existentes, el modelo de atención a la salud, mismo que debería considerar los tres niveles debidamente interrelacionados y sin soslayar las dificultades técnicas, económicas y culturales que ello implica.

Este periodo se caracterizó por los diversos planteamientos sobre descentralización elaborados por la Federación, que vistos en su conjunto sólo representaron una primera aproximación a la problemática derivada de una operatividad centralizada del sector salud.

En la práctica poco se logro, y concretamente en lo que a descentralización presupuestal se refiere, no existió una iniciativa que considerara los elementos de la técnica presupuestal necesarios para dinamizar en la realidad los planteamientos teóricos del sexenio.

Más adelante al analizar el sexenio del actual jefe del ejecutivo Ernesto Zedillo, estaremos en posibilidad de saber si han existido avances al respecto o si dicha estrategia descentralizadora ha permanecido estancada.

CAPÍTULO 8.-DESCENTRALIZACIÓN PRESUPUESTAL DEL SECTOR SALUD DURANTE EL SEXENIO DEL PRESIDENTE ERNESTO ZEDILLO

8.1 Aspectos Generales

Durante la presente administración, la dinámica del proceso descentralizador ha tenido verdaderos avances en comparación con sexenios anteriores, explicado en parte por las ineficiencias observadas en el pasado, pero sobre todo por la mayor demanda de servicios de salud con estándares de calidad necesarios para solucionar *in situ* y con los recursos suficientes la problemática de cada estado, municipio o localidad.

Así, el Ejecutivo Federal consideró propicio integrar como compromiso de su administración el fortalecimiento del federalismo, estableciendo en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 (PND) la descentralización de los servicios de salud, como una necesidad básica para el desarrollo integral de la sociedad.

Se entiende a la descentralización como una distribución de competencias, de responsabilidades, de capacidades de decisión, así como de ejercicio autónomo de recursos fiscales, con lo que se busca un mejor equilibrio del Ejecutivo Federal con los gobiernos de los estados, y una participación creciente de la sociedad civil.

La descentralización que se propone efectuar durante la presente administración pretende fortalecer la capacidad institucional y el ejercicio libre de los recursos presupuestales, para lo cual se han planteado cambios en los aspectos estructurales, organizativos, financieros y operativos del Sistema Nacional de Salud.

Una de las metas planteadas se refiere a la cobertura de entre 7 y 10 millones de habitantes sin acceso permanente a los servicios de salud, esto es, la misma cifra considerada desde el sexenio de Miguel de la Madrid, época en la cual dió sus primeros pasos el proceso y en donde además, el número de habitantes era menor. Quiere decir esto, que en términos reales, la meta a cubrir observa un carácter regresivo en sus expectativas y no considera el incremento poblacional ocurrido desde 1988.

La estrategia del sexenio se sustenta básicamente en el Programa de Reforma del Sector Salud, considerado como un instrumento del PND, para consolidar una oferta de servicios más eficiente, donde destaca la descentralización de los servicios a la población abierta, con los objetivos siguientes:

- Lograr la efectiva distribución de facultades, atribuciones, funciones y recursos hacia las entidades federativas.
- Acercar los servicios a los usuarios en favor de una atención oportuna y eficiente.
- Propiciar la toma de decisiones en el sitio donde se presentan los problemas.
- Contribuir al logro de un desarrollo regional armónico y equitativo, acorde con las necesidades locales.

Lo anterior, sin embargo, además de plantearse como un propósito, debe apoyarse con la distribución integral de los recursos a cada entidad federativa, sin etiquetarlos, promoviendo la participación activa y responsable de los congresos estatales, para que la

utilización de tales recursos se efectúe de manera transparente y acorde con los indicadores de resultados, las metas y los proyectos aprobados, no permitiendo su desvío hacia otros rubros.

En el marco de una comunicación operativa entre el sector central y las entidades federativas se tuvo como resultado la redefinición del proceso de planeación, programación, presupuestación y evaluación de la Secretaría de Salud, el cual quedó establecido en el Programa de Reforma del Sector Salud.

Como apoyo del proceso han sido considerados los siguientes trabajos:

- La actualización de los Estudios de Regionalización Operativa (ERO).
- La elaboración de los Programas Estatales Maestros de Infraestructura en Salud para la Población Abierta (PEMISPA).
- La Reforma del Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta.
- Los lineamientos para la descentralización de los servicios de salud y el compendio de documentos técnicos, normativos y de apoyo al proceso.
- La definición y puesta en operación del Paquete Básico de Servicios de Salud.
- La promoción del programa Municipios Saludables.
- La evaluación de la capacidad operativa de las diferentes áreas de los servicios estatales de salud, incluyendo las propuestas para su fortalecimiento, así como la definición de acciones a descentralizar en las diferentes materias.

La dinámica del proceso considera que la Secretaría de Salud debe consolidarse como la instancia normativa y operativa de aquéllas materias que son ejercicio exclusivo de la Federación, así como fortalecer sus funciones de coordinación, planeación, evaluación y seguimiento que le correspondan.

Como retos del proceso se reconocen entre otros los siguientes:

- El desarrollo desigual administrativo y de gestión de los servicios de salud; y
- La carencia de homogeneidad en las leyes estatales, lo que hace necesario llevar a cabo adecuaciones de acuerdo a los tiempos políticos de los congresos locales para llevar a cabo la instalación de los Organismos Públicos Descentralizados (OPD'S) encargados de operar los servicios y del manejo de los recursos que en su oportunidad sean transferidos a las entidades federativas por parte de la Secretaría de Salud.

Una consideración adicional para que la descentralización sea depurada y con ello se logre el fortalecimiento del federalismo, será que los gobiernos estatales revaloren la participación de los gobiernos municipales, pues estos se erigen hoy en día, en las instancias decisivas e interlocutores obligados en la discusión de los grandes temas nacionales, entre los que se encuentran la Reforma del Sector Salud, enmarcada a su vez en la Reforma del Estado. Por ello el impulso al Programa de Municipios Saludables deberá ser una variable fundamental en la descentralización del sector.

La descentralización que en la actualidad se requiere, debe considerar las dos dimensiones fundamentales del proceso: la financiera y la sustantiva. Así, como dimensión financiera debe entenderse la toma de decisiones locales sobre la asignación y uso de los recursos; y por sustantiva se deberá entender el manejo y control local de acciones que se incluyen dentro del rubro de prestación de servicios de salud y de regulación y control sanitarios.

La descentralización integral de la salud deberá considerar además de lo anterior, las condiciones económicas que en forma continua alteran la rentabilidad de las acciones centralizadas *versus* la rentabilidad de la descentralización, aspecto que en muchos casos es visto con desdén por tratarse de un sector preponderantemente social pero que afecta en forma importante los presupuestos federales, estatales y municipales.

Otro elemento fundamental de la estrategia es el papel que representen tanto el Gabinete de Salud como el Consejo Nacional de Salud los cuales jugarán un papel fundamental pues serán las instancias responsables de coordinar e integrar la transferencia de facultades hacia los estados.

Otro objetivo por alcanzar en la presente administración será el que cada entidad federativa cuente con un Sistema Estatal de Salud capaz de responder a sus necesidades regionales e implantar medidas para la ampliación de la cobertura, garantizando un paquete esencial o mínimo de servicios, mediante estrategias locales con la participación de los ayuntamientos y de la comunidad organizada a través de Comités de Salud, buscando ante todo la autonomía jurisdiccional de las unidades de salud.

Conviene señalar también que en el proceso de descentralización del actual sexenio se plantean dos fases, opuestas totalmente a la estrategia anterior, la cual se proponía fortalecer a los estados gradualmente para luego descentralizar responsabilidades y recursos. En la actualidad se plantea descentralizar los recursos desde el principio y en dos fases.

En una primera fase se descentralizarán responsabilidades y recursos a los estados, pero se establecen una serie de "candados" que acotarán la acción estatal. Durante esta fase de operación descentralizada se deberán ir fortaleciendo dos aspectos: las capacidades estatales y los mecanismos de evaluación y seguimiento de su desempeño. En una segunda fase, ya fortalecida la capacidad de gestión e instalados los mecanismos de evaluación y seguimiento necesarios, los "candados" se irán eliminando

Otro gran componente del proceso es la descentralización de las áreas sustantivas lo cual permitirá a los estados una mayor autonomía en el diseño de estrategias de salud que respondan a sus necesidades y características demográficas, geográficas y epidemiológicas, autonomía que implicará también mayores responsabilidades para los estados.

A pesar de lo anterior, la descentralización también considera definir que actividades permanecerán bajo control federal, y en este caso se tiene considerado manejar centralmente los aspectos siguientes:

- La definición de la regulación y normatividad general;
- Las políticas de vacunación y salud ambiental;
- Los lineamientos para la certificación de profesionales de la salud y para la acreditación de las unidades de atención;
- Los lineamientos para la generación e integración de estadísticas nacionales; y
- La representación internacional del sector.

En cuanto a los servicios de salud, los cuales se clasifican en: servicios de atención médica; servicios de salud pública y asistencia social, en general se considera que debe buscarse la descentralización operativa de estos servicios en su totalidad, es decir, que los gobiernos estatales se responsabilicen no sólo de las clínicas y hospitales, sino también de las acciones de saneamiento básico, planificación familiar, promoción y fomento de la salud, y de todas aquéllas actividades que componen la asistencia social.

Respecto del control y la vigilancia sanitarios, la Ley confiere expresamente dichas facultades a la Federación y los estados respectivamente, sin embargo y de acuerdo con los antecedentes en la materia⁶⁷, se considera que estas actividades serían mejor desempeñadas de manera descentralizada, en especial la expedición de autorizaciones sanitarias, así como la vigilancia de todo tipo de establecimientos.

Teniendo como referencia lo hasta aquí apuntado, consideramos que sería muy conveniente que la propuesta de descentralización sea negociada con los gobiernos estatales y municipales para que de esta manera se establezcan compromisos reales entre la Federación, los estados y los municipios. Para tal efecto, sería muy importante desarrollar una estrategia de comunicación e información que permita tener un intercambio actualizado de la dinámica del proceso para identificar a tiempo diversos problemas que pudieran surgir.

Dentro de este mismo aspecto, es fundamental que los gobernadores se concienticen de la prioridad y bondades que supone el programa de descentralización en salud puesto en marcha por la Federación, y que a través de su participación activa en el diseño final de los proyectos le otorguen la importancia debida.

Así, contar con un sistema de información eficaz constituye un elemento fundamental, el cual deberá considerar las acciones siguientes:

- Simplificar el componente de servicios del sistema de información, incorporando solo aquéllas variables que se relacionen con los programas de salud pública y vigilancia sanitaria, así como un cuerpo básico de indicadores sobre servicios personales (indicadores de calidad de atención, costos y avance de metas);
- Conservar el sistema de vigilancia epidemiológica con su actual estructura, incluyendo el Sistema de Encuestas Nacionales de Salud; y
- Monitorear la asignación de los recursos financieros, así como el abasto y distribución de insumos para el nivel local.

⁶⁷ Se hace referencia aquí a los Acuerdos de Coordinación para Descentralizar las Funciones de Control y Regulación Sanitaria.

8.2 Medición del Grado de Descentralización

Por cuestiones metodológicas este apartado es analizado hasta este punto, ya que los anteriores constituyen la base genérica que permitió llegar al tema más particular del estudio, en donde los objetivos básicos consistieron en analizar la política de descentralización de los servicios de salud, y de la regulación, control y fomento sanitarios, y consolidar los avances logrados.

La descentralización al constituir un proceso de transferencia de competencias y recursos desde la administración nacional o central de un determinado Estado hacia las administraciones subnacionales: estatales y municipales en los países federales; y regionales y locales en los países constitucionalmente unitarios, requiere como condición previa que el país este dividido territorialmente en unidades inferiores o menores.

Se debe tener en cuenta que el problema de la asignación de recursos se refiere a la asignación tributaria del gasto y las responsabilidades de reglamentación en los diversos niveles de gobierno. La cuestión central aquí se refiere al grado óptimo de descentralización de las decisiones del sector público. La designación de funciones como ya se apuntó, está condicionada al papel desempeñado por el sector público y también a los objetivos de la intervención del gobierno. En cierta medida, el alcance de la descentralización del gasto puede determinarse independientemente de la descentralización en materia tributaria.

Así, desde una perspectiva normativa, el papel del gobierno puede verse con el fin de buscar la optimización del bienestar social, pero aceptar esta función implica que debemos estar de acuerdo al menos con algunas de sus características generales, siendo la más importante de ellas su carácter agregado de un servicio individual y como tal, adecuarse a las preferencias individuales y en general al principio de Pareto.⁶⁸

Respecto a las funciones de distribución y estabilización, las distintas argumentaciones apuntan a la conveniencia de su manejo centralizado por parte del Gobierno Federal y tan solo en la función asignativa, las discusiones y análisis dan importancia a la participación de los gobiernos locales en la consecución de una asignación eficiente de recursos, particularmente en el ofrecimiento y provisión de bienes públicos. La superioridad (en términos de alcanzar una asignación Pareto-superior) de la provisión local de ciertos bienes públicos por parte de los gobiernos locales está formalizada en el denominado **Teorema de Descentralización de Oates**⁶⁹ que establece lo siguiente: "Para un bien público —cuyo consumo está definido por subconjuntos geográficos del total de la población y cuyos costos de provisión de cada nivel de producto o del bien en cada jurisdicción son los mismos para el gobierno central o los respectivos gobiernos locales— será siempre más eficiente (o al menos tan eficiente) que los gobiernos locales provean los niveles de producto para todas las jurisdicciones".

⁶⁸ Una función de beneficio social que clasifique alternativas sólo en base al provecho que alcanzan los individuos en la sociedad, recibe el nombre de función proteccionista. Descarta otros aspectos de distintos estados sociales como la justicia, la equidad, la libertad de expresión, etc. (excepto si son reflejados en niveles de beneficios). El principio de Pareto dice simplemente que si al menos un individuo mejora su nivel de beneficios sin que disminuya para otro, debido a una modificación económica, se considera que ha aumentado el nivel de bienestar social.

⁶⁹ Oates, Wallace E., "Fiscal Federalism", Harcourt Brace Jovanovich, Nueva York, EUA, 1972.

El teorema parte del supuesto de que las preferencias de las distintas comunidades —al interior de un país— son heterogéneas y que una provisión homogénea de los bienes públicos, por parte del nivel central, resultará de asignaciones que pueden ser mejoradas en el sentido de Pareto si es que cada gobierno local provee un nivel diferenciado de bienes públicos a sus respectivos habitantes. Esto último es posible dado que cada gobierno local tiene mayor información respecto de las necesidades de su comunidad. Se debe considerar que el resultado señalado no será tan claro si es que se presentan economías de escala considerables en el nivel federal, respecto a la producción de los bienes o en la prestación de los servicios públicos, ya que de esta manera la provisión central será más conveniente. La medición del grado de descentralización se erige por lo tanto en una variable fundamental en el presente estudio.

La medición de la descentralización representa un problema bastante complejo, ya que se deben tener en cuenta aspectos relacionados con la dimensión político administrativa, legal y restricciones fiscales de estos procesos que según el país de que se trate, adquieren sus respectivas particularidades.

Haciendo salvedad de las restricciones a que se enfrenta la cuantificación de un proceso de esta naturaleza, una manera sencilla de avanzar en esta dirección es medir las dimensiones relativas de los presupuestos de ingresos y gastos de los niveles central y descentralizado. Se puede además, dividir el presupuesto de acuerdo con las diferentes funciones de los gastos y presentar la participación de los distintos niveles en dichas funciones. Sin embargo, la reorientación de determinado monto de gastos o ingresos públicos a través de un presupuesto descentralizado aporta escasas pruebas acerca del grado de autonomía en materia de jurisdicción presupuestaria.

Lo anterior porque una interpretación tan simplista respecto de la reorientación de recursos, puede relacionarse con el hecho de que los recursos erogados no representan, en absoluto, un buen indicio de la importancia de los servicios públicos prestados. Una segunda objeción se relaciona con el hecho de que determinados gastos e ingresos figuran simultáneamente en los presupuestos de los distintos niveles. Así por ejemplo, una transferencia del gobierno central a un nivel estatal, inflaría el presupuesto público general si no se hacen las adecuaciones correspondientes.

Los gastos financiados en definitiva con recursos federales como en el ejemplo anterior, deben asignarse a un solo nivel y es preciso decidir entonces si estos gastos deben imputarse al presupuesto de la jurisdicción que otorga la transferencia o a la que la recibe. La respuesta dependerá de la importancia relativa que tenga una de las jurisdicciones para determinar los gastos en cuestión. No debe quedar la menor duda al considerar que los gastos realmente efectuados por un subnivel, forman parte del presupuesto del gobierno central, cuando éste, no sólo los financia, sino que también determina el monto y destino de estos gastos.

La influencia que ejercen las jurisdicciones de los distintos niveles en materia de gastos es, en realidad, mucho más importante para determinar el grado de descentralización de los presupuestos correspondientes. De esta manera, al intentar hacer una medición de la descentralización presupuestal, resulta importante descubrir la manera de poner de manifiesto estas influencias.

Así, los gastos que figuran en el presupuesto de una sola jurisdicción o estado pueden

subdividirse, al menos, en los gastos incurridos durante la realización de las funciones de tipo voluntario, obligatorio y los realizados por encargo o delegación de otro nivel. La tabla que a continuación se presenta nos permitirá tener una idea más clara de lo anterior:

Funciones voluntarias	Funciones obligatorias	Funciones por encargo
a) Aquellas que determinada jurisdicción puede realizar con entera libertad.	a). Las que conducen al gobierno descentralizado a actuar de conformidad con las normas generales que fija la ley o el nivel superior.	a) Deben realizarse estrictamente de la manera que establece el nivel que da la orden.
b) Los gastos relacionados con esta función reflejan de hecho una autonomía presupuestal descentralizada	b) Dejan un margen sustancial a la interpretación e iniciativa del nivel descentralizado.	b) La jurisdicción que asume este tipo de funciones, actúa sencillamente como agente de otra jurisdicción. Tal actividad no implica que la política este descentralizada, pues estas acciones deben atribuirse a las actividades de la dependencia que da la orden.

Si las transferencias cumplen únicamente la finalidad de financiar los gastos *por orden* de otro nivel, no debieran en principio considerarse como ingresos de la dependencia receptora. Si se consideran, por otra parte, las que no están condicionadas, respecto de las cuales las dependencias receptoras pueden disponer con entera libertad, existen ciertamente muchas categorías intermedias, por ejemplo: transferencias condicionadas, transferencias con contrapartida, transferencias sin plazo determinado, etcétera. Es evidente que cada categoría supone un grado diferente de autonomía de la dependencia centralizada.

Se puede por lo tanto, intentar medir el grado de descentralización, limitándonos a presentar una descripción más o menos cualitativa de los distintos niveles presupuestales y sus relaciones recíprocas. Si se quiere avanzar más allá de una descripción cualitativa se debe tratar de elaborar cierta medida cuantitativa de la descentralización. Lo anterior se ha efectuado con anterioridad en algunos estudios bajo la concepto de "equilibrio presupuestal vertical" elaborado por Hunter⁷⁰ quien define el **coeficiente del equilibrio vertical (v)** de la siguiente manera:

$$V = 1 - \left[\frac{aT_o + bT_s + cR + dG_o + eG_c + fB}{E} \right]$$

En donde:

⁷⁰ Hunter, J.S.H., "Federalism and fiscal Balance", Camberra, 1977

E = Gastos del Gobierno Estatal.

To = Ingresos Tributarios Procedentes de Impuestos Decretados por los Gobiernos estatales.

Ts = Ingresos Tributarios del Gobierno Estatal Obtenidos de la Repartición de Impuestos.

R = Recaudaciones No Tributarias del Gobierno Estatal.

Go = Transferencias No Condicionadas Sin Plazo Determinado.

Gc = Transferencias Condicionadas Recibidas del Gobierno Federal.

B = Empréstitos Netos de los Gobiernos Estatales

Los valores de *a*, *b*, *c*, *d*, *e*, *f* están entre 0 y 1 y corresponden a ponderaciones que expresan el porcentaje de cada componente del ingreso controlado o fiscalizado por los gobiernos estatales.

Cuanto mayor sea el grado de influencia del gobierno estatal, tanto menor será la ponderación (y viceversa). Por ejemplo, $a = 0$ significa que los estados o entidades territoriales están en capacidad de adoptar decisiones de manera autónoma, sin injerencia del gobierno federal, a fin de modificar sus ingresos tributarios (**To**) según la preferencia de los votantes. Cuando *d* y *e* están próximos a la unidad querrá decir que existe escaso poder de negociación respecto del gobierno federal. En tal caso, el nivel estatal de gobierno a duras penas puede influir en el objetivo y esquema de los programas federales en materia de transferencias intergubernamentales.

Por su parte, el **coeficiente de equilibrio vertical (V)** puede variar desde cero hasta la unidad. Cuando su valor es cercano a cero indica un desequilibrio vertical completo. Cuando el coeficiente (**V**) es cercano a la unidad puede interpretarse como una indicación de plena autonomía de los estados.

Podemos concluir por lo tanto, que la determinación del **coeficiente de equilibrio vertical** puede ser difícil de estimar, pues para ello se requiere en primer lugar, un concepto claro de autonomía fiscal y en segundo lugar, una información detallada acerca de las normas constitucionales y legales, del poder decisorio intergubernamental y el poder de negociación de los estados que permita ponderar hasta que punto cada nivel de gobierno controla una de las tantas fuentes de ingresos como la asignación presupuestal para cada uno de sus programas.

Así, en el modelaje económico de los Estados se deben considerar dos paradigmas relacionados con la descentralización: el **modelo "principal agente"** (*a principal-agent model*) en donde el nivel central del gobierno es el "principal" y tiene una amplia intervención y/o control sobre las decisiones de programas que son realizados por los gobiernos estatales o "agentes". Asimismo, reconoce que la ejecución descentralizada constituye una estrategia que promueve la eficacia en la asignación y provisión de bienes públicos locales. Como bien lo anotan algunos especialistas en este tema, "el problema de agencia" se reduce al diseño de incentivos e instrumentos que canalice la iniciativa local y la dirección determinada por las prioridades gubernamentales del nivel central. En otros términos, se delega la responsabilidad en el nivel nacional y los gobiernos estatales deben ser responsables ante dicho nivel.

En el **modelo de "principal agente"** adquieren singular importancia el uso de las transferencias intergubernamentales como instrumento para promover la orientación del

gasto hacia determinados sectores, la ejecución efectiva y un programa de gasto público. Este modelo tiende a presentarse en países que como el nuestro mantienen sistemas unitarios de gobierno, pese a los esfuerzos de una mayor autonomía estatal en materia de gastos, que paralelamente vienen dándose en los procesos de reforma del Estado.

Por su parte el **modelo de "selección fiscal estatal"** (*local choice model*), es aquél en donde se otorga un aumento significativo de competencias y/o responsabilidades en materia de gastos e ingresos a los gobiernos estatales. De acuerdo con esto, es de esperarse que gobiernos como el nuestro tendiesen a aplicar este modelo dentro del conjunto de estrategias de modernización del Estado, con el objetivo de fortalecer la autonomía de los gobiernos estatales.

Se puede concluir que lo más adecuado para países como el nuestro es aplicar los elementos que de cada modelo sean adaptables a nuestra realidad económica, política y social. Así, el **modelo "principal agente"** presenta una mayor efectividad en el diseño y aplicación de políticas tendientes a reducir la pobreza en que se encuentran amplios sectores de la población. Por otra parte el **modelo de "selección fiscal estatal"** en teoría ofrece mejores posibilidades de promover eficiencia en la asignación y provisión de bienes públicos eminentemente locales y refuerza a su vez el sentido de responsabilidad (*accountability*) sobre el gasto local.

En el caso particular de México, la descentralización de los recursos utilizados para la superación de la pobreza, considera su distribución entre las entidades federativas a partir de una fórmula basada en indicadores sociales verificables por todos los interesados, por lo que los estados con mayores niveles de pobreza reciben proporcionalmente más recursos, de acuerdo con sus necesidades. Lo anterior ha permitido fortalecer la capacidad de decisión y ejecución de los ayuntamientos y apoyar el desarrollo de las regiones más pobres.

La descentralización de los recursos considera que la pobreza es un problema multidimensional, dinámico y heterogéneo, por lo que se ha puesto en marcha una política integral para enfrentarla y se procura mantener el criterio de aplicar una fórmula que permita su medición integrada y al mismo tiempo signifique un avance metodológico con un cálculo más detallado. La instrumentación de una fórmula apropiada para distribuir el presupuesto considera asimismo que es necesario orientar con mayor certeza el presupuesto destinado a superar la pobreza, atendiendo no sólo la proporción de población pobre que existe en cada entidad federativa, sino a la intensidad de la pobreza dentro de ellas y entre ellas.

En el caso de nuestro país, con fecha 2 de enero de 1997 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo para Determinar la Fórmula y Metodología Utilizadas para la Distribución de Recursos Presupuestales Previstos en el Fondo de Desarrollo Municipal del Ramo 00026 Superación de la Pobreza, del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 1997.

La metodología de la fórmula se sustentó en el **Índice Global de Pobreza (IGP)** y se

desarrolla en dos etapas. En la primera se identifica de entre la población total, con base en las brechas de pobreza, sólo a quienes no alcanzan a satisfacer mínimamente sus

necesidades básicas. La segunda consiste en reunir regionalmente a todos los hogares identificados como pobres extremos.

Las necesidades básicas que se identifican son las siguientes:

- Ingresos por persona;
- Rezago educativo promedio por hogar;
- Espacio de la vivienda;
- Disponibilidad de electricidad-combustible; y
- Disponibilidad de drenaje.

Las cinco brechas de pobreza que corresponden a las necesidades arriba mencionadas para cada hogar se estiman a partir de la siguiente expresión:

$$P_j = \left[\frac{Z_w - X_w}{Z_w} \right] = \left[1 - \frac{X_w}{Z_w} \right]$$

Donde:

P_j = Brecha de pobreza referida a la norma, para el hogar J en estudio,

Z_w = Es una norma previamente establecida para la variable X que representa la necesidad W del fenómeno.

X_w = Indica el valor observado en cada hogar para la variable X correspondiente a la necesidad W .

Una vez determinadas las cinco brechas deben ponderarse, combinarse entre sí y producir un valor índice antes de elevarse a la α , que servirá para distinguir a los hogares pobres extremos de los que no lo son. La siguiente fórmula representa el (IGP) de un hogar, el cual se transforma con las brechas P_1, P_2, P_3, P_4 , y P_5 a las que les corresponden los respectivos ponderadores $\beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4, \beta_5$

$$IGP_j = \left(P_{1j}\beta_1 + P_{2j}\beta_2 + P_{3j}\beta_3 + P_{4j}\beta_4 + P_{5j}\beta_5 \right) \alpha^{71}$$

Donde :

J = Es el hogar en estudio

α = Es el parámetro que expresa la preocupación social hacia la pobreza. Asume el valor de 2 para atribuir mayor peso a la brecha global estimada, entre el conjunto de normas Z_w

Se planteo asimismo, fortalecer los sistemas locales de salud favoreciendo el aumento de la capacidad de gestión y de la toma de decisiones. Para tal propósito, se ha planteado la

necesidad de elaborar la **Fórmula** correspondiente a la mejor distribución y asignación de los servicios de salud entre las entidades federativas.

⁷¹ Para mayores detalles consúltese la fórmula publicada en su totalidad en el Diario Oficial de la Federación del día 2 de enero de 1997.

Para hacer posible lo anterior, a fines de 1997 el Ejecutivo Federal envió la iniciativa correspondiente al Congreso de la Unión para adicionar y reformar la Ley de Coordinación Fiscal, a fin de que en la misma fueran incluidos cinco **Fondos de Aportaciones Federales** con el objetivo de trasladar a las entidades federativas recursos presupuestales adicionales en materia de salud, educación, desarrollo municipal aportaciones múltiples y extrema pobreza, utilizando para tal propósito la **Fórmula**⁷² económico-social con las variables de atraso más representativas en cada uno de los casos para de esta manera brindar los mínimos de bienestar en el ámbito estatal.

Por la importancia para la presente investigación, se reproduce a continuación la **Fórmula**, correspondiente al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), correspondiente al artículo 31 de la Ley referida en el párrafo anterior a partir de la cual se debe hacer la distribución de los recursos que se destinen expresamente en el PEF a la promoción de la equidad en los servicios de salud (fracción IV del artículo 30 de la ley de Coordinación Fiscal):

“ARTÍCULO 31.-Para la distribución de los recursos a que se refiere la fracción IV del artículo anterior, se aplicará la siguiente fórmula de asignación de recursos, donde Σ representa la sumatoria correspondiente a las entidades federativas y el subíndice i se refiere a la i -ésima entidad federativa.

$$\Sigma Fi = \Sigma (M \cdot Ti)$$

En donde:

M = Monto aprobado en el Presupuesto de Egresos de la Federación a que se refiere la fracción IV del artículo 30.

Fi = Monto correspondiente a la i -ésima entidad federativa del monto total **M**.

Ti = Distribución porcentual correspondiente a la i -ésima entidad federativa del monto total **M**.

Para el cálculo de **Ti** de la i -ésima entidad federativa se aplicará el siguiente procedimiento:

$$Ti = Di/DM$$

En donde:

DM = Monto total del déficit en entidades federativas con gasto total inferior al mínimo aceptado.

Di = Monto total del déficit de la i -ésima entidad federativa con gasto total inferior al mínimo aceptado.

⁷² Para una mayor profundización en la estructura y características específicas de cada una de las Fórmulas, consúltense el Decreto por el que se Adiciona y Reforma la Ley de Coordinación Fiscal publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 29 de diciembre de 1997.

En donde:

$$D_i = \max[(POB_i)(PMIN \cdot 0.5 \cdot (REMi + IEM_i)) - Gti, 0]$$

En donde:

POBi = Población abierta en i-ésima entidad federativa.

PMIN = Presupuesto mínimo per cápita aceptado.

REMi = Razón estandarizada de mortalidad de la i-ésima entidad federativa.

IEMi = Índice estandarizado de marginación de la i-ésima entidad federativa.

Gti = Gasto total federal que para población abierta se ejerza en las entidades federativas sin incluir **M** del ejercicio correspondiente.

La Secretaría de Salud dará a conocer anualmente, en el seno del Consejo Nacional de Salud, las cifras que corresponden a las variables integrantes de la fórmula anterior resultantes de los sistemas oficiales de información."

Con lo anterior se pone de manifiesto el uso por parte las autoridades mexicanas, de modelos utilizados en otros países para llevar a cabo la descentralización de los recursos, procurando con ello combinar el instrumental matemático con las variables sociales que en un lugar y tiempo determinados constituyen un indicador de las carencias que en materia de salud padece la población.

Es necesario indicar aquí que la metodología utilizada para la distribución de recursos entre las entidades federativas en materia de salud, deberá ser constantemente revisada y actualizada con la finalidad de que en el corto plazo se depuren las variables a considerar y de esta forma adecuarlas a los cambios socioeconómicos de cada uno de los estados del país. Asimismo en el mediano y largo plazo el financiamiento de los programas de salud en el ámbito estatal deberá procurar que los recursos por aplicar en el sector salud, sean generados a escala local, con el propósito de que su aplicación se realice en forma totalmente independiente del gobierno federal

8.3 La Descentralización como Estrategia en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000

En este documento se reconocen deficiencias que es necesario enfrentar para mejorar la calidad de los servicios de salud y para ello se establecen dos compromisos básicos:

- Mejorar la calidad de los servicios mediante la reestructuración de las instituciones; y
- Ampliar la cobertura de los servicios, fortaleciendo su coordinación e impulsando su federalización

No obstante lo anterior, tanto la reestructuración como la ampliación de la cobertura

constituyen dos variables que se han visto limitadas porque el cambio institucional no se refleja en una mejora cualitativa de los servicios hacia la población, y por otro lado, el reconocer la existencia de diez millones de personas que carecen de acceso regular a los servicios,—como ya se apuntó con anterioridad— significa un atraso real, pues dicha cifra se reconoció como población objetivo desde el sexenio de Miguel de la Madrid, no obstante el incremento relativo de la población de los últimos años.

Lo anterior se reconoce incluso en el cuerpo del documento, en el cual se destaca: "...el perfil demográfico del país está sufriendo una transformación radical, debido a la reducción en las tasas de mortalidad infantil, los programas de planificación familiar...De esta forma, se presenta un crecimiento relativo de los grupos de edad avanzada..."⁷³

Asimismo, se reconoce la existencia de una segmentación de las instituciones del sistema de salud, operando de manera centralizada y sin una definición que les permita trabajar en forma coordinada, pues cada una de ellas realiza en forma separada acciones normativas, financieras y de provisión de servicios sin que se garantice la congruencia de las acciones y se evite su duplicidad. Lo anterior implica ante todo una limitante para dar una respuesta expedita y efectiva a las necesidades locales pues diluye la asignación de responsabilidades.

Ante esto, es el propio gobierno quién reconoce que: "...Es urgente reformar nuestro sistema de salud con el propósito de mejorar el nivel de salud de la población, distribuir equitativamente los beneficios y la carga de los servicios, satisfacer a los usuarios y a los prestadores de servicios, y evitar dispendios."⁷⁴

En este Plan se tiene considerado también eliminar los desequilibrios regionales para que los servicios de salud beneficien a los grupos de población que tradicionalmente se mantienen al margen de los beneficios en esta materia. Pero eso solo será posible si realmente se toman en consideración las opiniones de cada una de las entidades federativas, y se particularizan las estrategias de acuerdo a la problemática de cada región.

Según el contenido del Plan, una manera de superar las limitaciones actuales será a partir de la reorganización del gasto y de la formulación de esquemas de financiamiento que se adapten a la capacidad de selección de cada usuario y a la responsabilidad administrativa del gobierno, procurando la ampliación de la cobertura actual.

El Plan considera como un punto especial a la descentralización de los servicios a la población no asegurada, en virtud de que es básicamente en el medio rural donde se encuentra la población objetivo. Para tal propósito considera que la estrategia en su primera fase debe incluir la delegación a todos los estados y al Distrito Federal, de las decisiones, responsabilidades y el control sobre la asignación y el uso de los recursos que permitan a las entidades federativas un funcionamiento descentralizado real.

En este Plan se establece también el compromiso de transferir a los gobiernos estatales tanto los servicios de la Secretaría de Salud como los del IMSS-Solidaridad junto con los recursos y apoyos técnicos, operativos y organizativos. La vinculación de la política

⁷³ Poder Ejecutivo Federal, "Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000", México, SHCP, 1995, p. 93.

⁷⁴ Ibidem.

nacional de salud con los servicios estatales serán agrupados en el Consejo Nacional de Salud.

A diferencia de administraciones pasadas, en la presente si se considera el traslado de recursos hacia las entidades federativas además de considerarse la creación de Organismos Públicos Descentralizados (OPD'S), como las instituciones responsables del manejo de los recursos y de la operación de los servicios.

8.4 El Programa de Reforma del Sector Salud

Una de las consideraciones que el Programa toma como punto de partida para instrumentar su estructura es el reconocimiento del centralismo como limitante de la eficiencia de operación de los sistemas de salud. Se reconocen así, cuatro problemas derivados del centralismo:

- Inercia en las decisiones de asignación del gasto entre los estados, aunado al manejo central de los recursos.
- Una disgregación y confusión de las responsabilidades, en donde ni el nivel central ni el estatal tienen debidamente identificados sus respectivos niveles de responsabilidad.
- Un excesivo burocratismo derivado de la operación centralizada de los procesos, lo que los hace más complejos y retardados.
- Una baja eficiencia en las decisiones respecto de hacia dónde deben orientarse los recursos, pues en muchas ocasiones las decisiones son tomadas en el centro, lugar donde muchas veces se desconocen los problemas y prioridades de salud a nivel regional.

En este Programa, al igual que en el Plan, se reconoce tan solo la existencia de diez millones de mexicanos sin acceso regular a servicios de salud, ubicados en mayor proporción en las zonas rurales y en cinturones periféricos de las áreas urbanas marginadas. Los errores de estrategias pasadas también se reconocen en el Programa al señalar: " No ha existido una estrategia definida para hacerle llegar servicios a esta población por lo que los criterios y los instrumentos han sido aislados, dispersos y mal coordinados"⁷⁵

Ante esto, la administración zedillista se propone ante todo una estrategia basada en el principio de la integralidad, evitando las intervenciones fragmentadas y orientándose en mayor medida hacia las intervenciones más costo-efectivas, o sea, aquéllas que de manera fehaciente traducen los recursos en mayor bienestar para la población.

Conviene destacar también los cuatro objetivos principales del Programa:

- Concluir el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta en las entidades federativas aún centralizadas y profundizarla en las restantes.
- Establecer instrumentos para promover la calidad y la eficiencia de la prestación de servicios.
- Ampliar la cobertura de servicios de salud a la población marginada residente en áreas rurales y urbanas que actualmente tiene acceso limitado o nulo.

⁷⁵ Ibid., p. 14.

- Ampliar la cobertura de la atención de las instituciones de seguridad social facilitando la afiliación de la población no asalariada y de la economía informal

Una estrategia básica del Programa es la descentralización de los servicios de salud a la población abierta, pero bajo el criterio de la salud preventiva y no curativa como sucedía en el pasado, además de que debe garantizar el cumplimiento de las metas nacionales en materia de salud dentro del marco de autonomía para el ejercicio de los recursos presupuestales por parte de los estados y la provisión de un grupo de intervenciones mínimas en salud, las cuales se denominan también "irreductibles" al que los estados deben comprometerse para dar cumplimiento a las políticas y objetivos nacionales en la materia.

PRESUPUESTO EJERCIDO POR PROGRAMA E INSTITUCION

(Millones de pesos)

1990-1995

ANO	TIPO DE INSTITUCION	TOTAL	ATENCIÓN PREVENTIVA	ATENCIÓN CURATIVA	PRESTACIONES SOCIALES	OTROS PROGRAMAS
1990	TOTAL (PESOS)	15592	763	9588	703	4538
	POB. ABIERTA	2970	326	1460	33	1151
	POB. DERECHOHABIENTE	12213	437	8128	367	2754
	TOTAL (DOLARES)	5893	288.3	3624	266	1715
	POB. ABIERTA	1122.6	123.2	552	12	435
	POB. DERECHOHABIENTE	4615.6	165.1	3072	139	1041
1991	TOTAL (PESOS)	23175	1054	13548	1274	6612
	POB. ABIERTA	4326	469	2043	38	1775
	POB. DERECHOHABIENTE	18295	585	11504	865	4653
	TOTAL (DOLARES)	7546.3	343.4	4411	415	2153
	POB. ABIERTA	1408.4	153	665	12.3	578
	POB. DERECHOHABIENTE	5957.2	191	3746	282	1515
1992	TOTAL (PESOS)	28904	1360	16998	1547	8190
	POB. ABIERTA	5461	593	2595	41	2232
	POB. DERECHOHABIENTE	22780	767	14403	1074	5728
	TOTAL (DOLARES)	9624	436	5448	496	2625
	POB. ABIERTA	1750.4	190	832	13.2	715
	POB. DERECHOHABIENTE	7301.4	246	4616	344.2	1836
1993	TOTAL (PESOS)	32655	2070	19806	1551	8472
	POB. ABIERTA	6504	692	3127	51	2633
	POB. DERECHOHABIENTE	25343	1378	16680	986	5543
	TOTAL (DOLARES)	9835.8	624	5966	467	2552
	POB. ABIERTA	1958.9	209	942	16	793
	POB. DERECHOHABIENTE	7633.4	415	5024	297	1670
1994	TOTAL (PESOS)	38419	2416	22702	1899	10445
	POB. ABIERTA	7699	869	3640	54	3137
	POB. DERECHOHABIENTE	29827	1548	1962	1261	6999
	TOTAL (DOLARES)	7249	456	4283	358	1971
	POB. ABIERTA	1453	164	687	10	592
	POB. DERECHOHABIENTE	5628	292	3596	238	1320
1995	TOTAL (PESOS)	45493	2633	28455	2107	10953
	POB. ABIERTA	9621.4	1065	4778	47	3730
	POB. DERECHOHABIENTE	33304	1568	23677	1152	6908
	TOTAL (DOLARES)	5908	342	3695	274	1422
	POB. ABIERTA	1250	138	621	6	484
	POB. DERECHOHABIENTE	4325	204	3075	150	897

Nota: A partir de 1991 la suma de los programas no coinciden con el total, dado que PEMEX sólo entregó el total del presupuesto ejercido sin desagregar por en este mismo periodo la suma de presupuesto de institución de población abierta y derechohabiente no coincide con el total dado que en estas últimas no e Fuente: SSA, Boletines de Información Estadística, números 10-15 y Presupuesto por Programa 1995; Banco de México, Informes Anuales, 1990-1995.

Este Programa destaca también que la descentralización debe abarcar a todas las entidades federativas y al Distrito Federal, tanto en aspectos presupuestales como de operación, no obstante lo cual aún esta pendiente la reformulación de la estrategia respectivas.

8.5 Características Presupuestales del Proceso de Descentralización en Diversos Sectores

En materia de gasto público la descentralización implica una mayor corresponsabilidad entre los diversos órdenes de gobierno buscando además que las decisiones sobre prioridades y asignaciones de recursos se ubiquen más cerca de quien recibe los bienes y servicios públicos, por lo cual para que los procesos de federalización sean congruentes se deberán considerar los aspectos siguientes:

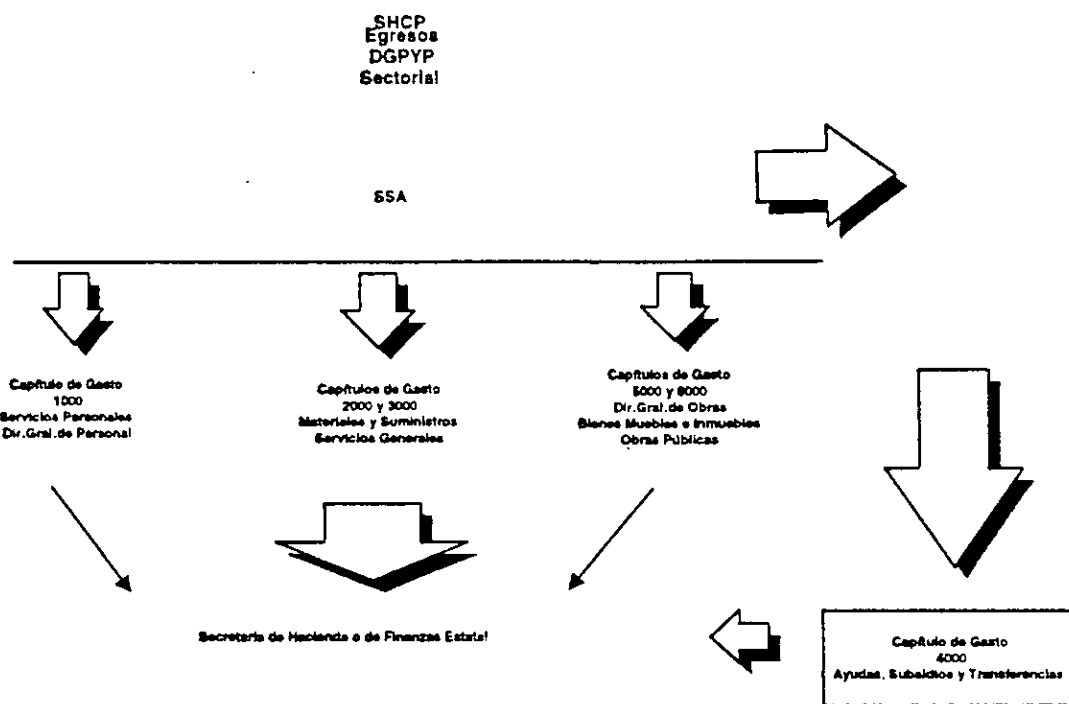
- La identificación de los capítulos de gasto a descentralizarse;
- Analizar la distribución geográfica histórica de los recursos federalizados;
- La identificación de los programas y subprogramas que contribuyen al cumplimiento de las responsabilidades; y
- La identificación de la responsabilidad, en la que los órdenes estatal y municipal tienen ventaja sobre el orden federal.

De esta manera en la actualidad el proceso de descentralización deberá apoyarse en la política de gasto público, con lo que se pretende fortalecer la capacidad de los estados y municipios para atender de manera más eficiente las necesidades básicas de la población en su lugar de residencia. Los sectores en que se ha concentrado la descentralización del presupuesto federal son los siguientes:

1. Infraestructura social;
2. Educación;
3. Actividades productivas en el medio rural;
4. Desarrollo de la infraestructura carretera; y
5. Salud, que es el tema respecto del cual profundizaremos en el análisis

El diagrama que a continuación se presenta constituye una muestra de como venía desempeñándose la estrategia presupuestal hasta antes de la Reforma:

Flujograma Presupuestal Utilizado en el Proceso de Descentralización hasta 1996



Desarrollo de la Infraestructura Social

En este aspecto, a partir de 1996 y con el propósito de garantizar un desarrollo regional más equitativo, el Gobierno Federal transfirió el 65 por ciento de los recursos del Ramo 26 hacia los estados, a través del Fondo de Desarrollo Social Municipal.

Para 1997 se tiene previsto descentralizar en este ramo, a través del Fondo, 8,222.5 millones de pesos para fortalecer la infraestructura básica y de servicios prioritarios en los municipios del país tales como: agua potable y alcantarillado; drenaje y letrinización; electrificación y urbanización, así como para apoyar la construcción y conservación de caminos e infraestructura rural⁷⁶. Para el ejercicio fiscal de 1998, el denominado Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social, asciende a la cantidad de 10,403.4 millones de pesos⁷⁷

Educación

La federalización presupuestal en este sector arrancó en 1992 con la firma del Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica. A partir de 1996 el proceso se complementó con la transferencia de recursos del Comité Administrativo del Programa Federal de Construcción de Escuelas (CAPFCE), en los niveles y modalidades de educación preescolar, telesecundaria y secundaria técnica, mediante la firma de convenios con cada uno de los gobiernos de las entidades federativas. En términos

⁷⁶ Cfr., Presidencia de la República, "Exposición de Motivos del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para 1997.

⁷⁷ Cfr., Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 1998, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 29 de diciembre de 1997.

presupuestales se programó transferir para 1996 la cantidad de 1,285.6 millones de pesos⁷⁸.

En forma adicional, la Federación transfirió a las universidades estatales e instituciones de educación media superior, recursos por un monto de 10,502.4 millones de pesos, a lo que debieron agregarse los recursos para educación básica. Para 1997 se tiene considerado iniciar el proceso para descentralizar el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA) y destinar para la atención de la educación en todos los niveles, 74,693.1 millones de pesos, cifra que representa el 63.2 por ciento del gasto total en educación⁷⁹. Según el PEF para 1998 las erogaciones de las entidades federativas y municipios en este sector serán de 67,512.6 millones de pesos

Desarrollo Agropecuario

A partir de los 22 programas de la Alianza para el Campo, el Gobierno Federal canalizó a los estados 1,599.0 millones de pesos con el propósito fundamental de reactivar la inversión en el sector y promover la productividad y rentabilidad agrícola mediante el acceso a tecnología más avanzada, así como el fomento de la capacitación de los recursos humanos.

La estrategia para asegurar una mayor transparencia y eficiencia en la aplicación de los recursos transferidos, consistió en la conformación de un fondo tripartito con aportaciones de la Federación, los estados y los productores, lo cual permitió también delimitar responsabilidades y establecer mecanismos de evaluación de objetivos y metas programáticas.

Comunicaciones y Transportes

La modalidad de la descentralización en este sector se sustentó con la firma de convenios y así, para 1996, se inició la descentralización de recursos federales para la construcción, modernización y mantenimiento de carreteras alimentadoras. Asimismo, se consideró la posibilidad de transferir a los gobiernos estatales, un presupuesto de 272.0 millones de pesos.

Servicios de Salud

En el caso de este sector, su análisis pormenorizado se fundamenta no porque se menosprecien los avances logrados en los otros sectores, sino porque al ser el tema de la presente investigación, fué el que se desarrolló con el detalle requerido para conocer su dinámica y pueda representar en un futuro el modelo pueda ser utilizado por los otros sectores a partir de las experiencias enfrentadas durante el proceso.

Fué en el año de 1995 cuando se puso en marcha la Reforma del Sistema de Salud con el propósito básico de ampliar la cobertura y fortalecer el Federalismo. Con tal objetivo, para enero de ese año se integró el Consejo Nacional de Salud, con la función primordial de actuar como instancia permanente de coordinación y concertación entre el nivel central

⁷⁸ Cfr., PEF, 1997 Sector Educación

⁷⁹ Vid., supra nota 75.

de la Secretaría de Salud (SS) y las autoridades de las 31 entidades federativas.

En ese mismo año, la SS activó el proceso de descentralización de los servicios de salud que había permanecido estancado durante el sexenio anterior, y con tal propósito se realizó un diagnóstico de los recursos existentes y de la problemática relativa a la identificación y evaluación de las atribuciones y funciones a descentralizar en los rubros de: servicios, finanzas, y regulación sanitaria. También fueron transferidos en 1995, los recursos financieros de los programas de conservación y mantenimiento de las unidades de primer nivel.

El año de 1996 fue clave en el proceso de descentralización, ya que en agosto de dicho año, se firmaron tanto el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, como los Convenios respectivos, con los gobiernos de las 31 entidades federativas⁸⁰. Lo anterior permitió establecer las bases para integrar los Sistemas Estatales de Salud, y estrechar la coordinación entre la SS y los gobiernos estatales en materia de salubridad general.

Fue justamente al amparo del Acuerdo mencionado, y vía los convenios respectivos que se llevó a cabo la transferencia hacia las entidades federativas de los recursos humanos, presupuestales, materiales, bienes muebles e inmuebles y de los equipos e instalaciones existentes en cada estado para la prestación de los servicios de salud a la población abierta.

El presupuesto descentralizado en 1996 ascendió a 6,132 millones de pesos y fueron transferidos 7400 inmuebles, de los cuales, 7061 correspondieron a hospitales, clínicas y centros de salud en operación. Por lo que se refiere a recursos humanos, fueron transferidos 111,000 trabajadores entre personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo.

Durante ese ejercicio, el sector salud ejerció los recursos en los estados autorizados en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), mediante tres mecanismos:

1º En 17 entidades federativas el ejercicio del gasto se efectuó a través de los Servicios Coordinados de Salud Pública, utilizando los capítulos de gasto 2000.- Materiales y Suministros y 3000.- Servicios Generales, con excepción de los gastos del programa promotores de salud, en el cual se utilizó el capítulo 4000.- Ayudas, Subsidios y Transferencias.

2º En 14 de los estados, los recursos descentralizados fueron erogados sobre la base de los Convenios respectivos, y se registraron en el concepto 4700.- Apoyos a Estados y Municipios, cuyas partidas permiten identificar al estado receptor.

3º Respecto de los recursos canalizados a través del capítulo 1000.- Servicios Personales, los mismos se otorgaron por conducto de una Dirección General específica, quién dispuso la elaboración de cheques, no obstante que en cada entidad federativa se elaboran las nóminas de personal, ya sea que se encuentre descentralizado o que

⁸⁰ El Convenio de referencia para el Distrito Federal, se firmo el 2 de julio de 1997 y fue publicado en el Diario Oficial de la Federación al día siguiente.

dependa de los Servicios Coordinados de Salud Pública.

Así, como resultado de la firma del Acuerdo y de los Convenios para la Descentralización de los Servicios de Salud, en el Ramo 12 son considerados los recursos transferidos a las entidades federativas, por medio del Programa DI.- Descentralización de los Servicios de Salud a los Estados, así como por el concepto 4700.- Apoyos a Estados y Municipios.

Tomando como punto de referencia lo anterior, el sector salud requiere de una redefinición del proceso programático-presupuestal para que la distribución de los recursos se efectúe en forma clara y transparente, se fortalezca la dinámica presupuestal en cada uno de los estados, se agilice el manejo de los recursos y se simplifique la comprobación del ejercicio.

Con el propósito anterior, la propuesta inicial para el ejercicio de 1997 fue la creación en el PEF del Subramo 12 Bis con un solo programa denominado DI "Descentralización de los Servicios de Salud a los Estados", el cual integraría todos los recursos financieros que se descentralizaran. Se argumentó que de esta manera, el establecimiento de un sólo programa permitiría a los estados el uso de los recursos libremente en lo relativo a su distribución por capítulos, a excepción de aquéllos destinados a recursos personales.

La estrategia que se tenía considerado aplicar, de haberse aprobado la creación del Subramo 12 Bis, era que los recursos se enviarían a los estados a través del capítulo 4000.- Apoyos, Subsidios y Transferencias, divididos a su vez en dos rubros: 4301.- Servicios Personales y 4700.- Para el resto de los recursos. Se consideró que en los años posteriores, los recursos serían enviados en un solo rubro, responsabilizando totalmente a los estados de su manejo integral.

En la realidad, la creación de Subramo no se efectuó porque en la etapa de transición lo más conveniente y prioritario es consolidar el proceso de transferencia e integrar los recursos descentralizados en el mismo Ramo 12 del PEF pero con un apartado especial en donde se de cuenta y evalúe el proceso a partir de Indicadores.

Otro planteamiento adicional que por su congruencia se considera más factible de aplicar, es el relativo a la asignación del presupuesto en forma transparente por medio de una **Fórmula**, la cual incluya un objetivo de gasto *per cápita* para cada estado en proporción directa de sus necesidades de salud e inversa a su capacidad de hacer frente, con recursos propios, a esas necesidades.

Así, para los estados que se encuentren en esta situación, la diferencia entre el gasto objetivo y el gasto observado se constituye en el rezago que la **Fórmula**, debe intentar corregir de manera gradual. Para lograr su objetivo se dividiría el presupuesto disponible para los estados en dos componentes, uno que permite restituir a todos la pérdida inflacionaria y otro que se destina precisamente a eliminar dicho rezago.

Se busca con la **Fórmula**, que después del periodo de ajuste, los estados cuenten con un presupuesto equitativo que responda a sus necesidades de salud y a su grado comparativo de desarrollo. Para evaluar la eficiencia en la distribución de los recursos a partir de esta metodología, han sido ya redefinidos los Indicadores utilizados hasta 1996 por los Indicadores de Evaluación. A continuación se presentan las variables predominantes de cada uno de ellos:

Indicadores de eficiencia y productividad del Sistema Nacional de Salud (1996)

(Número)

Concepto	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996 e/
RECURSOS POR CADA 100,000 HABITANTES											
Humanos											
Médicos	96.3	98.4	110.6	110.9	107.8	113.6	114.3	115.4	118.4	122.3	122.2
Enfermeras	142.1	149.5	153.8	154.7	156.7	163.8	165	165.9	177.1	172.4	173.7
Físicos											
Consultorios	37.2	39.1	38.9	40.2	41.6	42.4	42.9	43.7	45.4	45.7	46.2
Camas	77.2	75.5	73.9	74.5	75.7	76.6	76.5	74.6	74.5	75.1	74.6
Quirófanos	2.1	2.1	2.2	2.3	2.2	2.4	2.4	2.4	2.5	2.5	2.5
Gabinetes de radiología	2.1	2.2	2.2	2.2	2.2	2.3	2.3	2.3	2.4	2.5	2.6
Laboratorios	1.4	1.4	1.4	1.7	2	1.5	1.6	1.6	1.6	1.6	1.7
SERVICIOS PROPORCIONADOS POR CADA 1000 HABITANTES											
Consultas externas generales 1/	1170.9	1218.2	1223.7	1198.5	1202	1185.6	1185.4	1231.2	1255.7	1337.2	1356.1
Consultas de especialidad 1/	233	238.8	235.3	250.3	254.5	260.5	266.3	282.5	289.9	304.9	309.6
Egresos hospitalarios	38.1	38.7	37.5	37.8	39.5	39.8	40.5	40.8	41.3	41.6	42.6
Intervenciones quirúrgicas	18.5	19.7	19.4	20.1	21.1	22.1	23.2	23.6	24.1	25.3	24.6
Estudios de radiología	123.9	127.1	129	133.6	142.4	148	156.1	154.4	159.5	157.4	173.9
Estudios de laboratorio	957.3	1020.9	1031.6	1093.4	1252.3	1351.5	1387.7	1402.3	1430.9	1460.3	1508
TOTAL DE CONSULTAS EXTERNAS/TOTAL DE MEDICOS EN CONTACTO DIRECTO CON PACIENTES 2/											
Población Abierta	1233.8	1345.3	1380.6	1426.7	1143	1418.6	1356.2	1262.9	1349.2	1358.2	1373.1
SSA	1047.1	1271.3	1350.5	1426.6	1481.1	1436.4	1339.3	1376.3	1324.2	1306.9	1362.8
DDF	1175.1	1182	1102.6	1077.4	969.4	1029.1	1081.5	1020.5	921.1	950.7	979.6
MSS-Solidaridad	5085.3	2017.7	1791.8	1665.2	1467.8	1515.7	1588.8	1808.6	1713.5	1887.3	2003.4
Población Derechohabiente	2455.6	2502.3	2361.6	2329	2289.9	2088.3	2149.5	2227.6	2219	2426.5	1584.1
MSS	2995.4	2999.9	2894.8	2842.4	2838.7	2499.6	2537.6	2688.2	2699.3	2970.6	3037.2
ISSSTE	1502.1	1660.4	1520.5	1480.8	1397.3	1354.4	1377.9	1411.2	1306.5	1384.4	1327.9
PEMEX	2365.6	2170.3	1785.1	1843	1731.5	1560.9	1780	1799.9	1842.5	2131.8	2111.6
SDN	1010.6	1010.1	1200.4	1270.8	878	1024.4	1621.8	1020.4	1417.4	1723	1655.3
SM	1280.7	1255.4	1241.2	1034.9	981	1020.3	1041.4	1046.9	965	1312.7	834.1
PRODUCTIVIDAD DIARIA DE LOS RECURSOS											
Consultas Externas Otorgadas por Médico											
General 3/	20.3	21.2	19.9	18.5	17.9	16	16.2	16.4	16.8	18.2	18.2
Especialista 3/	3.8	3.9	3.6	3.6	3.5	3.7	3.7	3.8	3.6	3.7	3.7
Consultas Generales por Consultorio	14.3	14.2	14.3	13.6	13.1	12.7	12.6	12.8	12.6	13.3	13.4
Intervenciones Quirúrgicas por Quirófano	2.4	2.5	2.4	2.4	2.6	2.6	2.6	2.6	2.7	2.8	2.7

1/ Para los años 1990, 1991, 1993 y 1994 cifras revisadas y actualizadas por la dependencia responsable.

2/ Incluye el personal médico general, especialista y en formación.

3/ los datos de la serie 1986-1994 se modificaron respecto a las publicadas en el Primer Informe, ya que se actualizaron los datos de consultas externas otorgadas

e/ Cifras estimadas

Fuente: Poder ejecutivo Federal, "Segundo Informe de Gobierno: Anexo", México, Presidencia de la República, 1996, p.198

Los que a continuación se presentan, constituyen una serie de variables que en su conjunto permitirán tener un marco de referencia de la situación que guarda la salud de los mexicanos en el ámbito nacional y estatal. Estos Indicadores de Resultados son valores que definen el grado de consecución y avance de las acciones y su impacto sobre la salud de la población

INDICADOR	INDICE MÁXIMO	FORMA DE EXPRESIÓN	RELACIÓN
I. Salud Pública			
1 Mortalidad general	4.7	Expresa el riesgo de morir de la población general	Se calcula dividiendo el número de defunciones que ocurren en un año determinado entre la población estimada en ese periodo.
2 Mortalidad infantil	17.0	Expresa el riesgo de muerte que tienen los menores de un año en una población y periodo determinados.	Se obtiene dividiendo el número de defunciones de menores de un año entre los nacidos vivos registrados en ese periodo.
3 Mortalidad neonatal	10.0	Expresa el riesgo de morir para los niños, de una población y un periodo determinados, en los primeros 27 días de vida.	Se obtiene al dividir las defunciones registradas de los menores de 28 días entre los nacidos vivos registrados en el periodo.
4 Mortalidad postneonatal	7.0	Expresa el riesgo de morir para los niños de una población y periodo determinados, entre los 28 días y 11 meses de edad.	Se obtiene al dividir las defunciones registradas de los niños de esa edad entre los nacidos vivos registrados en el periodo.
5 Mortalidad preescolar	1.1	Expresa el riesgo de morir de los niños de 1 a 4 años en una población y periodo determinados.	Se obtiene al dividir el número de defunciones registradas de niños de 1 a 4 años en un año determinado, entre la población de ese grupo de edad.
6 Mortalidad en menores de cinco años	5.2	Expresa el riesgo de morir de los niños menores de cinco años en una población y periodo determinados.	Se obtiene al dividir el número de defunciones registradas en esa edad, entre la población del mismo grupo.
7 Esperanza de vida al nacimiento por sexo		Esperanza de vida al nacimiento por sexo, número de años que restan por vivir a una persona a partir de su nacimiento, de no variar las tendencias de la mortalidad y de acuerdo con su sexo	
> Hombres	70.07		
> Mujeres	76.45		
8 Esperanza de vida a los 40 años de edad por sexo		Número de años que restan por vivir a una persona a partir de los 40 años de edad, de no variar las tendencias de la mortalidad y de acuerdo con su sexo.	
> Hombres	35.30		
> Mujeres	40.00		
1.1 Promoción de la Salud			
a. Salud reproductiva			
9 Mortalidad materna	5.7	Es una aproximación a la medición del riesgo de morir de las mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio.	Se obtiene dividiendo el número de muertes registradas por estas complicaciones entre el número de nacidos vivos registrados en ese mismo periodo.
10 Por ciento de nacidos vivos con bajo peso	7.13		Es la relación entre el número de nacidos vivos con peso menor a 2,500 gramos y el total de nacidos vivos, por cien.
11 Por ciento de nacimientos atendidos en unidades médicas	66.9		Relación entre el número de nacimientos atendidos en las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud y los nacimientos esperados, por cien.
12 Por ciento de nacimientos por cesárea	22.38		Relación entre el número de nacimientos

INDICADOR	INDICE MÁXIMO	FORMA DE EXPRESIÓN	RELACIÓN
			atendidos cuya resolución fue por vía abdominal y el total de nacimientos atendidos, por cien
13 Promedio de consultas prenatales por embarazada	2.73		Relación entre el total de consultas de control prenatal otorgadas y el número de embarazadas atendidas. Este número se calcula a través de las consultas de primera vez por el mismo motivo.
14 Usuarías activas de planificación familiar por 1000 mujeres en edad fértil	270.62	Relación entre el número de usuarios activos del programa de planificación familiar y el número de mujeres de 15 a 49 años de población potencial de la SSA.	
15 Tasa de natalidad	24.5		Relación que se obtiene al dividir el número de nacidos vivos en un año determinado entre la población total.
16 Tasa general de fecundidad	112.0		Relación entre el número de nacidos vivos y la población de mujeres en edad fértil (15 a 49 años), en un año determinado.
17 Tasa global de fecundidad	2.7	Expresa el promedio de hijos que cada mujer tendría en un año determinado de mantenerse los niveles actuales de la fecundidad.	
b. Nutrición			
18 Prevalencia de desnutrición moderada y grave en menores de cinco años	5.86		Relación entre las consultas a menores de cinco años con desnutrición moderada y grave y el total de consultas otorgadas al mismo grupo de edad, por cien.
19 Mortalidad por deficiencias de la nutrición en menores de cinco años	19.0	Expresa el riesgo de morir por deficiencias de la nutrición en los menores de cinco años.	Se obtiene de dividir el número de defunciones registradas en el año por estas causas, entre la población de ese grupo de edad.
c. Accidentes y lesiones no intencionales			
20 Mortalidad por accidentes en población preescolar 1 a 4 años	22.0	Expresa el riesgo de morir por accidentes en la población de 1 a 4 años.	Se obtiene de dividir el número de defunciones registradas en el año por dichas causas, entre la población de ese grupo de edad.
21 Mortalidad por accidentes en población escolar de 5 a 14 años	10.5	Expresa el riesgo de morir por accidentes en la población de 5 a 14 años.	Se obtiene de dividir el número de defunciones registradas en el año por dichas causas, entre la población de ese grupo de edad.
22 Mortalidad por accidentes en adultos de 15 a 44 años	35.7	Expresa el riesgo de morir por accidentes de la población de 15 a 44 años en un periodo determinado.	Se obtiene de dividir el número de defunciones registradas en esas edad entre la población del mismo grupo de edad.
23 Mortalidad por accidentes en adultos de 45 a 59 años	52.0	Expresa el riesgo de morir por accidentes de la población de 45 a 59 años en un periodo determinado.	Se obtiene de dividir las defunciones registradas en esa edad entre la población del mismo grupo de edad.
24 Mortalidad por accidentes en adultos de 60 años y más	122.8	Mide el riesgo de morir por accidentes de la población de 60 años y más en un periodo determinado.	Se obtiene al dividir las defunciones registradas en esa edad entre la población del mismo grupo de edad.
1.2 Servicios preventivos			
a. Inmunizaciones			
25 Cobertura con esquema completo de vacunación en niños de un año	89.8		Relación de niños con un año de edad que han completado su esquema de vacunas básico y el total de niños de esa edad, existentes en el censo nominal, por cien.
26 Cobertura con esquema completo de vacunación en preescolares	95.7		Relación de niños de 1 a 4 años que han completado su esquema vacunal y el

INDICADOR	INDICE MÁXIMO	FORMA DE EXPRESIÓN	RELACIÓN
			total de niños de 1 a 4 años existentes en el censo nominal.
27 Cobertura con esquema completo de vacuna DPT en niños de un año	92.9		Relación de niños con un año de edad que han recibido las tres dosis del biológico DPT y el total de niños de esa edad, existentes en el censo nominal, por cien.
28 Cobertura con esquema completo de vacuna Sabin en niños de un año	93.2		Relación de niños con un año de edad que han recibido la primera dosis del biológico Sabin y el total de niños de esa edad, existentes en el censo nominal, por cien.
29 Cobertura con esquema completo de vacuna Antisarampión en niños de un año	91.8		Relación de niños con un año de edad que han recibido la primera dosis del biológico Antisarampión y el total de niños de esa edad, existentes en el censo nominal, por cien.
30 Cobertura con esquema completo de vacuna BCG en niños de un año	98.5		Relación de niños con un año de edad que han recibido la primera dosis del biológico BCG y el total de niños de esa edad, existentes en el censo nominal, por cien.
31 Casos nuevos observados de sarampión contra casos esperados de acuerdo con la mediana de los últimos años	0.03	Se expresa como resultado del cociente.	Relación entre los casos registrados de sarampión en una población y año determinados y la cifra mediana de casos obtenida en los últimos cinco años.
32 Casos nuevos observados de tuberculosis meningea en menores de cinco años contra casos esperados de acuerdo con la mediana de los últimos cinco años	0.69	Se expresa como un cociente.	Relación entre los casos nuevos registrados de tuberculosis meningea en una población y año determinado y la cifra mediana de casos obtenida de los últimos cinco años.
33 Tasa de incidencia de tétanos neonatal por 1,000 nacidos vivos a nivel municipal	1.3	Se expresa por 1000 nacidos vivos registrados.	Relación que se obtiene de dividir el número de casos registrados de tétanos neonatal entre los nacidos vivos registrados en un año y municipio determinado.
34 Número de municipios repetidores de casos de tétanos neonatal 1995 comparado con el periodo 1991-1994	20	Se refiere al número de municipios en donde persiste la detección de casos de tétanos neonatal en más de un año durante los últimos cinco años.	
b. Enfermedades diarreicas y cólera			
35 Letalidad por cólera	0.52	Se expresa en porcentaje	Relación obtenida al dividir las defunciones registradas por el cólera entre los casos registrados de este padecimiento.
36 Casos nuevos de cólera observados en relación con los casos esperados de acuerdo con la mediana de los últimos cuatro años	0.12	Se interpreta como casos de cólera esperados.	Razón obtenida al dividir los casos de cólera registrados entre la cifra mediana de casos obtenida de los últimos cuatro años.
37 Mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de cinco años	37.9	Expresa el riesgo de muerte por enfermedades infecciosas intestinales en los menores de 5 años en un año determinado.	Se obtiene dividiendo el número de defunciones por este padecimiento entre la población de ese grupo de edad
38 Defunciones observadas por diarreas en menores de cinco años respecto de las esperadas, de acuerdo con la mediana de los últimos cinco años	0.62	Se expresa como cociente.	Razón obtenida al dividir las defunciones por enfermedades infecciosas de menores de 5 años en un año determinado, entre la mediana resultante de la mortalidad observada en los últimos 5 años, la cual representa a las defunciones esperadas.
c. Infecciones respiratorias agudas			
39 Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años	72.1	Expresa el riesgo de muerte por infecciones respiratorias agudas, neumonía e influenza en los menores de 5 años, en un año determinado.	Se obtiene dividiendo las defunciones de menores de 5 años por estos padecimientos entre la población de ese grupo de edad.

INDICADOR	ÍNDICE MÁXIMO	FORMA DE EXPRESIÓN	RELACIÓN	
40	Por ciento de casos de neumonía y bronconeumonía con respecto al total de casos de infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años	0.86		Proporción que resulta de dividir el número de casos nuevos registrados de neumonía y bronconeumonía, entre el total de casos de infecciones respiratorias agudas, incluyendo la neumonía y influenza
41	Casos nuevos de neumonía y bronconeumonía observados con respecto a los esperados de acuerdo con la mediana de los últimos cinco años	1.00	Se expresa como un cociente.	Relación de los casos nuevos de neumonía y bronconeumonía registrados, entre la cifra mediana de casos nuevos de estos padecimientos obtenida en los últimos cinco años (esperados) en una población y año determinado.
d. Tuberculosis				
42	Morbilidad por tuberculosis pulmonar	15.5	Se expresa por 100,000 habitantes	Relación del número de casos nuevos registrados de tuberculosis pulmonar en un año determinado, entre la población de ese periodo.
43	Por ciento de casos nuevos de tuberculosis que completan el tratamiento supervisado	76.9		Relación entre el total de ingresos de casos nuevos a tratamiento y el número de casos que completan el tratamiento supervisado, por cien.
e. Enfermedades de transmisión sexual				
44	Morbilidad por sífilis	1.6	Mide la incidencia de sífilis en una población y periodo determinado.	Se obtiene dividiendo el número de casos nuevos registrados entre la población total.
45	Morbilidad por gonorrea	14.0	Mide la incidencia de gonorrea en una población y un periodo determinado.	Se obtiene dividiendo el número de casos nuevos registrados entre la población total
46	Morbilidad por sífilis congénita	0.06	Mide la incidencia de sífilis en una población y periodo determinado.	Se obtiene dividiendo el número de casos nuevos registrados entre la población total.
f. Infección por VIH/SIDA				
47	Por ciento de casos nuevos de SIDA debidos a transfusión de sangre y hemoderivados	3.1	Proporción de casos de SIDA por transfusión respecto al total de casos nuevos de este padecimiento.	
48	Morbilidad por SIDA	4.8, 30,000	La tasa se expresa por 100,000 habitantes.	Relación de casos nuevos de SIDA en un año determinado, entre la población de ese año.
g. Enfermedades transmitidas por vectores				
49	Morbilidad por paludismo	5.3	Se expresa como tasa por 100,000 habitantes.	Relación que se obtiene de dividir el número de casos nuevos registrados de paludismo en un periodo determinado entre la población de ese periodo.
50	Índice de laminillas positivas a paludismo	0.3	Se refiere al porcentaje de laminillas en las que se identificó el plasmodium, del total de muestras tomadas para su detección.	
51	Casos de paludismo por P. Falciparum	62	Se expresa por 100,000 habitantes.	Relación del número de casos nuevos por P falciparum entre el total de la población en un periodo determinado.
52	Morbilidad por dengue clásico	37.7	Se expresa por 100,000 habitantes.	Relación del número de casos nuevos de dengue clásico reportados en un periodo determinado entre la población.
53	Letalidad por dengue hemorrágico	5.3	Se expresa en porcentaje.	Razón que se obtiene de dividir el número de defunciones registradas por dengue hemorrágico entre los casos nuevos registrados de este padecimiento en un año determinado.
54	Número de casos nuevos por oncocercosis (Chiapas y Oaxaca)	900	Se refiere al número de casos nuevos detectados en el año por oncocercosis en estas entidades. Su incidencia se expresa por 100,000 habitantes	

INDICADOR	ÍNDICE MÁXIMO	FORMA DE EXPRESIÓN	RELACIÓN
h. Hipertensión arterial			
55 Casos nuevos observados de hipertensión arterial con relación a los esperados de acuerdo con la mediana de los últimos cinco años	1.03	Se expresa como un cociente.	
56 Mortalidad por enfermedades cardiovasculares	70.3	Expresa el riesgo de muerte a causa de las enfermedades cardiovasculares que tiene la población total en un periodo determinado.	Se obtiene al dividir el número de defunciones por estas enfermedades en un año determinado, entre la población de ese periodo.
57 Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares	25.7	Expresa el riesgo de muerte a causa de las enfermedades cerebrovasculares que tiene la población total en un periodo determinado.	Se obtiene al dividir el número de defunciones por estas enfermedades en un año determinado, entre la población de ese periodo.
i. Diabetes mellitus			
58 Casos nuevos observados de diabetes mellitus con relación a los esperados de acuerdo con la mediana de los últimos cinco años	1.10	Se expresa como un cociente.	Relación de los casos nuevos de diabetes mellitus registrados, entre la cifra mediana de casos nuevos de este padecimiento obtenida de los últimos cinco años (esperados), en una población y un año determinado.
59 Mortalidad por diabetes mellitus	37.5	Expresa el riesgo de muerte a causa de la diabetes mellitus que tiene la población total en un periodo determinado.	Se obtiene al dividir el número de defunciones por estas enfermedades en un año determinado, entre la población de ese periodo.
j. Cáncer cervicouterino y mamario			
60 Mortalidad por cáncer cervicouterino	9.4	Expresa el riesgo de morir por cáncer cervicouterino para las mujeres en un periodo determinado.	Se obtiene al dividir el número de defunciones en un año determinado, entre la población de mujeres de ese año.
61 Mortalidad por cáncer mamario	6.9	Se expresa por 100,000 mujeres.	Relación del número de defunciones registradas en un año entre la población de mujeres estimada en ese periodo.
62 Por ciento de detecciones con displasia leve	1.10		Relación entre el número de citologías vaginales cuyo resultado fue displasia leve y el total de laminillas estudiadas, por cien.
63 Por ciento de detecciones con displasia moderada	0.30		Relación entre el número de citologías vaginales cuyo resultado fue displasia moderada y el total de laminillas estudiadas, por cien.
64 Por ciento de detecciones con displasia severa	0.12		Relación entre el número de citologías vaginales cuyo resultado fue displasia severa y el total de laminillas estudiadas, por cien.
II. Atención médica			
1. Primer nivel de atención			
65 Razón de consultas de primera vez sobre subsiguientes	1.54		Relación entre el número de consultas de primera vez respecto a las consultas subsiguientes otorgadas en el primer nivel de atención.
66 Promedio diario de consultas por médico	11.5	Se consideran 22 días hábiles al mes.	Relación entre el número de consultas otorgadas y el total de médicos en contacto directo con el paciente, en el primer nivel, en relación a los días laborados.
2. Segundo nivel de atención			
67 Por ciento de ocupación hospitalaria	59.5	Los días cama disponibles se calculan a través de las camas censables.	Relación entre el número de días paciente generados en el área de hospitalización y el número de días cama disponibles, por cien.
68 Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria	15.0		Relación entre el número de defunciones

INDICADOR	ÍNDICE MÁXIMO	FORMA DE EXPRESIÓN	RELACIÓN
			hospitalarias ocurridas en pacientes después de 48 horas de su ingreso y el número de egresos registrados para el mismo periodo, por cien.
69 Promedio de días de estancia	4.0		Relación entre el total de los días estancia generados y el número de egresos ocurridos en el periodo.
70 Promedio de consultas de urgencia por área	25.5		Relación entre el número de personas atendidas en urgencias y el número de urgencias con que cuentan los hospitales.
71 Promedio diario de intervenciones quirúrgicas por quirófano	2.0		Relación entre el número de intervenciones quirúrgicas realizadas y las salas de operaciones con que cuentan los hospitales, en relación a los días del mes.

Por lo tanto, el envío de recursos a través del Capítulo 4000 mantiene la responsabilidad de la SS para efectos de su canalización, pero automatiza el proceso, de acuerdo a la asignación predeterminada, a través del dígito 08 que identifica a los recursos descentralizados. De la misma forma, la transferencia presupuestal a través de ese capítulo busca simplificar los mecanismos de comprobación de los estados hacia el centro y establece la obligación de comprobación al interior de las entidades federativas.

Por lo que se refiere a la información que se debe rendir a la Cuenta Pública, se observa una duplicidad en el mecanismo, ya que la SS continuará proporcionando información sobre los recursos descentralizados en forma simplificada y en base a los nuevos Indicadores de Evaluación; los estados por su parte, también rendirán Cuenta Pública de estos recursos a sus Congresos locales, pero en forma amplia y detallada.

Visto en forma desagregada por capítulos de gasto se observa la situación que enseguida se detalla:

Respecto del **Capítulo 1000** correspondiente a los Servicios Personales, se debió tomar en consideración la opinión sindical para no afectar las relaciones laborales, así como disminuir los costos de la homologación. Hasta antes de la descentralización, los estados no podían reconfigurar autónomamente sus plantillas de personal, pues de hecho la asignación de las plazas de nueva creación o las ampliaciones se hacían con base en criterios centrales. Además de lo anterior, las economías de este capítulo estaban fuera del control local, pues se manejaban desde el centro y se utilizaban para el financiamiento de actividades ajenas a este capítulo.

Otra problemática observada en el proceso consistió en que después de hacer un estudio comparativo sobre plantillas observadas, normadas e idóneas se concluyó que todos los estados se encontraban fuera de norma en materia de personal, con algunas unidades médicas en déficit y otras en superávit. Por lo anterior se hizo necesario constituir una nueva plantilla idónea, tomándola como referencia para analizar las posibles discrepancias.

Para evitar problemas relacionados con este capítulo del gasto se hizo necesario considerar los siguientes aspectos:

- Se debió determinar el *status* de los trabajadores estatales previa negociación con el sindicato.
- Considerar la posibilidad de otorgar a los estados facultades plenas para la reestructuración de sus plantillas de personal.
- Activar el Comité de Planeación de Recursos Humanos y que las plazas de nueva creación se distribuyan inmediatamente después de su autorización por la SHCP.
- Que los estados manejen libremente el total de sus economías y se asignen fondos específicos para programas prioritarios.

Concepto 2500 - Productos Farmacéuticos y de Laboratorio

La problemática en este rubro se refiere a que los medicamentos que se envían a los estados llegan con demasiado retraso y se surten muy cerca de su fecha de caducidad y en cantidades distintas a las solicitadas. Como consecuencia de lo anterior, las unidades operativas sufren de un desabasto permanente e importante.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud II, en tres de las cinco regiones en las que fue dividido el país, la principal causa por la que los usuarios de los servicios de la SS no volverían a hacer uso de las unidades de atención de esa Institución en sus lugares de residencia fue la falta de medicamentos. A lo anterior, se debe agregar la baja calidad de la conducta prescriptiva en las unidades de primer nivel, expresada en una prescripción muy reducida (40%) de los medicamentos del Cuadro Básico.

Para eliminar esta problemática se propone que se descentralice al 100 por ciento este concepto, para que los estados puedan decidir en forma directa sobre sus pedidos de medicamentos, influir en la determinación de los tiempos, condiciones y volúmenes de recepción, y negociar los pagos contra entrega. Sería también recomendable que todos los estados tuvieran la posibilidad de determinar libremente su grado de participación en la compra consolidada de insumos y medicamentos.

Sería muy conveniente también implantar mecanismos más *costo-efectivos* de almacenamiento y distribución de medicamentos, así como promover una mejor conducta prescriptiva de los médicos. Al respecto, es importante destacar que se han logrado concretar acciones para la elaboración de un Programa Emergente para Optimizar el Suministro de Medicamentos, que incluye el diseño de medidas específicas para mejorar de manera inmediata los procesos y las capacidades del manejo descentralizado de este rubro en cada uno de los estados.

Concepto 3500- Servicios de Conservación y Mantenimiento

En este aspecto, las acciones de conservación y de mantenimiento mayor se ejecutan y controlan desde el área central de la SS lo que provoca el desvío de recursos hacia satisfacción de necesidades no prioritarias de las entidades federativas. Se propone por lo tanto el manejo 100 por ciento descentralizado de este concepto y fortalecer las estructuras orgánicas de las áreas responsables de este rubro. Se buscaría que sobre la base de una normatividad específica, las entidades definieran las bases de licitación y que las reparaciones las lleven a cabo técnicos locales.

Capítulo 5000- Bienes Muebles e Inmuebles

En este caso, el área central argumenta que por tratarse de una cantidad tan pequeña no es recomendable su descentralización a cada uno de los estados, pero la centralización en este rubro también impide atender de manera oportuna y eficaz las demandas locales. Por lo anterior, se propone repartir los recursos entre los estados sobre la base de una **Fórmula** explícita y equitativa, y complementar el concepto con otras fuentes de financiamiento como las aportaciones estatales y municipales para lograr que se incrementen los recursos de este renglón y darle sentido de esta manera a su

descentralización.

Capítulo 6000- Obra Pública

La justificación en este rubro es que la construcción de obra por el área central de la SS no responde a las necesidades locales, pues muchas veces se celebran contratos con compañías a las que es más difícil exigir el cumplimiento de los contratos desde el punto de vista estatal, además de que la firma de recepción de obra se otorga en el ámbito central, sin la total supervisión de las entidades federativas en donde se efectuó. Por lo anterior se sugiere que sean los mismos estados quienes definan las bases de las licitaciones de las obras, remodelaciones y ampliaciones menores. A la fecha existe ya el acuerdo para que toda obra concluida cuente con el visto bueno de la autoridad estatal correspondiente.

Con el fin de reducir al máximo los problemas derivados del proceso, resultaría conveniente crear grupos de apoyo que faciliten la transmisión de funciones a los estados que pudieran denominarse: Unidades de Descentralización (UDES), las cuales funcionarían como contactos entre los estados y la Secretaría, teniendo como objetivo principal asesorar y supervisar a los estados durante todo el proceso de consolidación de las capacidades necesarias para poder asumir la total responsabilidad sobre todas las acciones que en materia de salud se les transfieran.

Así las funciones básicas de las UDES serían las siguientes:

- ◆ Capacitar a la áreas operativas para facilitar el ejercicio presupuestal y el desarrollo de las funciones transferidas;
- ◆ Dar seguimiento al proceso de transmisión de funciones;
- ◆ Asesorar a los estados en el proceso de planeación y presupuestación;
- ◆ Apoyar la descentralización de responsabilidades a los municipios;
- ◆ Colaborar en la resolución de problemas operativos originados a causa de carencias, limitaciones o deficiencias que presenten los estados en su capacidad administrativa o infraestructura;
- ◆ Detectar situaciones especiales en cada uno de los estados que pongan en riesgo el éxito de la descentralización;
- ◆ Informar a las oficinas centrales de la Secretaría sobre el grado de avance del proceso de asimilación de funciones; y
- ◆ Promover ante las autoridades estatales otras acciones innovadoras propuestas por las oficinas centrales encaminadas a mejorar la atención de los servicios de salud (vrg., capacitación, programas de calidad, privatización de servicios auxiliares, etc.).

8.6 Las Variantes Jurídicas

El marco legal de la descentralización es uno de los aspectos básicos que han permitido llevar hasta sus últimas consecuencias dicho proceso, y para lograrlo fueron de gran trascendencia las reformas al Artículo 4º Constitucional, en las que además de considerarse como una garantía el derecho a la salud, quedaron establecidas las bases para la distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas.

A partir de las reformas mencionadas, se expidió la Ley General de Salud, reglamentaria de dicha disposición, creándose con ello el marco para la concurrencia de ambos niveles de gobierno. En esta Ley se diferenciaron las atribuciones conferidas al Ejecutivo Federal a través de la Secretaría de Salud (SS) y las que son responsabilidad de los gobiernos de las entidades federativas, como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

DISTRIBUCIÓN DE LAS AREAS DE COMPETENCIA EN MATERIA DE SALUBRIDAD GENERAL SEGÚN LA LEY GENERAL DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD	GOBIERNOS DE LOS ESTADOS
<ul style="list-style-type: none"> ◆ El control sanitario de productos y servicios, de su importación y exportación, y de los establecimientos dedicados a su procesamiento. ◆ La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud prestados por instituciones de Seguridad Social ◆ El control sanitario de la publicidad de: las actividades, productos y servicios. ◆ Organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud. ◆ El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, y cadáveres de seres humanos. ◆ El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, y ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos de curación y productos higiénicos; así como de los establecimientos dedicados a su proceso. ◆ La sanidad internacional. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ La planificación familiar. ◆ La atención materno-infantil. ◆ La atención médica, preferentemente en beneficio de los grupos vulnerables. ◆ La salud mental. ◆ La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en seres humanos. ◆ La educación para la salud. ◆ La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país. ◆ La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares de la salud ◆ La orientación y vigilancia en materia de nutrición. ◆ La promoción de recursos humanos para la salud. ◆ La prevención y control de enfermedades transmisibles, no transmisibles y accidentes ◆ La asistencia social. ◆ La prevención y control de los efectos nocivos del medio ambiente en la salud del hombre. ◆ Los programas contra el alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia. ◆ La salud ocupacional y el saneamiento básico. ◆ La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos.

Nota: La Ley considera la posibilidad de que en todas aquéllas materias que son de competencia de la SS se procure la participación de los Gobiernos de los Estados a través de acuerdos de coordinación.

La vía consensual mediante la celebración de acuerdos como se menciona en la nota, fue el conducto utilizado para delimitar las responsabilidades y regular la entrega de recursos. Se da especial relevancia en estos acuerdos a la forma en que se entregan los recursos materiales, financieros y humanos.

No obstante lo anterior conviene destacar que la Secretaría de Salud se reservó en cada rubro determinadas facultades como las que a continuación se mencionan:

Recursos Financieros

- ◆ Ser la instancia encargada de registrar ante la SHCP, las plantillas integradas con el personal transferido. Además los tabuladores relativos a las percepciones de los trabajadores incorporados al Organismo Descentralizado creado, deberán ser vigentes y autorizados por la Secretaría.

- ◆ La Dependencia elaborará un documento anual en el que se efectuará una evaluación de las políticas de salud en el ámbito nacional, de la situación en cada entidad federativa y del cumplimiento de los objetivos.
- ◆ Requerir reportes sobre los avances en el ejercicio del presupuesto transferido para fines de planeación o estadística, así como la información adicional que requiera para la realización de su tarea de información, evaluación y seguimiento.
- ◆ Establecer mecanismos de coordinación entre la SECODAM, la SHCP, las entidades federativas y el Distrito Federal para la revisión y fiscalización de los recursos transferidos.

Recursos Humanos

- ◆ La revisión de las Condiciones Generales de Trabajo las continuará efectuando la Secretaría con el SNTSA.
- ◆ Retendrá las cuotas sindicales y aportaciones para: el fondo de auxilio por defunción, becas y aquéllas otras que convengan al sindicato y autoridades competentes por concepto de apoyos institucionales y las enterará al SNTSA.
- ◆ Continuará efectuando las deducciones para el pago del Sistema de Ahorro para el Retiro y el Fondo Nacional del Ahorro Capitalizable de los Trabajadores del Estado, así como el Impuesto Sobre la Renta y las aportaciones al ISSSTE.
- ◆ Por medio de una comisión mixta con el SNTSA se encargará de identificar y validar el caso de jubilaciones con reconocimiento de antigüedad con el ISSSTE.

Recursos Materiales

- ◆ La Secretaría en coordinación con la SECODAM, las entidades federativas y el Distrito Federal, validarán el inventario de bienes muebles e inmuebles con los que cuentan las unidades médicas y administrativas destinadas a la prestación de los servicios, para efectuar su donación y transferencia al Organismo.⁸¹

Una de las características del proceso es que utilizan una gran variedad de leyes y reglamentos para la operatividad del gasto público, independientemente de los instrumentos primordiales que han permitido llevar adelante el proceso de descentralización. Tal es el caso de los siguientes cuerpos normativos, elementales para la distribución y el manejo del presupuesto federal:

- ◆ La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
- ◆ La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal;
- ◆ La Ley General de Salud;
- ◆ La Ley de Planeación;
- ◆ La Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal;
- ◆ La Ley de Adquisiciones y Obras Públicas;
- ◆ La Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos;
- ◆ La Ley General de Bienes Nacionales;
- ◆ Las leyes de salud estatales;
- ◆ El Reglamento Interior de la SHCP;

⁸¹ Organismos Públicos Descentralizados a los cuales se ha hecho referencia con anterioridad.

- ◆ El Reglamento Interior de la SECODAM;
- ◆ El Reglamento de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal;
- ◆ El Reglamento de la Ley de Obras Públicas;
- ◆ El Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios relacionados con Bienes Muebles;
- ◆ El Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación del año que corresponda;
- ◆ El Manual de Normas y Procedimientos para el Ejercicio del Gasto de la Administración Pública Federal;
- ◆ La Clasificación por Objeto del Gasto;
- ◆ El Oficio Circular por el que se comunican las fechas límite para el proceso presupuestario;
- ◆ El Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud; y
- ◆ Los Convenios de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud en cada una de las entidades federativas y el Distrito Federal.

La lista anterior más que ser exhaustiva, pretende ser enunciativa del conjunto de leyes, reglamentos, decretos y normas vinculados con el ejercicio del gasto público federal, que de no ser consideradas en su exacta aplicación constituirían una seria limitante al proceso de descentralización presupuestaria en el sector salud. Por la trascendencia para la presente investigación son considerados a continuación los aspectos relevantes tanto del Acuerdo Nacional como de los Convenios para la Descentralización de los Servicios de Salud.

Acuerdo Nacional⁸²

Se debe considerar en primera instancia a los suscriptores de este Acuerdo: el Gobierno Federal, los gobiernos de las Entidades Federativas y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud. Los mismos reconocieron la inviabilidad de la actual organización, la pocas posibilidades de superar rezagos acumulados y la necesidad de hacer frente a los nuevos retos que se presenten, con el apoyo de una redefinición estructural del sistema.

A la firma del Acuerdo concurrió el Gobierno Federal teniendo en consideración los compromisos que en materia de salud quedaron plasmados en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y en el Programa de Reforma del propio Sector. Las estrategias plasmadas en este documento para dar cumplimiento a los compromisos son cuatro:

1. La descentralización a las entidades federativas de los servicios de salud para la población no asegurada.
2. La configuración de sistemas estatales.
3. La ampliación de la cobertura a través de un paquete básico de servicios; y
4. El mejoramiento de la calidad y eficiencia de las instituciones nacionales mediante una mejor coordinación sectorial.

Por otra parte, los principios que sustentan al Acuerdo son los siguientes:

1. Las entidades federativas manejarán y operarán directamente los servicios de salud,

⁸² Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de Septiembre de 1996.

- en el ámbito de su competencia.
2. Las entidades federativas asumirán cabalmente las responsabilidades que la Ley General de Salud les ha asignado.
 3. Las entidades federativas manejarán y operarán en forma directa los recursos financieros con la facultad de distribuirlos para satisfacer las necesidades de los servicios y de acuerdo con las prioridades locales.
 4. Los estados de la Federación deberán participar activamente en el diseño e instrumentación de la Política Nacional de Salud.
 5. Se deberá fortalecer el Sistema Nacional de Salud a partir de la consolidación de los sistemas estatales.
 6. Se deberán integrar al ámbito estatal, las estructuras administrativas que actualmente operan los servicios federales de salud.
 7. Al agilizar las cargas de trabajo administrativo para la SS, será posible lograr su reorientación como instancia normativa y operativa en aquellas materias que son ejercicio exclusivo de la Federación.
 8. Lograr el acercamiento entre la autoridad local y la población demandante de los servicios de salud, revitalizando con ello dicha relación, que a su vez se traducirá en una mayor eficacia de las funciones que desarrolla el municipio en actividades sanitarias.
 9. Deberán ser creados los Organismos Públicos Descentralizados (OPD'S), quienes recibirán la transferencia federal y serán los encargados de prestar los servicios de salud, por lo cual tendrán personalidad jurídica y patrimonio propios; y
 10. Celebrar los Convenios de Coordinación respectivos, que deberán suscribirse por la Secretaría de Salud, la SHCP, la SECODAM, la representación de los trabajadores, cada una de las entidades federativas y el Distrito Federal.

Como apoyo al proceso de descentralización, en este Acuerdo también están consideradas las funciones del Consejo Nacional de Salud como instancia permanente de coordinación y concertación entre las autoridades centrales de la Secretaría, las autoridades de las 31 entidades federativas y el Distrito Federal.

Finalmente el instrumento también considera una distribución equitativa de los recursos entre todos los integrantes de la Federación con el objeto de promover su desarrollo, para lo cual será utilizada la **Fórmula**, a que antes se hizo mención y depurar dicha estrategia con el apoyo del Programa de Ampliación de Cobertura, para hacer llegar los beneficios de la salud a los lugares donde todavía no se prestan los servicios en forma regular.

Convenios de Coordinación

Estos instrumentos jurídicos han sido de gran importancia para formalizar el proceso de descentralización en cada uno de los estados, sin embargo, el contenido de los mismos debió haber considerado los mecanismos presupuestales para la asignación de los recursos, las responsabilidades de la SHCP, de las dependencias Coordinadoras, y posteriormente adaptar la legislación de cada entidad federativa, vía la participación de sus congresos locales.

Por último, quedaron definidos también en estos instrumentos, los ámbitos de competencia, y la obligación para cada entidad federativa y el Distrito Federal de elaborar y someter a la consideración del Ejecutivo Federal el proyecto de decreto para la creación de los OPD'S encargados de prestar atención médica a la población abierta de la entidad

en cuestión y recibir los recursos transferidos por la SS.

8.7 La Estrategia Presupuestal de la Descentralización en la Ley de Coordinación Fiscal y en el Presupuesto de Egresos de la Federación para 1998

Acicateado por la dinámica de los acontecimientos para acelerar la descentralización de los recursos a las entidades federativas y a los municipios por el incremento en la demanda respecto de más y mejores servicios de salud, educación y estrategias realistas para superar la pobreza, el gobierno federal se vio en la necesidad de promover reformas a la estrategia fiscal vía reformas a la Ley de Coordinación Fiscal y crear en consecuencia un Ramo 33 independiente en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el año de 1998 en el cual están considerados cinco Fondos de Aportaciones Federales para su asignación y distribución en el ámbito estatal y municipal.

El procedimiento para concretar lo anterior consistió en promover por parte del Ejecutivo Federal una Iniciativa de Ley para reformar y adicionar la Ley de Coordinación Fiscal, la cual fue turnada a la Comisión de Hacienda y Crédito Público para su estudio, análisis y dictamen conforme a los dispuesto por los artículos 43 y 48 de la Ley Orgánica del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos.

Con dicho instrumento se buscó ante todo apoyar la federalización desde el punto de vista no solo político, sino también económico, pues se propuso institucionalizar la figura de las "aportaciones federales" a las entidades federativas y a los municipios. Con esta Iniciativa se propuso además de fortalecer las haciendas locales, redistribuir la recaudación federal en forma más equilibrada para evitar la existencia de diversos regímenes fiscales que impidan el desarrollo integral del país.

Las aportaciones a realizar por el gobierno federal buscan complementar de esta manera las aportaciones a entidades y municipios, para incrementar sus recursos y consolidar su autonomía y capacidad de gestión a partir de los recursos que la Federación aporte para satisfacer las necesidades propias de las actividades que se han venido descentralizando.

Lo anterior tiene su explicación en la creciente demanda de servicios de salud en las entidades y municipios de nuestro país, lo que obliga a los gobiernos locales a destinar cada vez una proporción mayor de recursos para satisfacer dicha demanda, por lo que se hace necesaria una participación más dinámica de la Federación para que se otorguen más recursos a las entidades con un mayor grado de atraso.

Así, la estrategia se concreto en el **Decreto por el que se Adiciona y Reforma la Ley de Coordinación Fiscal**, el cual adicionó un Capítulo V a la Ley mencionada denominado **"De los Fondos de Aportaciones Federales"**, que comprende de los artículos 25 a 42, destacando de entre ellos el 25,29,30,31,42, el 3º-B, y el Séptimo Transitorio por su relación con el proceso de descentralización de los servicios de salud. A continuación se reproduce textualmente el contenido de algunos y comentarios generales de otros:

"ARTÍCULO 25.- Con independencia de los establecido en los Capítulos I a IV de esta Ley respecto de la participación de los Estados, Municipios y el Distrito Federal en la recaudación federal participable, se constituirán en beneficio de dichas entidades

federativas y, en su caso, de los Municipios con cargo a recursos de la Federación, los Fondos siguientes:

- I. Fondo de Aportaciones para la Educación Básica y Normal;
- II. **Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud;**⁸³
- III. Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social;
- IV. Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de los Municipios y del Distrito Federal; y,
- V. Fondo de Aportaciones Múltiples.”

“ARTÍCULO 29.- Con cargo a las aportaciones que del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud les correspondan, los Estados y el Distrito Federal recibirán los recursos económicos que los apoyen para ejercer las atribuciones que en los términos de los artículos 3º., 13 y 18 de la Ley General de Salud les competan.”

“ARTÍCULO 30.- El monto del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud se determinará cada año en el Presupuesto de Egresos de la Federación correspondiente, exclusivamente a partir de los siguientes elementos:

- I. Por el inventario de infraestructura médica y las plantillas de personal, utilizados para los cálculos de los recursos presupuestales transferidos a las entidades federativas, con motivo de la suscripción de los Acuerdos de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud respectivos, incluyendo las erogaciones que correspondan por concepto de impuestos federales y aportaciones de seguridad social;
- II. Por los recursos que con cargo a las Previsiones para Servicios Personales contenidas al efecto en el Presupuesto de Egresos de la Federación que se hayan transferido a las entidades federativas, durante el ejercicio fiscal inmediato anterior a aquel que se presupueste, para cubrir el gasto en servicios personales, incluidas las ampliaciones presupuestarias que en el transcurso de ese ejercicio se hubieren autorizado por concepto de incrementos salariales, prestaciones, así como aquellas medidas económicas que, en su caso, se requieran para integrar el ejercicio fiscal que se presupueste.
- III. Por los recursos que la Federación haya transferido a las entidades federativas, durante el ejercicio fiscal inmediato anterior a aquel que se presupueste, para cubrir el gasto de operación e inversión, excluyendo los gastos eventuales de inversión en infraestructura y equipamiento que la Federación y las entidades correspondientes convengan como no susceptibles de presupuestarse en el ejercicio siguiente y por los recursos que para iguales fines sean aprobados en el Presupuesto de Egresos de la Federación en adición a los primeros; y
- IV. Por otros recursos que, en su caso, se destinen expresamente en el Presupuesto

⁸³ Las negritas son mías.

- V. de Egresos de la Federación a fin de promover la equidad en los servicios de salud, mismos que serán distribuidos conforme a lo dispuesto en el artículo siguiente.”

El ARTÍCULO 31 del Decreto se refiere especialmente a la **Fórmula** matemática utilizada para llevar a cabo la distribución de los recursos y a que la Secretaría de Salud será la dependencia responsable de dar a conocer anualmente, en el seno del Consejo nacional de Salud, las cifras que corresponden a las variables integrantes de dicha **Fórmula**, resultantes de los sistemas oficiales de información.

“ARTÍCULO 42.- Las aportaciones que con cargo a los Fondos a que se refiere este Capítulo, reciban las entidades federativas y en su caso los Municipios, y sus accesorios no serán embargables, ni los gobiernos correspondientes podrán, bajo ninguna circunstancia, gravarlas, afectarlas en garantía, ni destinarlas a fines distintos a los expresamente previstos en los artículos 26, 29,33,37 y 40 de esta Ley.”

Por su parte el artículo 3^o-B fue adicionado para activar actos de verificación de las autoridades municipales a efecto de expandir la base de los contribuyentes que tributen en la Sección III del Capítulo VI del Título IV de la Ley del Impuesto Sobre la Renta a partir de 1998, y como consecuencia de lo anterior permitir la participación en un 70% de la recaudación que se logre.

Finalmente, el artículo séptimo transitorio se refiere a la situación de los servicios de salud en Baja California, entidad en la cual aun esta pendiente la firma de convenio de descentralización, por lo que las aportaciones que reciba de la Federación, no se tomarán en cuenta para la determinación del monto de recursos que se afecte al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, sino hasta que sea concluido dicho proceso.

En concordancia con lo anterior, desde el punto de vista presupuestal se han tenido que efectuar las adecuaciones necesarias para formalizar en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) el establecimiento de un Ramo 33 independiente para aglutinar en el mismo las aportaciones federales a los sectores salud, educación y pobreza extrema. Uno de los objetivos que se debe continuar buscando con la estrategia descentralizadora en materia de gasto público debe consistir en dar seguridad jurídica a los recursos otorgados a los gobiernos locales y acercar a los administradores directos del gasto con la comunidad.

Para complementar lo anterior en el Decreto del PEF correspondiente a 1998 se enfatiza la necesidad de precisar las atribuciones y las responsabilidades que tienen los tres órdenes de gobierno en la ejecución, vigilancia y rendición de cuentas de los resultados que se alcancen con los recursos públicos. Acciones de gran importancia al respecto han sido las siguientes:

- 1) La propuesta del Ejecutivo Federal de crear el ramo 33 de Aportaciones Federales a Entidades Federativas y Municipios para incluir en él los recursos destinados a educación básica y normal, salud e infraestructura municipal.
- 2) Descentralizar programas y actividades responsabilidad de las dependencias federales a favor de las entidades federativas

- 3) Propugnar por un saneamiento financiero de las haciendas locales afectadas por la crisis de 1994.

La propuesta considera el avance que se logrará con tal estrategia, permitirá que la federalización del gasto en 1998 permita a los gobiernos locales ejercer 33 por ciento del gasto primario, en tanto que el Gobierno Federal ejercerá un 28 por ciento del mismo agregado.

La propuesta fue dictaminada por la Comisión de Programación, Presupuesto y Cuenta Pública de lo cual resulto el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio de 1998 en el que ya fue considerado el Ramo 33 para quedar como sigue:

"ARTÍCULO 19.- Las erogaciones previstas para el ramo 33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios, en el año de 1998, importan la cantidad de \$98,849,598,400.00 y se distribuyen de la siguiente manera:

Fondo de Aportaciones para la Educación Básica y Normal	\$ 67,512,647,000.00
Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud	\$ 10,546,151,400.00
Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social, Cantidad que se distribuye en:	\$ 10,403,400,000.00
Fondo para la Infraestructura Social Estatal	\$ 1,261,100,000.00
Fondo para la Infraestructura Social Municipal	\$ 9,142,300,000.00
Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de los Municipios y el Distrito Federal	\$ 6,732,100,000.00
Fondo de Aportaciones Múltiples	\$ 3,655,300,000.00

El ejercicio a que se refiere este artículo deberá apegarse a la distribución, condiciones y términos que establece el Capítulo V de la Ley de Coordinación Fiscal y no podrán aplicarse para cubrir otras erogaciones con fines distintos a los que ahí se señalan. La administración de los recursos de este ramo estará a cargo de la Secretaría, la cual deberá coordinarse, en su caso, con las respectivas secretarías en cuyo sector se distribuyan las aportaciones federales, para el seguimiento de dichos recursos.

El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, incluye la cantidad de \$99,128,701.00 para promover la equidad de los servicios entre las entidades federativas, conforme a lo dispuesto en la fracción IV del artículo 30 de la Ley de Coordinación Fiscal.

En lo que se refiere al Fondo de Aportaciones para la infraestructura Social, las obras, acciones sociales básicas y las inversiones a las que el mismo se destinen por estado y por municipios, procurarán que las acciones sean compatibles con la preservación y protección del medio ambiente y que impulsen el desarrollo sustentable.

Los recursos del Fondos de Aportaciones Múltiples se deberán destinar a los programas para proporcionar exclusivamente desayunos escolares, apoyos alimentarios y asistencia social a la población en pobreza, apoyos a la población en desamparo, y a la construcción, equipamiento y rehabilitación de la infraestructura física de los niveles de educación básica y superior, en su modalidad universitaria.

Los recursos que integran los Fondos de Aportaciones para la Infraestructura Social, de Aportaciones para el fortalecimiento de los Municipios y del Distrito Federal, y de Aportaciones Múltiples, se distribuyen conforme a lo dispuesto en el tomo que corresponda al Ramo 33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios.

La Contraloría, en el ámbito de sus atribuciones, realizará la inspección y vigilancia del ejercicio del Ramo 33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios. La Cámara y las legislaturas locales, podrán celebrar convenios para coordinarse en el seguimiento y evaluación del ejercicio de estos recursos en los términos del párrafo segundo del artículo 27 de este Decreto.”

8.8 Programa para un Nuevo Federalismo 1995-2000

Se debe considerar finalmente, que durante el sexenio de Ernesto Zedillo, se puso en marcha el Programa para un nuevo Federalismo 1995-2000, el cual contiene una exposición de antecedentes del federalismo mexicano; un apartado que consigna los objetivos generales del Programa; un tercer apartado relativo a la orientación estratégica; el cuarto apartado en el que se señalan las líneas generales de acción y un quinto apartado que plantea tres subprogramas: Federalismo y Descentralización; Federalismo Hacendario; y Renovación Municipal.

Uno de los objetivos para llevar a cabo la redistribución de facultades, funciones, responsabilidades y recursos, está fundamentado a partir del incremento de la eficiencia y equidad en el ejercicio del gasto público como una vía para que la cooperación y coordinación entre los órdenes de gobierno se exprese en fórmulas de asignación de recursos tendentes a resolver los problemas públicos y otorgar cause a las aspiraciones regionales y comunitarias.

No obstante lo anterior, las posibilidades reales de transferir recursos a los estados continúan siendo limitadas por los candados programáticos que aún se mantienen y por la discrecionalidad en el ejercicio de algunas partidas presupuestales que se prefieren mantener en los niveles centrales. Asimismo, la aplicación eficiente y equitativa de los recursos transferidos hacia las entidades federativas requiere de un control y seguimiento muy estrechos por parte de los gobiernos locales, pero sobre todo de las legislaturas de cada entidad, para que no se lleve a cabo el desvío de recursos hacia programas no prioritarios y se dañe de esta manera a la población más desprotegida.

Por otra parte, el Programa pretende desarrollar una descentralización basada en el análisis de las funciones que la ley otorga a cada gobierno, para de esta manera incentivar la participación de los gobiernos estatales y municipales en la titularidad y el ejercicio de las atribuciones públicas, a través de planteamientos que consideran desde la descentralización administrativa y la redistribución de funciones, hasta la reasignación

constitucional de facultades.

En este sentido, se considera que la estrategia de descentralización debió haber iniciado justamente en sentido contrario, esto es, asignando facultades constitucionales a nivel local y posteriormente llevar a cabo la redistribución de funciones para evitar de esta manera situaciones confusas en la operatividad de las instituciones involucradas. Tal es el caso del organismo denominado: Servicios de Salud para el Distrito Federal⁶⁴ de reciente creación, el cual se ha enfrentado a la problemática de no contar con los mecanismos adecuados desde el punto de vista técnico-jurídico para continuar con las funciones que tradicionalmente venía desempeñando, con el impacto negativo a los programas establecidos y por ende la afectación directa a la población abierta que cotidianamente utiliza la infraestructura y los servicios de salud.

Dentro del llamado Nuevo Federalismo, se tiene considerado también avanzar hacia la correspondencia entre gasto público necesario para realizar funciones asignadas a los órdenes de gobierno y los mecanismos de recaudación y asignación de recursos provenientes de las contribuciones públicas. Respecto de lo anterior, se considera que dicha estrategia deviene en una visión economicista del problema, ya que si bien es cierto que se deben fortalecer las vías independientes de recaudación a escala local, es más cierto que las necesidades de una población en constante crecimiento y el deterioro del nivel de vida, requieren en primera instancia de la elaboración de programas que independientemente de la recaudación transfieran los recursos necesarios para la atención expedita del núcleo de población con grandes rezagos desde el punto de vista de la salud.

De entre los objetivos generales del Programa conviene destacar algunos que por su relación con el tema de investigación conviene tener presentes para evaluar sus alcances y su real cumplimiento:

1. Impulsar una redistribución de facultades, funciones, responsabilidades y recursos del Gobierno Federal hacia los gobiernos estatales y el municipio.
2. Actualizar el Sistema Nacional de Planeación Democrática, con base en los principios de cooperación y coordinación en las relaciones intergubernamentales de los órdenes de Gobierno Federal, estatal y municipal.
3. Desplegar un amplio proceso de descentralización de funciones para preparar los aspectos administrativos que requiere la transferencia de funciones a los estados federados.
4. Transformar el Sistema Nacional de Coordinación Fiscal en un Sistema Nacional de Coordinación Hacendaria, con el propósito de otorgar simultáneamente mayores ingresos y atribuciones de gasto a las entidades federativas, en correspondencia con sus responsabilidades institucionales y sus funciones públicas.
5. Empezar un proceso de distribución de la inversión y el gasto federal para detonar el Desarrollo Regional, con prioridad a las regiones con mayores necesidades de infraestructura regional.
6. Impulsar las capacidades institucionales de las entidades federativas en materia de Desarrollo Social, con especial referencia a la descentralización de las funciones de

⁶⁴ Las características primordiales de este organismo, así como sus facultades pueden consultarse en el Diario Oficial de la Federación de fecha 3 de Julio de 1997

educación, salud, medio ambiente, de bienestar social, combate a la pobreza extrema, desarrollo urbano y vivienda.

Los objetivos aquí planteados son sin duda interesantes, pero adquieren mayor relevancia los mecanismos a partir de los cuales se pretende cumplirlos. Tal es el caso de la posibilidad que plantea el Programa, para:

- Promover el fortalecimiento de las facultades de control de la Cámara de Diputados y de las Legislaturas de cada entidad federativa sobre ingresos, gastos, manejo y aplicación de fondos y recursos públicos federales
- Promover reformas legales para que el Senado de la República y los Congresos Locales tomen parte en la evaluación y seguimiento del uso de recursos financieros que la Federación transfiere a las entidades federativas, y que éstas ejercen.
- Revisar las bases constitucionales y la legislación secundaria del Sistema Nacional de Planeación Democrática, a fin de integrar una vertiente regional que fortalezca la participación de las entidades federativas con base en los principios de cooperación y coordinación.
- Proponer ante los gobiernos de los estados, el estudio y la organización de consultas sobre formas de participación de los ayuntamientos en los procesos legislativos locales.

La estrategia planteada se propone también impulsar el crecimiento económico a partir de las siguientes acciones:

- Propiciar una mayor participación del sector privado en los planes de desarrollo de los estados y municipios.
- Transformar como ya se apuntó, el Sistema Nacional de Coordinación Fiscal en un Sistema Nacional de Coordinación Hacendaria, incorporando a este la coordinación en materia de gasto público y crédito. El Programa tiene considerado al respecto, crear nuevas fórmulas y mecanismos para fortalecer las haciendas locales, así como una mayor colaboración administrativa y nuevos esquemas de homologación en los sistemas de contabilidad, presupuestación e información.
- Establecer pautas y dispositivos para que, en el marco de las políticas sectoriales de descentralización, los estados ejerzan amplios márgenes de autonomía operativa, respecto de los recursos transferidos por parte de la Federación.
- Proponer el rediseño e integración de los Comités Estatales de Planeación para el Desarrollo, con pleno respeto a la autonomía estatal, a fin de permitir una mayor participación ciudadana y disminuir costos administrativos.

Otra parte importante del Programa es aquélla que se refiere al fortalecimiento del Desarrollo Regional a partir de varias líneas de acción, entre las que sobresalen:

- Apoyar un desarrollo equilibrado que integre a las diversas regiones del país con los mercados nacionales e internacionales, aprovechando las ventajas comparativas que ofrezca cada región.
- Redistribuir el gasto público federal con sentido regional del desarrollo, otorgándose carácter prioritario a las entidades y regiones con mayores rezagos.
- Promover el establecimiento de mecanismos de coordinación y coinversión entre

entidades federativas y entre municipios.

Desde el punto de vista administrativo el Programa contiene entre otros los siguientes lineamientos:

- Revisar el marco normativo del ejercicio y control de recursos que se transfieran a los estados con motivo de la descentralización de funciones de la Administración Pública Federal.
- Vigorizar la coordinación de las dependencias del Ejecutivo Federal en materia de desarrollo administrativo, control, evaluación y seguimiento de las políticas sectoriales, con especial referencia a aquellas que participan activamente en el proceso de descentralización a favor de estados y municipios.

En los Subprogramas está definida la propuesta para impulsar los diversos procesos de descentralización desde una panorámica que trascienda la esfera meramente administrativa para incidir en una redistribución del poder público. Se define al proceso como "...como una descentralización que en su expresión vertical toca el equilibrio de los órdenes de gobierno a favor de los estados federados y el municipio..."⁸⁵

Uno de los Subprogramas de especial interés para la presente investigación es el que relaciona al Federalismo con la Descentralización, pues en el se indica que la descentralización de la Administración Pública Federal implica la transferencia de aquellas atribuciones y recursos, que en la actualidad continúan bajo la responsabilidad de las áreas centrales, que podrían ser ejercidas de manera más eficaz y eficiente por los gobiernos locales y que además permitirían una participación más directa de la población en la toma de decisiones de la gestión pública.

Los objetivos específicos del Subprograma Federalismo y Descentralización tienen como marco rector los principios de una asignación óptima, eficiente y equitativa de los recursos para alcanzar los objetivos de la descentralización que a continuación se enlistan:

- Facilitar una redistribución de atribuciones entre el Ejecutivo Federal y los gobiernos locales, y revalorizar la acción pública de los gobiernos estatales y municipales para determinar su justo redimensionamiento, tanto en competencia como en responsabilidades y recursos.
- Proponer espacios específicos de participación de la sociedad en las políticas gubernamentales sujetas a descentralización, a fin de que la gestión pública sea más democrática e integre mayores grados de consenso social.
- Contribuir a la descentralización económica para alcanzar un desarrollo equilibrado del país. El proceso de distribución de competencias permitirá que diversas gestiones de la sociedad se puedan realizar en los gobiernos estatales y municipales facilitando el arraigo de las actividades productivas en las regiones.
- Impulsar el desarrollo económico y social de las localidades a través del ejercicio directo de una parte sustancial del gasto público por parte de los gobiernos locales. La descentralización de los recursos propiciará un aceleramiento de la actividad

⁸⁵ Secretaría de Gobernación, "Programa para un Nuevo Federalismo", publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 6 de Agosto de 1997.

económica local, al operarse un mayor gasto por parte de las autoridades locales.

- Inducir el desarrollo técnico, administrativo y financiero de los gobiernos locales para atender de manera eficiente los nuevos asuntos públicos descentralizados, lo que se traducirá en innovación de sistemas y procedimientos que enriquecerán la Administración Pública local.

La estrategia propuesta para lograr los objetivos anteriores se fundamenta en la celebración de Convenios de Coordinación entre las entidades responsables y los gobiernos estatales, con la participación de las secretarías de Hacienda y Crédito Público y de la Contraloría y Desarrollo Administrativo, así como la operación de la Comisión Intersecretarial para el Impulso del Federalismo, esta última como instancia coadyuvante de los procesos de descentralización.

Los Convenios de Coordinación se erigen en las figuras donde convergen las voluntades tanto del Gobierno Federal como de los estatales y, en su caso, de éstos con los municipios, por lo que se plantea seguir utilizando como estrategia la de convenir la transferencia y recepción de funciones y recursos con fundamento en el artículo 116, fracción VI de la Constitución relativo a la posibilidad constitucional de establecer convenios Federación-Estados y Estados-Municipios.

Por lo que se refiere a la Comisión Intersecretarial para el Impulso del Federalismo, esta se encargará de orientar y coordinar las acciones de descentralización, erigiéndose en una instancia coadyuvante del ejecutivo Federal en los procesos de transferencia y redistribución de facultades, funciones, responsabilidades y recursos de la Federación hacia las entidades federativas y los municipios.

La Comisión está integrada por el secretario de Gobernación, quien la preside, por los secretarios de Hacienda y Crédito Público, de la Contraloría y Desarrollo Administrativo, y por el asesor del C. Presidente de la República en materia de federalismo y, en su caso, los demás funcionarios que determine el Ejecutivo Federal. Cuenta además con un secretario técnico, responsabilidad asignada al subsecretario de Desarrollo Político de la Secretaría de Gobernación y al asesor presidencial para el Impulso del Federalismo.

Entre las metas planteadas para cada uno de los sectores, se describirán a continuación las correspondientes al **Sector Salud**, en atención a los objetivos de la presente investigación:

- Descentralizar las funciones operativas referentes a la promoción de la salud identificadas en los programas de salud reproductiva, nutrición y salud escolar, salud mental, accidentes, lesiones no intencionales y, adicciones.
- Transferir las funciones previstas en los programas de medicina preventiva como son: inmunizaciones; enfermedades diarreicas; cólera y parasitosis intestinal; infecciones respiratorias; vigilancia del crecimiento y desarrollo de menores; tuberculosis; enfermedades de transmisión sexual; infecciones por Virus de Inmunodeficiencia

Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; enfermedades transmitidas por vector; hipertensión arterial; diabetes mellitus; cáncer cérvico uterino y de mama, así como salud bucodental.

- Transferir las funciones relativas al fomento sanitario de bienes, servicios y

establecimientos; control y vigilancia de medicamentos, material de curación y laboratorio; vigilancia de la calidad del agua y saneamiento básico; efectos del ambiente en la salud y atención de contingencias ambientales; así como vigilancia de la publicidad y prevención de fraudes a la salud.

- Transferir funciones destinadas a propiciar la organización y participación social en materia de salud; fomentar el desarrollo del personal; administrar los centros estatales de transfusión sanguínea; así como administrar en su caso las cuotas de recuperación.

Por lo que respecta a este Sector, se busca también que a partir del Programa se obtengan los siguientes resultados en el proceso de descentralización:

- El fortalecimiento del Consejo Nacional de Salud, como instancia permanente de coordinación entre la Federación, los estados y el Distrito Federal, con las siguientes funciones:
 - Proponer lineamientos para la coordinación de acciones en materia de salubridad general;
 - Unificar criterios para el cumplimiento de los programas de salud;
 - Opinar sobre la congruencia de las acciones de los sistemas estatales de salud;
 - Apoyar la evaluación de los programas de salud en cada entidad;
 - Fomentar la cooperación técnica;
 - Promover en las entidades los programas de salud; e
 - Inducir y promover la participación comunitaria y social.

Las implicaciones del proceso en el sector buscan transferir :

- Alrededor de 121,000 plazas de personal de salud de las ramas médica, paramédica y administrativa.
- Recursos para el pago de salarios de personal, gastos de operación y gastos de inversión por un monto de 8,495 millones de pesos.
- Bienes inmuebles en número aproximado de 7,370, incluyendo 6,874 unidades de atención médica.
- Contribuir a lograr un desarrollo regional armónico y equitativo, acorde con las necesidades regionales y locales.
- Estimular la participación de los sectores público, social y privado.
- Mejorar las condiciones de vida locales.
- Permitir el libre ejercicio de las atribuciones que la legislación confiere a las entidades federativas en esta materia.

A partir de la creación de 27 Organismos Públicos Descentralizados (OPD'S), estatales, con personalidad jurídica y patrimonio propios, cada uno presidido por una Junta de Gobierno encabezada por el gobernador de la entidad, se busca:

- Una administración y operación de los servicios de salud estatales más ágil, transparente, eficiente, participativa y racional acorde con las necesidades locales.
- Mejorar la administración de los recursos que aporten el Gobierno Federal y el gobierno de cada entidad.

FALTA PAGINA

No. 156

administración, particularmente los referidos a las funciones de inspección y verificación del gasto federal a cargo de los estados y municipios.

- Impulsar programas permanentes de capacitación y actualización administrativa de los servidores públicos que se responsabilicen de funciones descentralizadas y otorgar asesoría a los gobiernos de los estados a fin de garantizar una eficiente gestión de dichas funciones.
- Identificar y gestionar los impactos presupuestales adicionales a los recursos que acompañen la transferencia de funciones, como es el caso de la homologación

salarial.

- Diseñar normas y procedimientos aplicables en materia de programación y presupuestación, transferencia y ejercicio de fondos federales, contabilidad y control del gasto federal.
- Impulsar la aplicación de acciones de desarrollo administrativo para el mejoramiento de los servicios antes, durante y después del proceso de descentralización.
- Establecer mecanismos de asesoría para los gobiernos de los estados en materia de programación, ejercicio y control del gasto federal transferido.
- Planear y suscribir acuerdos sectoriales para la entrega y recepción de los bienes muebles e inmuebles transferibles a los estados, así como de los bienes y servicios contratados.
- Realizar una reestructuración administrativa de los servicios no transferidos mediante la readecuación del marco normativo para la operación de los mismos, a fin de racionalizar la administración con motivo de la descentralización.
- Establecer mecanismos sectoriales en materia de planeación, coordinación y control administrativo durante el proceso de descentralización de funciones, a efecto de reorientar, en su caso, la toma de decisiones, cumplir con los calendarios previstos, prevenir y contrarrestar desviaciones.
- Instrumentar, por parte de la SECODAM en coordinación con las contralorías estatales, programas sectoriales de evaluación y seguimiento relativos al cumplimiento de los términos establecidos en los convenios de descentralización.
- Alentar la participación social durante el proceso instrumentador de la descentralización, mediante consejos de orden técnico, sectoriales y de contraloría social.
- Promover adecuaciones a los marcos jurídicos estatales en materia administrativa, a fin de sustentar los convenios sectoriales de descentralización.

En el apartado referido al **Federalismo Hacendario** se tiene considerado llevar a cabo la revisión de los criterios en materia de descentralización de gasto público, con el propósito de alcanzar un equilibrio presupuestal y así lograr una mejor provisión de los servicios públicos.

Dentro de los objetivos específicos del apartado que aquí se analiza, conviene destacar los referidos a las **Participaciones Federales**:

- Mejorar los sistemas de información para evitar desfasamientos en la aplicación de la distribución de los recursos participables.
- Revisar los criterios para la distribución de fondos participables.
- Analizar nuevas posibilidades para romper con el efecto de suma cero que ha

caracterizado a los mecanismos de distribución de recursos.

- Afinar los objetivos que se espera cumpla el Sistema de Participaciones.
- Proseguir con los estudios para el perfeccionamiento de las fórmulas de distribución.
- Incluir en las fórmulas, variables representativas de los fenómenos que efectivamente se quieran medir.

Asimismo, respecto del **Gasto Público** el Programa tiene considerados los objetivos siguientes:

- Realizar estudios sobre los modelos de asignación de recursos, derivados de las propuestas para redistribuir funciones públicas, de titularidad o ejercicio que impliquen reformas constitucionales a favor de las entidades federativas.
- Realizar estudios sobre las implicaciones hacendarias y de descentralización del gasto público, en función de las propuestas para redistribuir condiciones de concurrencia o coincidencia que impliquen reformas a las leyes secundarias de la Federación, a favor de las entidades en algunas funciones públicas, con especial referencia al gasto social.
- Proponer nuevos modelos de gasto tendentes a redistribuir y equilibrar vertical y horizontalmente la asignación del financiamiento de algunas funciones de gasto social y de la inversión pública federal incorporando criterios diáfanos de asignación, eficiencia y equidad.

Por lo que respecta a la interacción de las variables **Ingreso, Gasto y Deuda** conviene retomar los siguientes aspectos, incluidos en el Programa:

- Empezar estudios sobre la mezcla de recursos necesarios para financiar las responsabilidades de gasto que competan a cada gobierno, tales como: ingresos propios con potestad normativa y administrados por cuenta de otro gobierno, participaciones, transferencias con destino específico por colaboración administrativa o como donación, subsidios, aportaciones para programas o proyectos conjuntos, así como el uso del endeudamiento.
- Definir el papel de las participaciones en el contexto anterior, así como la determinación de sus montos y de nuevos criterios para su distribución.
- Analizar la operación anual de los sistemas financieros y fiscales para evaluar el cumplimiento de las metas presupuestales de cada gobierno en particular, y analizar las condiciones y límites de acceso al crédito público con base en los elementos anteriores.

Ahora bien, respecto a la **Descentralización y Colaboración Administrativa** se consideró en el Programa entre otros los siguientes aspectos:

- Realizar estudios hacendarios para proponer mecanismos de transferencia que apoyen a las nuevas funciones y programas de descentralización del gasto público federal.
- Revisar y perfeccionar los mecanismos de transferencias financieras para apoyar las funciones con grado avanzado de descentralización, con especial referencia a los sectores Educación, Salud, Desarrollo Social y Urbano. Este sistema de

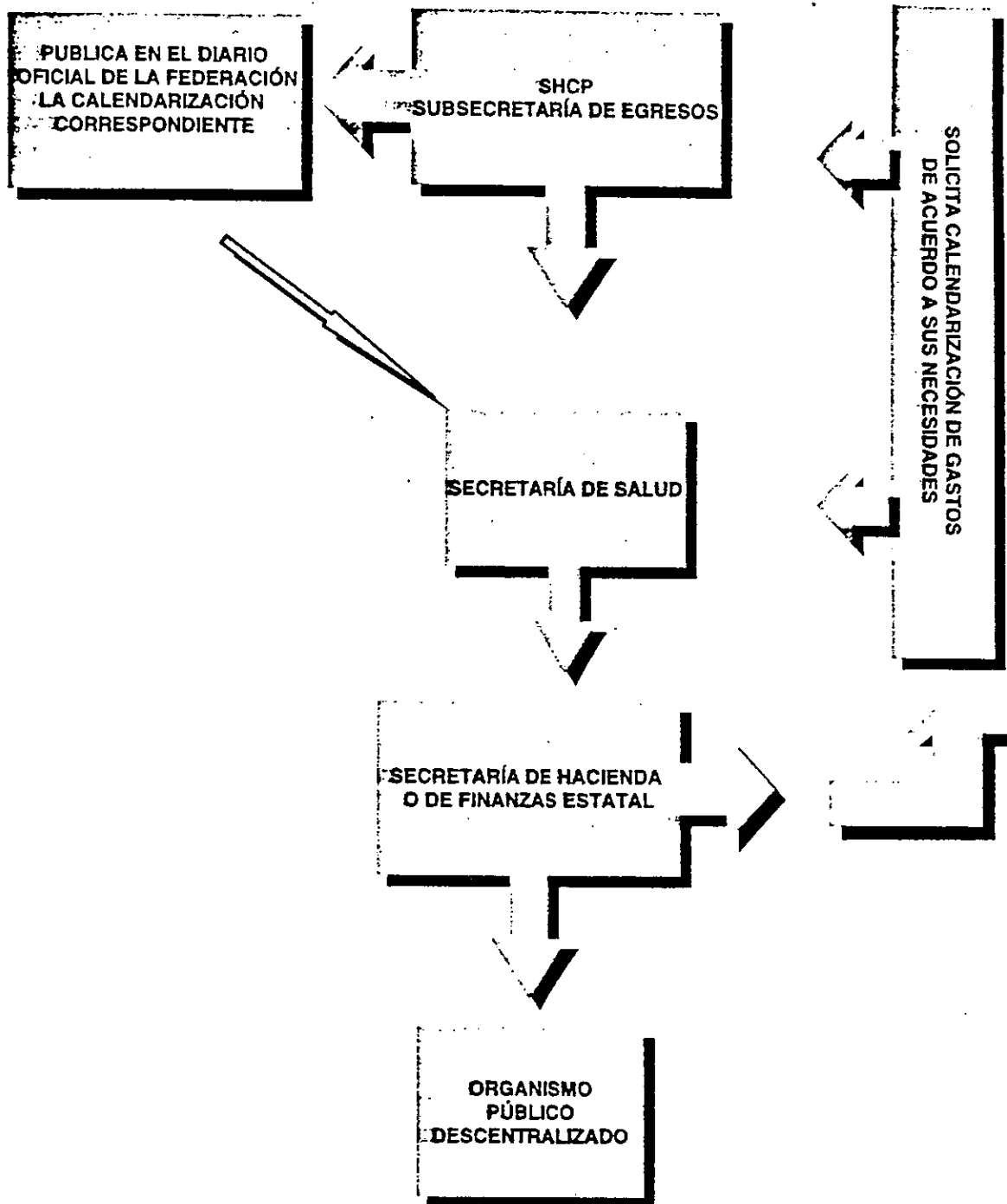
transferencias deberá considerar los casos en que los apoyos sean complementarios, condicionados o de carácter general.

En cuanto al los **Sistemas Hacendarios de la Entidades Federativas y Municipios** se consideró entre otros puntos los siguientes:

- Proponer modelos para adecuar el presupuesto, contabilidad y gasto público mediante la precisión de las bases de administración de los recursos federales a descentralizar.
- Proponer criterios para reglamentar el ejercicio de nuevas potestades de obras y servicios financiados total o complementariamente con recursos federales.
- Analizar la posibilidad de que las materias anteriores se acuerden mediante convenios apropiados para cada entidad.
- Impulsar el renuevo de la legislación y reglamentos en materia de programación y presupuestación, en congruencia con las medidas legales del Gobierno Federal, así como las medidas relativas al uso de los recursos crediticios.

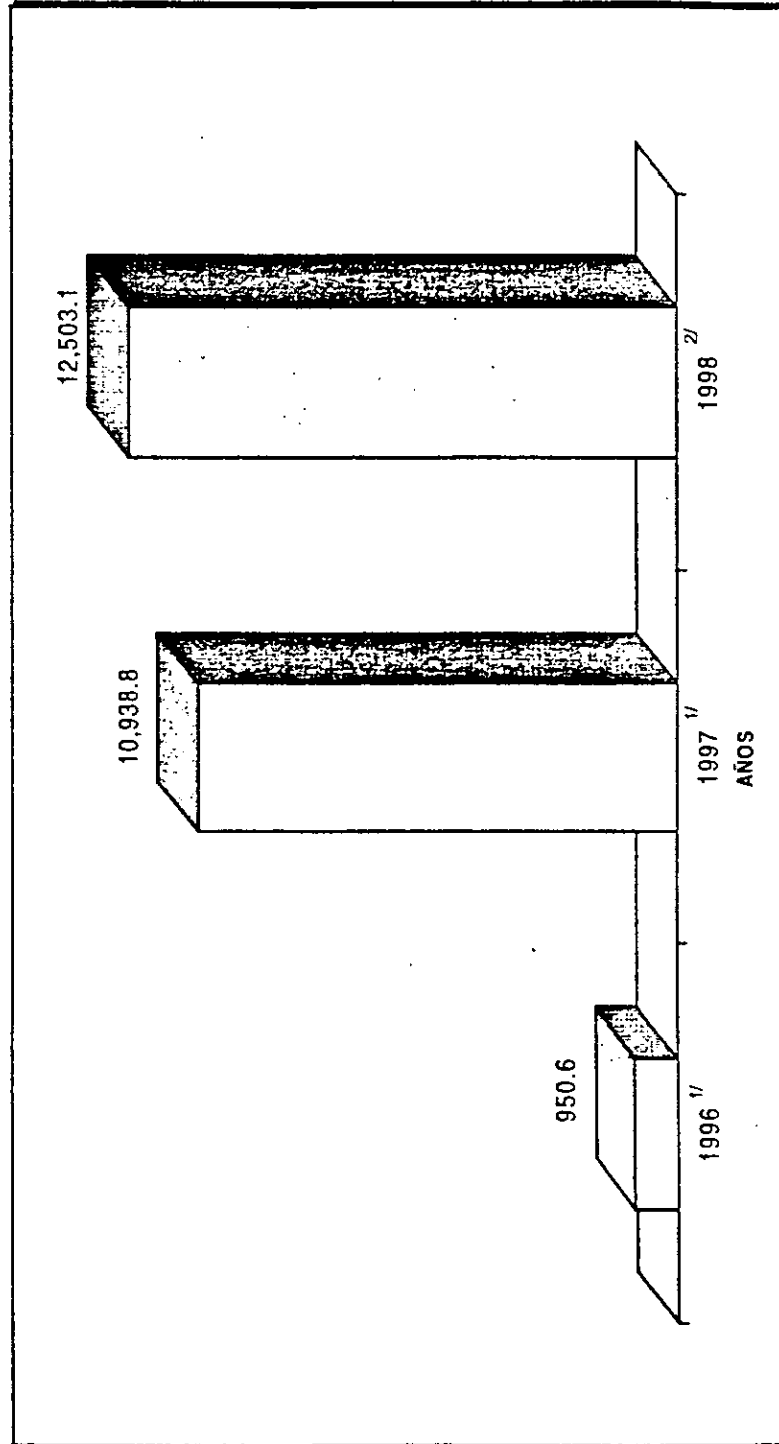
El caso particular de la transferencia de recursos hacia las entidades federativas, vía fondos de aportaciones incluidos en el PEF 98, se presenta en el siguiente diagrama en donde las flechas indican el sentido en que se proporcionan los recursos o bien la información constituyéndose en un proceso enteramente dinámico:

DINÁMICA PRESUPUESTAL EN LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA 1998



Gasto descentralizado en la Secretaría de Salud y Asistencia

(millones de pesos 1998)



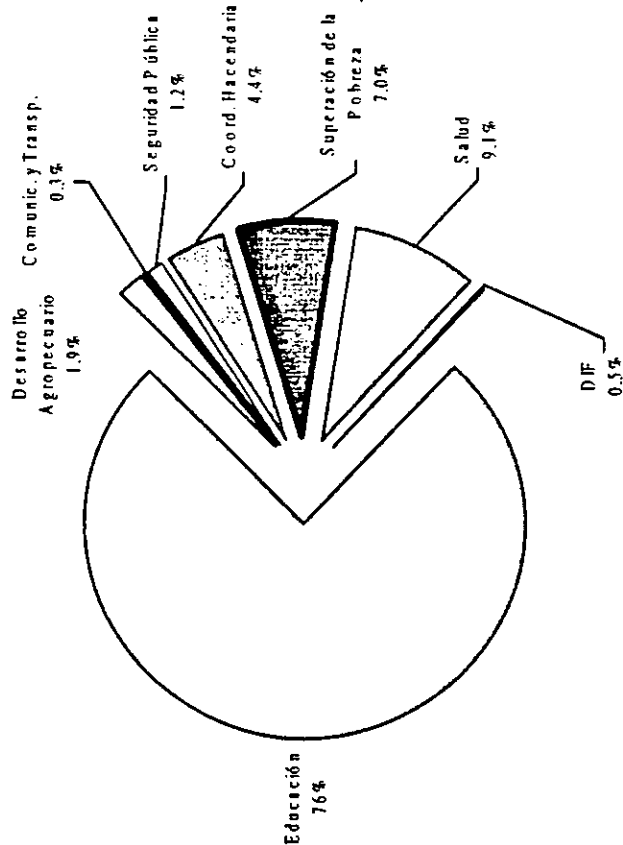
^{1/} Cuenta de la Hacienda Pública Federal (Ejercicio)

^{2/} PEF Original

Descentralización del Gasto Programable por los Principales Rubros

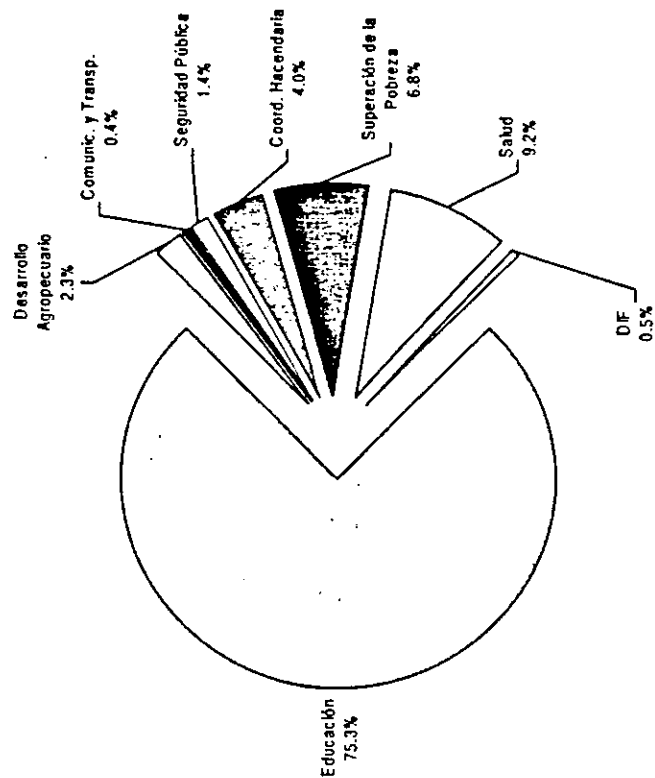
(millones de pesos de 1998)

1997



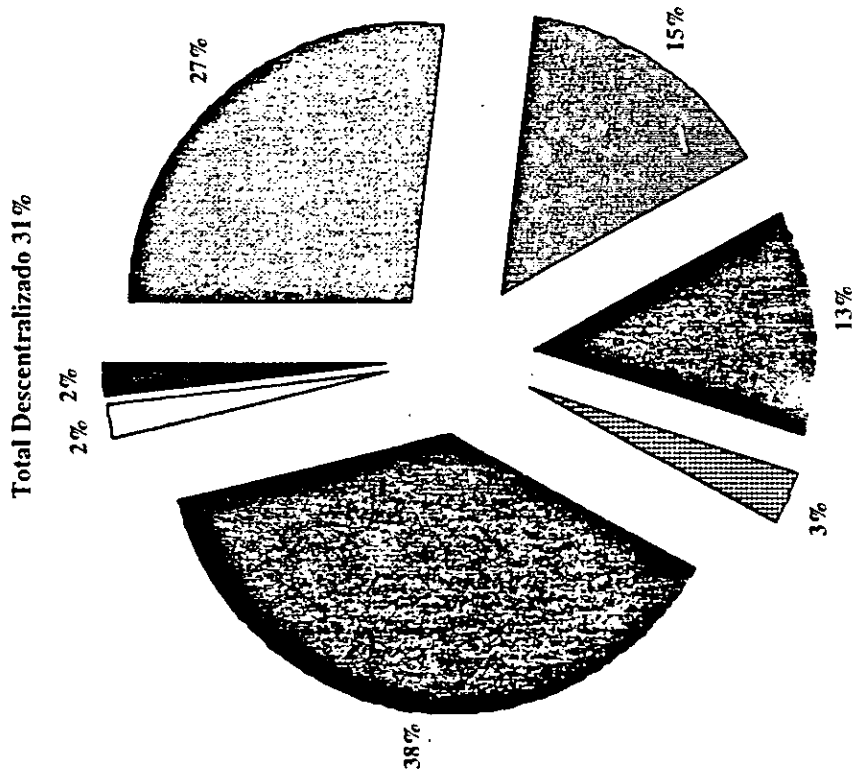
TOTAL 120,602.8 ^{1/}

1998



TOTAL 136,277.8 ^{1/}

Participación de los Recursos Descentralizados dentro del Gasto Primario (millones de pesos 1998)

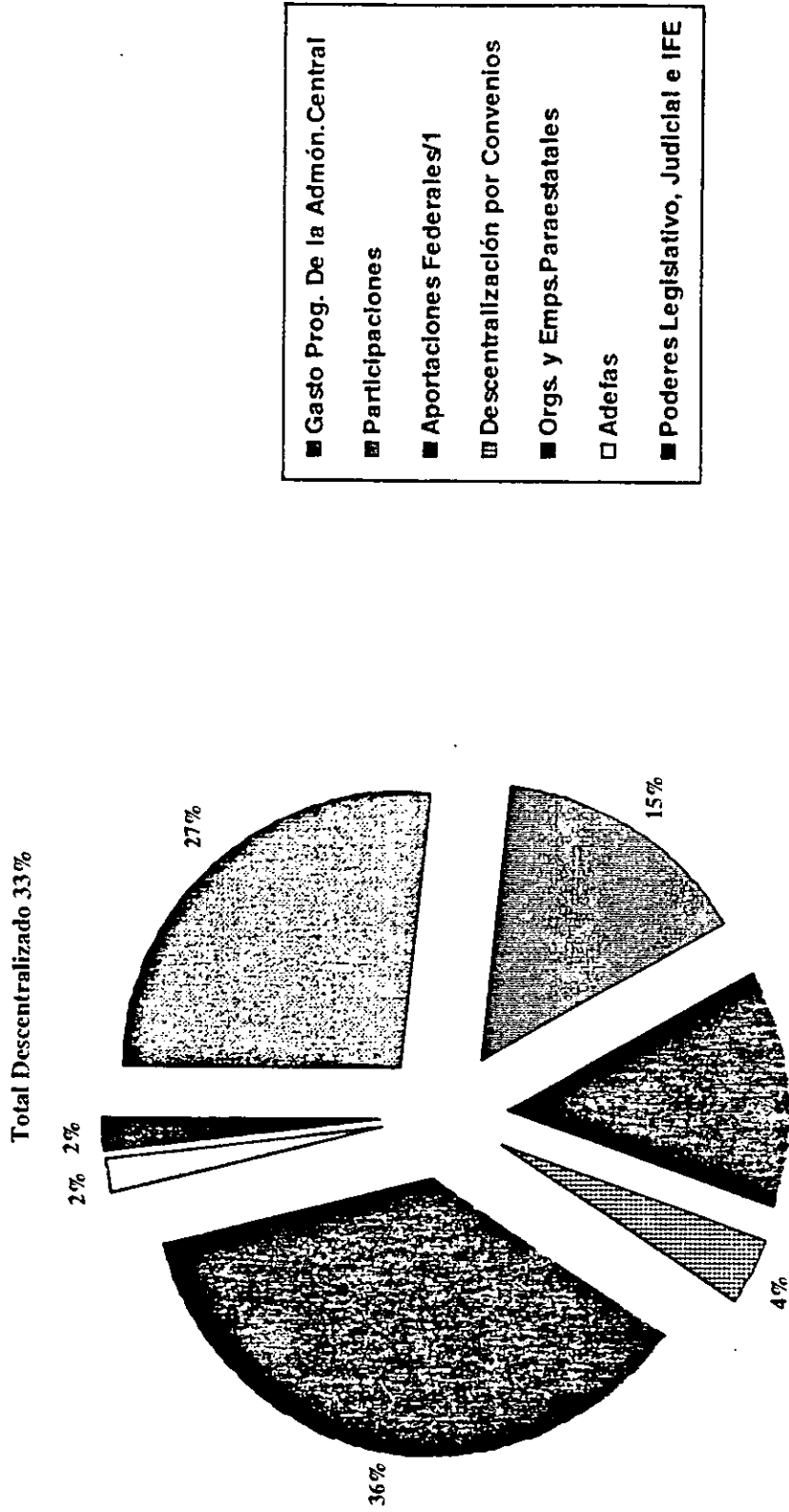


- Gasto Prog. De la Admón. Central
- ▨ Participaciones
- Aportaciones Federales /1
- ▨ Descentralización por Convenios
- Orgs. y Emps. Paraestatales
- Adefas
- Ordenes Legislativo, udicial e IFE

/1 Excluye 5,388 millones de pesos en 1997. Las Aportaciones Federales para este año corresponden a los gastos descentralizados a través de los ramos 12, 25 y 26

1997 = 699,925.5

Participación de los Recursos Descentralizados dentro del Gasto Primario
(millones de pesos 1998)



1998 = 737,689.8

/1 Excluye 6.449 millones de pesos en 1998 de aportaciones ISSSTE y Foviste, para efectuar la comparación de las cifras respecto al gasto primario del sector público.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Se debe tener presente que la extrema descentralización llevaría al absurdo de la desintegración, a la desunión y al más exacerbado individualismo. La radicalización de la autonomía conlleva a exagerar los particularismos en detrimento de los intereses generales. Por lo anterior, el sujetar y condicionar la acción estatal a las fuerzas y grupos de presión local inhibe los propósitos de solidaridad y subsidiariedad y deviene en la dislocación del poder, en su atomización. Es importante observar que la autonomización administrativa no se instituya en feudalismos burocráticos que acaban por beneficiar solamente a la burocracia y a los grupos específicos interesados, pero no a la sociedad.
2. Del análisis de los diferentes modelos descentralizadores podemos concluir que las pretensiones y recomendaciones centralizadoras o descentralizadoras en la realidad nunca se llevan al extremo teórico. En la práctica y experiencia histórica concreta, todos los análisis y postulados de reforma imprimen diferentes dosis cuantitativas y cualitativas de centralización y de descentralización. Mas aún, se combinan para diferenciar y privilegiar conductas, procesos o instituciones que requieren de ciertos grados de descentralización para su óptimo funcionamiento. La centralización y la descentralización total, como categorías o modelos polares, son útiles exclusivamente para establecer delimitaciones teóricas de los conceptos. En la realidad los casos extremos nunca se presentan. Ningún sistema se ajusta a estas caracterizaciones extremas sino que se presentan rasgos de uno y otro modelo.
3. Según se desprende de la investigación, el **Federalismo** mexicano, debe considerar municipios auténticamente libres y vigorosos, con la capacidad suficiente para atender sus responsabilidades con solvencia y coherencia con sus respectivos estados y teniendo como marco de referencia las instancias y la unidad nacionales. Asimismo el Federalismo significa no sólo municipios libres y fuertes sino también la adecuada distribución competencial entre federación, estados y municipios, que permita el desarrollo económico y social, y que garantice la soberanía e integridad nacionales.
4. **Federalismo** lo entiendo también como entidades federativas sólidas, constructivas, vigorosas, y como un sistema que impulse entre sus responsabilidades, el desarrollo municipal y coadyuve con la Federación en las elevadas responsabilidades de ésta. Un federalismo con un gobierno federal firme y con autoridad nacional que ejerza con solvencia económica, política y legal sus responsabilidades, dentro de lo que destaca el respeto y fomento a los estados y a los municipios. Asimismo considero al Federalismo como un proceso no acabado, sino en desarrollo, que integre a la descentralización presupuesta como un elemento *sine qua non* de la estrategia macroeconómica para lograr una redistribución del gasto a favor de la población con mayores carencias en los servicios de salud, para que la ubicación local de los recursos permita ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la salud, así como una administración más transparente y directa de los mismos por parte de las entidades federativas.
5. Según mi punto de vista, el federalismo es un esquema para el desarrollo económico, por lo que debe contribuir a una distribución equilibrada de la actividad económica entre todos los estados que forman parte del Pacto Federal. La asimétrica localización de las actividades productivas y la desigualdad territorial que caracteriza a México, hacen ver que todavía la fórmula federal no orienta con eficacia los procesos

económicos por lo que deberán instrumentarse mecanismos novedosos que incluyan en su estructura el contexto político y económico necesarios para atenuar las desigualdades sociales que aún se observan en grandes regiones de nuestro país..

6. A partir del análisis realizado, se concluye que no hay un modelo único de **Federalismo**, ni un federalismo que, *a priori*, sea mejor que otro. Todo depende de los problemas que cada federalismo intente resolver. Tampoco hay un federalismo definitivo o pétreo, ya que como toda institución política, el federalismo debe estar en constante evolución y transformación, adaptándose a los cambios particulares observados en la sociedad, y para el caso que aquí se analiza, procurando en todo momento ampliar la cobertura de los servicios de salud en forma descentralizada, de tal forma que las necesidades de cada entidad federativa y sus municipios sean satisfechas en forma eficiente y expedita. El federalismo por lo tanto, para que sea un concepto integral, debe considerar a la descentralización como una estrategia que translade atribuciones, recursos y obligaciones hacia las entidades federativas para que sean éstas en forma autónoma quienes asignen sus presupuestos a la satisfacción de las necesidades de salud más apremiantes de su jurisdicción.
7. El **Federalismo** por lo tanto, se debe instituir en un sistema dinámico, cuyos ajustes comprendan tanto disposiciones constitucionales y legales como resoluciones judiciales que apoyadas en una técnica jurídica depurada, mantengan a los Estados y a la Federación en sus respectivos ámbitos de competencia. En este sentido las reformas constitucionales al Artículo 105 efectuadas en 1994, facultaron a la Suprema Corte de Justicia para conocer y resolver entre otras, controversias constitucionales que, con excepción de la materia electoral, se susciten entre la Federación y un Estado o el Distrito Federal; la Federación y un municipio. Cambios que se deben observar también en los convenios que lleven a cabo la Federación y los estados.
8. Atendiendo al análisis precedente, se puede concluir que la literatura anglosajona emplea el concepto de la descentralización de un modo muy genérico para connotar fenómenos de distinta naturaleza. Así se le define como una transferencia de funciones, recursos o gestión desde el gobierno central hacia sus agencias regionales, unidades gubernamentales subordinadas, autoridades de nivel local o con destino en organizaciones privadas. Este último supuesto ha significado la aparición de nuevos conceptos al amparo del genérico de la descentralización, como son la "devolución" o la "privatización". Por el contrario la doctrina francesa, en un uso más acotado del término, distingue la descentralización de la desconcentración, denotando ambos una transferencia de funciones y recursos, pero la primera de una función especializada, del nivel central a una autoridad de un área con distinta personalidad jurídica, mientras que la segunda se efectúa dentro del propio gobierno central y de sus agencias. Este tratamiento es el que, en la mayoría de los casos, predomina en México.
9. Según mi opinión, el gobierno federal debe asumir la responsabilidad principal del suministro de bienes y servicios públicos; de la equidad redistributiva de los servicios de salud; y de la política macroeconómica en general. En este contexto, la descentralización puede ser compatible con los objetivos nacionales a partir de dos vertientes espaciales, que en su etapa de transición, considere las aportaciones, participaciones, subsidios, o transferencias hacia las entidades federativas y los municipios, así como una etapa de consolidación en la cual sean las propias entidades federativas quienes generen los recursos necesarios para satisfacer sus

carencias de salud y solo en el caso de insuficiencia de recursos para programas emergentes o prioritarios, solicitar en forma independiente y soberana el apoyo de la Federación para que sus necesidades sean incluidas en el presupuesto federal correspondiente para que la aplicación de dichos recursos se realice conforme a sus programas específicos y sean las legislaturas de los estados, las encargadas de vigilar la estricta aplicación de los mismos.

10. En concordancia con el punto anterior, los gobiernos estatales deben ser responsables del suministro de bienes y servicios públicos en su estado; del suministro de bienes y servicios semi-privados (como es el caso de la salud, la seguridad social y la educación); de la distribución equitativa de la carga fiscal entre los municipios; y de la supervisión de la toma de decisiones o gestión de los gobiernos locales. Estos gobiernos locales, por su parte, serán no sólo responsables de la prestación de los servicios públicos, sino también de la aplicación estricta de los recursos descentralizados destinados a disminuir las carencias de su población en el ámbito del sector salud.
11. En los casos en que la jurisdicción de un servicio público sea compartida, deberá aclararse perfectamente el papel de los diversos niveles de gobierno. La responsabilidad deberá ser por jerarquías. El gobierno federal tendrá que responder por la política y las normas generales, mientras los otros niveles deberán dar cuenta de la prestación de los servicios y la infraestructura. En algunos casos, una descentralización asimétrica podría ser una mejor opción, especialmente cuando las jurisdicciones difieren considerablemente en tamaño y población.
12. Es necesario que durante el proceso de descentralización, la asignación de gastos este complementada por un sistema de transferencias fiscales ya que la conveniencia de descentralizar más los gastos que los impuestos, puede originar un desequilibrio tributario y porque las transferencias son un instrumento necesario para lograr eficiencia y equidad en una Federación descentralizada.
13. En las economías en transición no está totalmente desarrollado el marco legal en relación con los derechos de propiedad, control y posesión corporativa, quiebra y contabilidad financiera. Esto debe constituir una prioridad. La falta de experiencia administrativa, de instituciones y de capacidad, no debe ser tomada como pretexto para no descentralizar las responsabilidades de la gestión. Si es necesario, se debe ofrecer financiamiento y capacitación para el periodo de transición.
14. De acuerdo con las experiencias del pasado, y la realidad actual de nuestro país, la participación del **Estado** (Federación, Estados y Municipios) en el sector salud y en particular en la descentralización del mismo, debe además de mantenerse, depurarse para que la misma sea eficiente, eficaz y sujeta a mayores controles democráticos, independientemente del marco conceptual que se le quiera atribuir, pues lo trascendental debe ser cumplir en su exacta interpretación el mandato constitucional del Artículo 4o. De esta manera considero que si son tomados en consideración los nuevos paradigmas económico-administrativos por una parte, y por la otra los principios de justicia social necesarios para un desarrollo integral de nuestro país, el Estado Mexicano resultante, independientemente de su conceptualización, logrará atenuar las desigualdades de salud al ampliar su cobertura, y al incluir entre sus variables, el análisis costo-beneficio de su actual estructura a fin de descentralizar los programas que en la jurisdicción estatal se tomen más eficientes económica y

socialmente.

15. En cualquier arreglo institucional en el que deben conciliarse criterios políticos y de gestión a fin de asegurar la implementación de una política, es preciso tener en cuenta la distinción entre centralización y descentralización pues ello simplifica de manera significativa el problema. Asimismo se debe tener en cuenta, que en países como el nuestro el proceso descentralizador adopta la típica estructura piramidal de la **centralización normativa-descentralización ejecutiva** a pesar de lo cual y según mi propuesta, las facultades para crear normas también deberán irse desplazando hacia las entidades federativas, para que sean éstas y sus respectivas legislaturas quienes adapten sus leyes a los casos concretos que pretendan resolver.
16. Los sistemas de autoridad, mecanismos de control, esquemas de división del trabajo, orientaciones funcionales, criterios de apropiación y de asignación de recursos, entre otros factores, deben ser considerados, tanto por su significación estrictamente técnica, como por su proyección política. Además estos aspectos deben analizarse, a su vez, a la luz de las particulares circunstancias políticas vigentes en cada contexto nacional. También se debe tomar en consideración la dimensión territorial o geográfica, como variable interviniente que tiende a relativizar la importancia de cada uno de los aspectos mencionados anteriormente en la corrección de una determinada fórmula organizacional.
17. El criterio principal que oriente la descentralización no debe ser únicamente el económico o el administrativo, pues se debe considerar en el mismo rango de importancia al factor epidemiológico. La descentralización debe permitir organizar los servicios de salud de modo tal que permita identificar las necesidades de salud de los usuarios a escala individual, en la familia, en el colectivo de trabajo y en la comunidad, facilitando la utilización de los recursos locales para alcanzar a satisfacer tales necesidades.
18. El proceso de descentralización debe ser lo suficientemente flexible como para tener en cuenta la heterogeneidad de las formas de gobierno, de estado, de organización jurídico-administrativa y de cultura. Se deberán considerar también las variables particulares del campo de la salud, tales como los recursos humanos, materiales y técnicos del sector, las prioridades epidemiológicas y el grado de organización sanitaria del país. La estructura organizacional que se defina en los distintos países debe ser heterogénea porque heterogéneos son los problemas de salud de los mismos.
19. La importancia que reviste la formulación de la descentralización en términos territoriales no debe llevar a confusión, asimilando la descentralización con la regionalización, o con la municipalización. Más allá de las precisiones respecto del uso del término descentralización, es nuestro propósito destacar que el proceso de descentralización de los servicios de salud implica no solo un medio idóneo para el alcance de los objetivos que hacen a la administración de los servicios de salud más eficiente, sino también, para el logro de la equidad, objetivo comúnmente omitido en la discusión de los servicios de salud. Es en este sentido que entendemos que la descentralización debe ser un instrumento adecuado para la conformación de un sistema nacional de salud que sea equitativo, eficiente y eficaz.
20. La **equidad** según mi punto de vista, debe implicar una distribución igualitaria de las

actividades de salud para los diferentes grupos de la población de acuerdo a sus necesidades de salud. El logro de este objetivo, hacia el que debe enfocarse el proceso de descentralización, supone que dicho proceso sea acompañado por la planeación en el ámbito regional, reconociéndose la necesidad de que algunos procesos estén descentralizados. Así, a cargo del nivel central al inicio del proceso debe estar la asignación de los recursos nacionales, muchas veces escasos entre las regiones en tránsito hacia la distribución descentralizada de los recursos, para compensar a nivel local las desigualdades sociales y regionales.

21. Consideró también que la **eficiencia** en el uso de los recursos de salud se alcanza no necesariamente reduciendo los costos —pues la descentralización puede incluso, elevarlos— sino incrementando el nivel de impacto que se logra sobre la población al solucionar en forma concreta los problemas locales de salud. La descentralización permite, por otra parte, mejorar el nivel de eficiencia desde el punto de vista administrativo, al poder los funcionarios desagregar y ajustar los programas y los planes de desarrollo a las necesidades de regiones y grupos heterogéneos. La eficiencia aumenta, por tanto, al simplificar las estructuras burocráticas de las organizaciones de gran escala y al propiciar la innovación.
22. Por otra parte, opinó que la **eficacia** se alcanza en tanto la descentralización mejore la accesibilidad a los servicios, ubique las actividades de salud y las facilidades cerca de la gente y mejore la utilización de los mismos. Así, la descentralización aumenta la eficacia en la medida que se logre el objetivo de mayor accesibilidad a los servicios de salud, organizando las tecnologías apropiadas a cada nivel, e impactando efectivamente en la población al reducir el número de casos de mortalidad y morbilidad. El objetivo de accesibilidad a los servicios es -por su urgencia- prioritario, respecto al objetivo de calidad igual para todos los sectores.
23. La descentralización no es un fin que se agota en sí mismo; es un medio, un instrumento. La meta debe ser ampliar la cobertura de servicios de salud a la población abierta en el corto plazo; la estrategia, la distribución descentralizada de recursos y la atención primaria. Por lo anterior concluyo que la descentralización es una de las vías, el principal camino para desarrollar esa estrategia y cumplir con aquella meta.
24. Considero que la descentralización es, antes y por encima de sus componentes técnicos y administrativos, un proceso eminentemente económico-político. Al tratarse de un fenómeno dinámico que supone el dislocamiento, el traspaso y la reformulación del poder dentro del Estado y entre este y la sociedad civil, compromete y trastueca todas las ideas, inercias y cristalizaciones pretéritas referidas a la distribución y asignación de recursos materiales y simbólicos. Entraña el progresivo abatimiento, por un lado, de las eventuales resistencias de ciertos actores e instancias ubicados en el nivel central —concretamente, en las Secretarías o Institutos de la Nación, la Federación o la Unión— que se negarán a perder sus cuotas de control o decisión y asumir funciones novedosas, para las que posiblemente no se sientan preparados. Y supone la superación, por otro lado, de los temores, la inseguridad y la reticencia de los propios funcionarios y los responsables locales, frente a la alternativa de convertirse en protagonistas sobresalientes de la administración de salud en sus jurisdicciones. Pero, además de los impactos y modificaciones al interior de los aparatos gubernamentales, la descentralización acarreará tomas de posición por parte de los agentes e instituciones paraestatales y privados, que percibirán cambios

en sus modalidades de inserción dentro del sistema global.

25. La restauración del poder local, el incremento del control social sobre las acciones de salud y la democratización de los servicios, son otras de las facetas que según mi punto de vista, se deben computar en relación con la naturaleza política del proceso de descentralización. Sobre la base de este escenario, dos circunstancias jugarán un papel fundamental: a) la mayor o menor disposición del nivel a reformar y autorreformular las esferas de competencia; y b) la mayor o menor convicción, voluntad y conciencia de los niveles para exigir una plena competencia en el diagnóstico, programación, ejecución y evaluación; esto es, en la trama de problemas y soluciones que afronta la administración sanitaria. Así cuando hablemos de niveles locales, estaremos aludiendo no solo a los profesionales, equipos y funcionarios inscritos en ellos, sino también, a los organismos y entidades de todo tipo que actúan en las comunidades (partidos políticos, grupos religiosos, sociedades de fomento, clubes, sindicatos, etc.).
26. Es recomendable entender que descentralizar no es anarquizar ni tampoco estimular la proliferación errática de autonomías. La descentralización deberá ser llevada a cabo hasta sus últimas consecuencias, sin diluirse en ninguno de los peldaños que convencionalmente la adjetivan y connotan: descentralización normativa, ejecutiva, estructural, financiera, presupuestaria, funcional, etc. El espíritu, la intención auténtica, debe ser descentralizar la totalidad de los elementos: recursos, las decisiones, los programas y las normas. Lo anterior no debe entenderse, como el traslado de atribuciones o cargas de una instancia a otra, con el mero propósito, por ejemplo de *blanquear* desequilibrios presupuestarios en un nivel, para hacerlos recaer en uno inferior. La descentralización es un proceso que no puede hacerse, ni entenderse a expensas de un par complementario: la centralización. Cuando descentralizamos por un lado, estaremos centralizando por otro. Cuando sean creados sistemas locales de salud, debemos tener presente, en cada momento, el fortalecimiento y el ensamble del sistema nacional de salud, que preside, orienta e induce estratégicamente la marcha de cada uno de sus componentes, desde el más voluminoso hasta el más diminuto. En esta descentralización/centralización el rol a jugar por los niveles centrales de la administración —los que hasta antes de abrirse el proceso, concentraban gran parte de las palancas de mando— es francamente decisivo. Esos niveles deberán actualizarse drásticamente, haciéndose cargo de tareas inéditas. La primera será prevenir y estar alerta frente a cualquier deterioro en la prestación de los servicios en el nivel local ocasionado por desajustes en la mecánica de las transferencias. Se debe, por lo tanto, regular, monitorear y controlar el conjunto del proceso de descentralización a nivel nacional.
27. En el ámbito laboral se recomienda asegurar la igualdad de *status* y salarios por funciones similares desempeñadas en los distintos niveles, uniformando a través de la legislación y la implementación de recursos, cuando ello fuera necesario, la carrera hospitalaria y funcionaria en salud a fin de arraigar y especializar los recursos humanos que se descentralicen.
28. La descentralización es un proceso inexcusable, pero sujeto a la realidad histórica, cultural y político-institucional de los países. Con esta recomendación, deseamos advertir sobre la inexistencia de recetas o fórmulas que puedan orientar homogéneamente el desarrollo y las etapas puntuales de la descentralización en cada lugar. Si bien hay una serie de principios, condiciones, requisitos y propósitos

comunes, sin cuya cumplimentación se corre el riesgo de distorsionar el proceso, en su puesta en práctica debe apelarse a una enorme dosis de flexibilidad, imaginación y espíritu innovador, en función de las peculiaridades del contexto en cuestión. En esta línea de razonamiento, es posible que la descentralización varíe en sus aspectos y ritmos de concreción, según se trate de países capitalistas o socialistas, grandes o pequeños, federales o unitarios, con tradición o ausencia de tradición centralista, etc.

29. El principio de conducción unificada dentro de una unidad territorial ya sea política o administrativa, elimina el problema de la superposición y la fricción entre las distintas líneas de mando que genera la anacrónica idea de **centralización normativa y descentralización operativa** y la aplicación inorgánica y dispersa de los programas verticales. Así, la normatividad y la programación también pueden estar descentralizadas y mejorar con ello la eficacia en la prestación de los servicios de salud.
30. Resulta conveniente indicar que la descentralización apunta a disolver la parcelación que muchas veces predomina en el sector salud entre lo público y lo privado, lo estatal y lo paraestatal, lo lucrativo y lo gratuito. Se debe considerar que bajo la dependencia del sistema local —lo cual no debe confundirse con cambios en la propiedad—, funcionarán en forma más coordinada todos los recursos físicos y humanos descentralizados. La planeación, según mi opinión, deberá referirse al lugar y el papel de cada subsector, privilegiando la complementariedad y evitando las duplicaciones de esfuerzos e inversiones.
31. En relación con la tecnología, la descentralización deberá servir para mejorar su asignación, así como también, las inversiones que se hacen en ella. En el sector salud, en nuestro Continente, se ha producido en los últimos años una creciente incorporación de tecnología, en algunos casos sofisticada y a la vez ociosa. Este fenómeno desde luego entrañó costos onerosos, sobreutilización y derroche, con resultados escasamente tangibles.
32. Se puede concluir que la descentralización de los servicios de salud en nuestro país debe efectuarse en el marco de un **Estado Postsocial** eficiente, responsable y democrático. **Eficiente**, porque cuando se decida a intervenir en cualquier asunto social o económico, sus funcionarios deberán analizar previamente y a posteriori el costo/beneficio de cada medida, institución y norma, con varios propósitos: para informar a los ciudadanos cuánto cuestan sus instituciones; para determinar si no hay alternativas más baratas; y para que el ahorro que generen estos cálculos pueda destinarse a otras tareas de contenido social. **Responsable** en el sentido de que debe buscar la eficacia, es decir, el cumplimiento de los objetivos de las normas y de las instituciones legalmente vigentes, y debe satisfacer no las demandas sociales que le dicten las presiones coyunturales, sino las que tiene encomendadas por el marco jurídico. **Democrático** para que las técnicas utilizadas en cada una de sus actividades se instrumenten considerando la participación de la sociedad y de acuerdo a sus necesidades más apremiantes.
33. En mi concepto, la **estructura jurídica** en este **Estado Postsocial** deberá basarse en una legalidad fuerte, lo que implicará la reformulación de las normas e instituciones que inciden en la economía y en los gastos sociales. Se requiere por lo tanto de mejores órganos de control del gasto público, garantías efectivas a la equidad vertical

y horizontal en materia de impuestos, promover un federalismo hacendario cooperativo, un marco jurídico que haga transparentes las transferencias intergubernamentales, la profesionalización de los cuadros administrativos y jurisdiccionales para una aplicación moderna y eficiente de las normas jurídico-económicas. La legalidad fuerte del Estado Postsocial deberá coincidir con la realidad, por lo que establecerá mecanismos eficaces que eviten el divorcio entre norma y realidad.

- 34 Según mi opinión, por lo que respecta al criterio jurídico, la descentralización se revela como un principio fundamental de organización del Estado referido a su articulación territorial y al ámbito espacial de validez de sus normas. Significa la coexistencia de una pluralidad de entes con competencias jurídicas delimitadas territorialmente, sujetos a la norma superior o Constitución que rige al Estado. De ahí deriva el examen de distintos órdenes o, como coloquialmente se les conoce, niveles de gobierno. La parcialidad o grados de la descentralización deben ponderarse de acuerdo con los ámbitos materiales de validez de las normas jurídicas, lo que constituye objeto de estudio particular desde la trilogía de las funciones públicas: legislativa, ejecutiva y jurisdiccional. La magnitud, proporción e importancia de las competencias legislativas, ejecutivas y jurisdiccionales a cargo de los órganos estatales (centrales y locales), determinarán el grado de centralización o descentralización que guarda el ejercicio del poder público.
35. Considero que el marco normativo de la Constitución en virtud de no haberse ampliado *a priori* a fin de considerar todas las variantes posibles en materia de descentralización, si la existente es interpretada bajo una técnica jurídica depurada, puede utilizarse como una buena base en todo proceso de transferencia de atribuciones de la Federación hacia las Entidades Federativas y Municipios. Sin embargo, desde mi punto de vista, la legislación complementaria como es la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal y su Reglamento; y la Ley de Adquisiciones y Obras Públicas y su Reglamento; deben reformarse para incluir la normatividad necesaria durante la etapa de transición del proceso de descentralización del gasto.
36. A primera instancia pareciera leerse en nuestra Constitución que la distribución competencial en el Federalismo se reduce a lo que no está expresamente conferido a la Federación o a los Municipios y no está prohibido a los Estados es materia de éstos últimos. Sin embargo, considero que una correcta comprensión de nuestro Federalismo requiere de una interpretación integral de la Constitución, la cual incluye todo un sistema que si bien distingue los distintos ámbitos de competencia, también establece claramente una directriz de colaboración, y más aún, de cooperación entre los tres órdenes de gobierno.
- 37 Para comprender y dimensionar nuestro sistema federal, deben considerarse las siguientes disposiciones constitucionales:
- ◆ Las que establecen la celebración de convenios y otros mecanismos de coordinación ;
 - ◆ Las que establecen las facultades concurrentes y coincidentes;
 - ◆ Las que establecen las facultades de auxilio de los Estados hacia la Federación;
 - ◆ Las que no especifican la jurisdicción competente, pero señalan que habrá una ley reglamentaria que lo señale; y

- ◆ Las que aluden al "Estado" sin establecer elementos que vinculen la materia sólo a la Federación.

Facultades Coincidentes.- Son aquéllas que pueden realizar tanto la Federación como las entidades federativas por disposición constitucional y están establecidas en dos formas:

- ◆ Una *amplia*, cuando no se faculta a una o a otras a expedir las bases o un cierto criterio de división, por ejemplo, el Artículo 18 Constitucional, señala que la Federación y los estados establecerán instituciones especiales para el tratamiento de menores infractores;
- ◆ Otra *restringida*, cuando la facultad se confiere a una y a las otras, pero se concede a una de ellas la atribución para fijar bases o un cierto criterio de división, por ejemplo, el Artículo 3º, indica que: "la educación que imparta el Estado —Federación, estados y municipios —tenderá..." y la fracción VIII, dice: "El Congreso de la Unión, con el fin de unificar y coordinar la educación en toda la República, expedirá las leyes necesarias destinadas a distribuir la función social educativa entre la Federación, los estados y los municipios...", tesis que se reitera en el Art.73 fracción XXV, y en forma casi análoga en el Art. 4º en cuanto a salud se refiere.

Facultades Coexistentes.- Son aquéllas en que una parte de la misma facultad corresponde a la Federación y la otra a las entidades federativas, por ejemplo, el Art.73 fracción XVII, otorga al Congreso Federal la facultad de legislar en materia de vías generales de comunicación, de manera que las vías locales de comunicación son competencia de las legislaturas locales.

Facultades de Auxilio.- Son aquéllas en que una autoridad ayuda o auxilia a la otra por disposición constitucional, por ejemplo, el Art.120 establece la regla general en virtud de la cual los gobernadores de los Estados no sólo están obligados a publicar las leyes federales sino también a hacerlas cumplir.

Facultades Concurrentes.- Hay en nuestro país diversos autores que sostienen que estas facultades no existen o por lo menos no se han ejercido entendidas como aquéllas que son facultad de una de las dos competencias (Federación o estados) pero que mientras alguna no las ejerza, la otra puede legislar y actuar, hasta en tanto no lo haga la facultada. No obstante, en materia de salud, el Artículo 18 de la Ley General de Salud en relación con el artículo 3º establece ocho hipótesis de servicios que, en tanto no los ejerza la Federación pudieran ejercerlos las entidades federativas en el marco de los convenios de desarrollo respectivos.

38. Todo proceso de transferencia de funciones de la Federación hacia las Entidades Federativas y Municipios para que sea jurídicamente válido, requiere de las condiciones siguientes:

- ◆ Que se trate de una materia **constitucionalmente** concurrente, coincidente o coexistente;
- ◆ Que exista una o varias leyes en la materia, expedidas por el Congreso de la Unión que al desarrollar el sentido de la Constitución señalen las competencias de los diferentes órdenes de gobierno; y
- ◆ Que se celebren los convenios respectivos en los que se señalen las atribuciones, los

recursos y los servicios que se transfieren.

- ◆ Que la delegación este prevista por la ley;
- ◆ Que el órgano delegante esté autorizado para transmitir parte de sus poderes;
- ◆ Que el órgano delegado pueda legalmente recibir esos poderes; y
- ◆ Que los poderes transmitidos puedan ser materia de delegación.

De no tener en consideración lo anterior, es factible que intervengan los gobiernos de los Estados en materias competencia del gobierno federal, pero con el carácter de auxiliares de la Federación, con lo cual se limitarían a una serie de actos de naturaleza operativa y administrativa, pero nunca realizarían válidamente la aplicación de actos de autoridad.

39. Según se desprende de la investigación, para que el proceso de descentralización económica tenga el éxito esperado se requiere:
- Que se identifique la responsabilidad en la que los órdenes estatal y municipal tienen ventaja sobre el orden federal;
 - Identificar los programas y subprogramas que contribuyan al cumplimiento de las responsabilidades;
 - Llevar a cabo la identificación de los capítulos de gasto; y
 - Llevar a cabo la distribución geográfica de los recursos federalizados.
40. Considero que el objetivo primordial del proceso de descentralización económica, debe elevar la eficiencia y eficacia del gasto público a través de mejores asignaciones y un mejor ejercicio de los recursos públicos. Asimismo la descentralización presupuestal debe permitir identificar con claridad tanto las nuevas responsabilidades de la unidad administrativa federal, como las que correspondan a la entidad federativa. Un proceso descentralizador del cual se esperan buenos resultados debe definir con detalle los resultados que se espera que la entidad federativa asigne y ejerza con los recursos federales. La descentralización debe permitir también identificar a los responsables en la elaboración de las estrategias normativas y operativas del ejercicio de los recursos.
41. Desde mi punto de vista, las acciones y políticas de gasto de las dependencias federales no han logrado obtener la conformidad de las entidades federativas, quienes manifiestan en forma reiterada que su participación en el diseño y desarrollo de los programas es mínima y, en muchos casos, contemplativa por lo que no consideran como suyos los programas en la materia, además de que les ha impedido desarrollar los cuadros técnicos humanos y la infraestructura necesaria para tener una participación activa. Se requiere por lo tanto, promover que los mecanismos e instrumentos legales, contables, evaluatorios y de control en las entidades federativas sean homogéneos al de las dependencias federales. Dicha homogeneización tiene que ser en términos de clasificación del gasto, de registro y presentación en sus reportes de cuenta pública.
42. Un adecuado proceso descentralizador debe mejorar la fiscalización en la aplicación de los recursos federales así como los que se transfieran a las entidades federativas estableciendo vínculos de coordinación entre las áreas contraloras, tanto estatal como federal evitando con ello el desvío de recursos. Con tal fin, es recomendable implantar indicadores de desempeño que permitan evaluar la obtención de los resultados buscados a través de la ejecución de los programas.

43. Se debe considerar también que las entidades federativas al instituir sus OPD'S podrán orientar sus funcionamiento desde una perspectiva cada vez más autónoma, focalizando sus recursos hacia programas estratégicos y prioritarios en el ámbito de la salud, afinando sus mecanismos de planeación, programación y presupuestación para que los resultados obtenidos se expandan a otros sectores en proceso de descentralización.

44. La estructuración del Ramo 33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios en el PEF para 1998, constituye un indicador positivo en la dinámica descentralizadora emprendida por el gobierno federal, no obstante lo cual, sus parámetros o variables deberán actualizarse y depurarse constantemente para que la distribución de recursos presupuestales sea más equitativa y representativa de la realidad política, económica, geográfica y de idiosincrasia prevaleciente en el ámbito local. Se puede considerar por lo tanto que el mecanismo de las aportaciones, ligado a mayores responsabilidades, permite que a diferencia de las participaciones los recursos así transferidos se destinen a un fin específico para otorgar a la población de las entidades federativas la provisión de servicios ligados a recursos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aedo I., Cristian, "**Sector Salud en Chile: un gran desafío**", Santiago de Chile, Documento de trabajo Chile hacia el 2000, 1995.
2. Aedo I., Cristian y Larrañaga O., "**Política Social en Chile: Lecciones de política**", Serie Investigación, Programa de posgrado en Economía ILADES/Georgetown University, Mayo de 1993.
3. Argüelles, Antonio y Gómez Mandujano, José A., "**Guía metodológica para la desconcentración y modernización de estructuras administrativas**", México, M.A.Porrúa, 1994.
4. **Black's Law Dictionary**, Minnesota-USA, West Publishing Co. St., 1979.
5. Boisier, Sergio, "**Centralización y descentralización territorial en el proceso decisorio del sector público**", S.I, ILPES, Programa de Capacitación, 1985.
6. Brym, Robert J., (comp.), "**Regionalism in Canada**", Toronto, Irwin, 1986.
7. Carmagnani, Marcello, "**Estado y Mercado: La economía pública del liberalismo mexicano**", México, Universidad Iberoamericana, 1994.
8. Carrasco, Rosalba y Provencio, Enrique, "**La Política Social 1983-1988 y sus Principales Consecuencias**", Investigación Económica, No. 184, abril-junio de 1988, Facultad de Economía, UNAM.
9. Coastswoth, John H., "**Los orígenes del atraso.**", México, Alianza Editorial, 1990.
10. Cumming, Peter A., "**Canadá y el Federalismo Fiscal en el Siglo XXI**", en Alicia hernández Chávez (coord.) "¿Hacia un Nuevo Federalismo?", México, FCE/El Colegio de México/Fideicomiso Historia de las Américas/, 1996.
11. De Cabo Martín, Carlos "**Democracia y Derecho en la Crisis del Estado Social**", Revista Sistema, Madrid-España, No. 118-119, Marzo de 1994.
12. Faya Viesca, Jacinto, "**El Federalismo Mexicano. Régimen Constitucional del Sistema Federal Mexicano**", México, Instituto Nacional de Administración Pública (INAP), 1988.
13. Fernández Vásquez Emilio, "**Diccionario de Derecho Público**", Buenos Aires-Argentina, Editorial Astrea, 1981.
14. Foro Nacional, "**Hacia un Auténtico Federalismo**", Guadalajara, Jal., 29 al 31 de marzo de 1995.
15. Fraga, Gabino, "**Derecho Administrativo**", México, Porrúa, 1966.
16. Garth, Stevenson, "**Unfulfilled Union: Canadian Federalism and National Unity**", Toronto, Gage, 1989.

17. Habermas, Jürgen, "**La legitimidad hoy**", *Revista de Occidente*, Madrid-España, Julio de 1976.
18. Habermas, Jürgen, "**La reconstrucción del materialismo histórico**", Madrid-España, 1981.
19. Habermas, Jürgen, "**Teoría de la acción comunicativa**", Madrid-España, 1990.
20. Habermas, Jürgen, "**Problemas de legitimación en el capitalismo tardío**", Buenos Aires-Argentina, Amorroutu Editores, 1973.
21. Haro Belchez, Guillermo, "**Aportaciones para la Reforma de la Función Pública en México**", Madrid-España, INAP, 1988.
22. Hayek, Friedrich A., "**The road to serfdom**", Chicago, University of Chicago Press, 1976.
23. Hernández Chávez, Alicia, "**Federalismo y gobernabilidad en México**", en M. Carmagnani: "**Federalismos Latinoamericanos: México, Brasil, Argentina**", México, FCE/Fideicomiso Historia de las Américas/El Colegio de México/, 1993.
24. Hernández Chávez, Alicia, "**La parábola del presidencialismo mexicano**", en "**Presidencialismo y sistema político. México y Estados Unidos**", México, FCE/Fideicomiso Historia de las Américas/El Colegio de México/, 1994.
25. Hernández Chávez, Alicia, "**La tradición republicana del buen gobierno**", México, FCE/ Fideicomiso Historia de las Américas/ El Colegio de México/, 1994.
26. Hodgins, John J., Eddy Shelagh D. Grant y James S. Struthers (comps), "**Federalism In Canada and Australia: The Early Gears**", Vol. Y, Waterloo y Camberra, WLUP y ANUP, 1978.
27. Hunter, J.S.H., "**Federalism and Fiscal Balance**", Camberra, 1977.
28. Katz, Friederich, "**Porfirio Díaz frente al descontento popular regional 1891-1893**", México, Universidad Iberoamericana, 1986.
29. Madrid Hurtado, Miguel de la, "**El Marco Legislativo para el Cambio**", México, Tomo II, Presidencia de la República, 1983.
30. Mann Trofinmentoff, Susan, "**Dream of Nation: A Social and Intellectual History of Qubec**", Toronto, 1983.
31. Marcel, Mario, "**Modernización de la gestión pública en Chile. Antecedentes, orientaciones actuales y avances**", Santiago de Chile, Ponencia dictada en el Seminario " Experiencias internacionales de modernización de la gestión pública y su relevancia para Chile", Marzo de 1995.
32. Marcel, Mario, "**Modernización del Estado y gestión de recursos en el sector público en Chile**", Santiago de Chile, Ponencia presentada en el Quinto Seminario-Taller sobre "Modernización del Estado", I/La administración pública, PNUD/MIDEPLAN, Septiembre de 1993.

33. Martínez, Pedro M., ***"El Municipio: Descentralización y Democracia. elementos para la reconstrucción del federalismo en México"***, Gestión y Estrategia, No. 5, Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco.
34. Ministerio de Salud, ***"Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud"***, República de Nicaragua, 1995.
35. Ministerio de Salud, ***"Bases para un plan de fortalecimiento del sector público de salud. Propuesta"***, República de Chile, Octubre, 1994.
36. Ministerio de Salud, ***"Plan de Salud 1996. Componente programático"***, República de Chile, mimeo, 1995.
37. Moya Palencia, Mario, ***"Federalismo y Descentralización Administrativa"***, Revista de Administración Pública, No. 27, INAP, 1975.
38. Noriega Cantú, Alfonso, ***"Lecciones de Amparo"***, 2 Tomos, México, Ed. Porrúa, 1993.
39. O'Connor, James, ***"The fiscal crisis of the state"***, Nueva York, St. Martín's Press, 1972.
40. O'Gorman, Edmundo, ***"Las divisiones territoriales de México"***, México, Ed. Porrúa, 1979.
41. Oates, Wallace, ***"Fiscal Federalism"***, Nueva York-USA, Harcourt Brace Jovanovich, 1972.
42. Olivera Toro, Jorge, ***"Consideraciones generales de desconcentración"***, México, Revista de la Facultad de Derecho-UNAM, Tomo XIII, No. 51, Julio-Septiembre de 1963.
43. Organización Mundial de la Salud, ***"Investigaciones destinadas a reorientar los sistemas nacionales de salud"***, Nueva York, 1983.
44. Ortega Lomelín, Roberto, ***"Federalismo y Municipio"***, México, Fondo de Cultura Económica (FCE), 1994.
45. Paganini, José H., y Capote Mir, Roberto (de.), ***"Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos-Métodos-Experiencias"***, Washington, D.C.-E.U.A., OPS, 1990.
46. PAL, ***"El conflicto en salud: entre la modernización del sistema y la elevación de las remuneraciones"***, Revista Bitácora Legislativa, No. 148, Santiago de Chile, Abril de 1995.
47. Poder Ejecutivo Federal, ***"Plan Global de Desarrollo 1980-1982"***, México, SPP, 1980.
48. Poder Ejecutivo Federal, ***"Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000"***, México, SHCP, 1995.
49. Poder Ejecutivo Federal, ***"Presupuesto de Egresos de la Federación para los"***

Ejercicios Fiscales 1995-1997: Ramo 12 Salud, México, SHCP, 1995-1997.

50. Poder Ejecutivo Federal, **"Programa de Modernización de la Administración Pública"**, México, SHCP, 1996.
51. Poder Ejecutivo Federal, **"Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000"**, México, Secretaría de Salud, 1996.
52. Poder Ejecutivo Federal, **"Segundo Informe de Gobierno: Anexo"**, México, Presidencia de la República, 1996.
53. Richardson, Robin, **"Inside Canada's Government Debt Problem and the Way Out"**, The Fraser Institute, 1994.
54. Rivacoba y Rivacoba, Manuel de, **"División y Fuentes del Derecho Positivo"**, Valparaíso-Chile, EDEVAL, 1968.
55. Rondinelli, Dennis; Nellis, John R., and Chemma G. Shabbir, **"Decentralization in developing countries: a review of recent experiences"**, Washington, D.C., The World Bank Staff Working Papers, No. 581, 1983.
56. Ruiz de Chávez, Manuel y Lara Ponte, Rodolfo (ed.), **"Descentralización de los Servicios de Salud. Avances y Perspectivas del Proceso"**, memoria del seminario celebrado en la cd. de Taxco, Gro., del 10 al 12 de diciembre de 1987, SSA/Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Gobierno del Estado de Guerrero/, México, 1988.
57. Sánchez Gochicoa, Antonio; Sauri Riancho, Dulce M. y Godina H., José A., **"Federalismo y Política de Gasto: una propuesta"**, Crónica Legislativa, No.3 junio-julio de 1995, Poder Legislativo Federal/H. Cámara de Diputados.
58. Secretaría de Programación y Presupuesto, **"El Sistema Nacional de Planeación Democrática: principios y organización"**, México, 1985.
59. Secretaría de Salud, **"Reseña en Salud"**, México, 1995.
60. SHCP, **"Glosario de Términos más Usuales en la Administración Pública Federal"**, México, 1995.
61. Sojo, Ana, **"Reformas de Gestión en la Salud Pública de Chile"**, Santiago de Chile, Series Políticas Sociales, No. 13, CEPAL, 1996.
62. SSA, IMSS, ISSSTE, DIF, **"Programa Nacional de Salud 1984-1988"**, México, 1984.
63. Stigler, George, **"Director's law of public income distribution"**, USA, Journal of Law and Economics, Abril 13 de 1979.
64. Stigler, Joseph E., **"El papel económico del Estado"**, Madrid-España, Instituto de Estudios Fiscales, 1993.
65. Struthers, James, **"No Fault of Their Own: Unemployment and the Canadian Welfare State 1914-1941"**, Toronto, UTP, 1983.

66. Tena Ramírez, Felipe, "*Derecho Constitucional Mexicano*", México, Ed. Porrúa, 1995.
67. Torre de la Mora, Omar de la, "*La Descentralización en el Estado Federal Mexicano*", Tesis, Universidad Anáhuac, México, 1984.
68. Valentín Ramírez, Samuel, "*Criterios para homologar el contenido conceptual de las clasificaciones presupuestarias estatales*", México, Instituto para el Desarrollo Técnico de las Haciendas Públicas, Guadalajara, Jal., 1996..
69. Zorrilla Martínez, Pedro G., "*La desconcentración administrativa y el federalismo*", en: México a Través de sus Informes Presidenciales, Vol. Desconcentración Administrativa, México, 1976.

LEYES

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1997.
2. Ley General de Salud, 1996.
3. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 1996.
4. Ley de Planeación.
5. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
6. Ley de Adquisiciones y Obras Públicas.
7. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
8. Ley General de Bienes Nacionales.
9. Decreto que Adiciona y Reforma la Ley de Coordinación Fiscal.
10. Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para 1998.
11. Reglamento Interior de la SHCP.
12. Reglamento Interior de la SECODAM.
13. Reglamento de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
14. Reglamento de la Ley de Obras Públicas.
15. Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios relacionados con Bienes Muebles.
16. Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación del año que corresponda.
17. Manual de Normas y Procedimientos para el Ejercicio del Gasto de la Administración Pública Federal.
18. Clasificación por Objeto del Gasto.

19. Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.

20. Convenios de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud en cada una de las entidades federativas y el Distrito Federal.

DIARIOS OFICIALES DE LA FEDERACION.

1. Febrero 3 de 1983. (Decreto por el que se modifican varios Artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos).
2. Agosto 30 de 1983. (Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece las bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia).
3. Marzo 8 de 1984. (Decreto por el que se descentralizan a los Gobiernos Estatales los servicios de salud que presta la Secretaría 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).
4. Diciembre 28 de 1994. (Decreto por el que se modifica la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal).
5. Septiembre 25 de 1996. (Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud).
6. Octubre 14 de 1996. (Acuerdo de Coordinación que celebran las secretarías de Salud, Hacienda y Crédito Público, Contraloría y Desarrollo Administrativo, y el Estado de San Luis Potosí, para la descentralización integral de los servicios de salud en la Entidad).
7. Enero 2 de 1997. (Acuerdo para Determinar la Fórmula y Metodología Utilizadas para la Distribución de Recursos Presupuestales Previstos en el Fondo de Desarrollo Municipal del Ramo 00026 Superación de la Pobreza, del Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio Fiscal de 1997).
8. Marzo 26 de 1997. (Oficio Circular por el que se comunican fechas límite para el proceso presupuestario).
9. Julio 3 de 1997. (Convenio de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud para la Población Abierta del Distrito Federal).
10. Agosto 6 de 1997 (Decreto por el que se aprueba el Programa para un Nuevo Federalismo 1995-2000).
11. Diciembre 29 de 1997 (Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 1998 y Decreto que Adiciona y Reforma la Ley de Coordinación Fiscal)