

881209

UNIVERSIDAD ANÁHUAC
Facultad de Derecho

3
20

Con reconocimiento de validez oficial de la
Universidad Nacional Autónoma de México

**CONSIDERACIONES
JURÍDICO-ADMINISTRATIVAS
DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE
LOS SERVICIOS DE SALUD
1983-1990**

TESIS

Que para obtener el Título de
Licenciado en Derecho presenta

MARIO ALEJANDRO MENDOZA CASTAÑEDA
México, D.F. 1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
I. MARCO CONCEPTUAL	15
I.1 La administración pública y sus formas de organización	15
I.2 La centralización	16
I.3 La delegación	18
I.4 La desconcentración	19
I.5 La descentralización	20
I.6 El federalismo	23
II. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	25
II.1 Marco de referencia	26
II.2 Coordinación programática	27
II.3 Integración orgánica y descentralización operativa	30
II.4 Estrategias generales	32
III. COMITÉ DE DESCENTRALIZACIÓN	35
III.1 Constitución	35
III.2 Grupos de trabajo	37
III.3 Comisarios	37
III.4 Grupos de trabajos en los estados	38
III.5 Grupos de trabajo de las áreas responsabilidad directa de la Secretaría de Salud	39
III.6 Resultados generales	41

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
I. MARCO CONCEPTUAL	15
I.1 La administración pública y sus formas de organización	15
I.2 La centralización	16
I.3 La delegación	18
I.4 La desconcentración	19
I.5 La descentralización	20
I.6 El federalismo	23
II. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	25
II.1 Marco de referencia	26
II.2 Coordinación programática	27
II.3 Integración orgánica y descentralización operativa	30
II.4 Estrategias generales	32
III. COMITÉ DE DESCENTRALIZACIÓN	35
III.1 Constitución	35
III.2 Grupos de trabajo	37
III.3 Comisarios	37
III.4 Grupos de trabajos en los estados	38
III.5 Grupos de trabajo de las áreas responsabilidad directa de la Secretaría de Salud	39
III.6 Resultados generales	41

IV.	PROBLEMÁTICA EXISTENTE EN EL PROCESO	43
IV.1	En el nivel central	43
IV.2	En el nivel Estatal	44
V.	FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	47
V.1	Régimen legal	48
V.1.1	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	48
V.1.2	Ley General de Salud	50
V.1.3	Ley de Planeación	52
V.1.4	Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	54
V.1.5	Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación	55
V.1.6	Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	57
V.1.6.1	Reglamento del 19 de agosto de 1985	57
V.1.6.2	Reglamento del 29 de mayo de 1989	60
V.1.7	Decreto Orgánico del Sistema de Desarrollo Integral de la Familia de 1982	62
V.1.8	Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece las Bases del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia	63
V.1.9	Decreto por el que descentralizan a los Gobiernos Estatales los Servicios de Salud que presta la SSA 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	65
V.1.10	Decreto por el que las Dependencias y Entidades procederán a elaborar un Programa de descentralización administrativa que asegure el avance de dicho proceso	67
V.1.11	Acuerdo que liquida a COPLAMAR	68

V.1.12	Acuerdo Secretarial número 33 por el que se desconcentran facultades a los Servicios Coordinados de Salud Pública en las entidades federativas, órganos desconcentrados por territorio de competencia coordinada, con el propósito de darles autonomía operativa	69
V.2	Vertiente de coordinación	70
V.2.1	Convenio Único de Desarrollo 1984	70
V.2.2	Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de Salubridad y Asistencia, y los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la federación, con el propósito de establecer las bases para la elaboración y ejecución del programa de descentralización de los Servicios de Salud en las entidades federativas	72
V.2.3	Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal por conducto de las secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de Salubridad y Asistencia y los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la federación, para transferir la realización de obras públicas en unidades médicas de cada entidad	76
V.2.4	Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación, de Desarrollo Urbano y Ecología y de Salud, y el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la federación, para la integración orgánica y la descentralización operativa de los servicios de salud pública	77
V.2.5	Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación, de Salud, y el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como los ejecutivos de los estados libres y soberanos de	

	la federación, para determinar los apoyos logísticos que aportarán las partes en la integración del sistema estatales de salud	82
V.2.6	Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la federación, con el propósito de descentralizar el ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria a las entidades federativas	83
V.2.7	Acuerdo de coordinación que celebra el Ejecutivo Federal, por conducto de las secretarías de Programación y Presupuesto y de Salud, y los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la federación, para establecer el Programa Integral de Financiamiento e Inversión en materia de Servicios de Salud a Población Abierta 1986	84
V.3	Instrumentos programáticos	86
V.3.1	Plan Nacional de Desarrollo 1982-1988	86
V.3.2	Programa Nacional de Salud	88
V.3.2.1	Programa Nacional de Salud 1984-1988	89
V.3.2.2	Programa Nacional de Salud 1990-1994	91
V.3.3	Programa de Descentralización de los Servicios de Salud	94

CUADROS

1. Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de Salubridad y Asistencia, y los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la federación, con el propósito de establecer las bases para la elaboración y ejecución del programa de descentralización de los Servicios de Salud en las entidades federativas 101
2. Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación, de Desarrollo Urbano y Ecología y de Salud, y el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la federación, para la integración orgánica y la descentralización operativa de los servicios de salud pública 103
3. Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las secretarías de Programación y Presupuesto, Contraloría General de la Federación, de Salud, y el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la federación, para determinar los apoyos logísticos que aportarán las partes en la integración de los sistemas estatales de salud 105
4. Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la federación, con el propósito de descentralizar el ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria a las entidades federativas 106
5. Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las secretarías de Programación y Presupuesto y de Salud, y los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la federación, para establecer el Programa Integral de Financiamiento e Inversión en materia de Servicios de Salud a Población Abierta 1986 107

CONCLUSIONES	109
BIBLIOGRAFÍA	115
Legislación consultada	115
Publicaciones periódicas consultadas	118
Obras consultadas	118
Otras fuentes	120

*"La descentralización de los servicios de salud
contribuirá a la vigorización del pacto federal
y asegurará un manejo más racional y productivo
de esos servicios..."*

José Francisco Ruiz Massieu

*A mi padre, General Santiago Mendoza Montenegro †,
gran hombre, por su ejemplo a seguir.*

*A mi madre, Esperanza Castañeda de Mendoza,
por su amor y comprensión.*

*A Luis Guillermo †, Julio César, Sofía Esperanza,
Rodolfo Santiago, Rosa Ma. Mendoza Castañeda
y Mercedes Catalina Corella Béjar, por su apoyo.*

*A Mario Melgar Adalid,
amigo y maestro, en lo personal,
profesional y laboral.*

INTRODUCCIÓN

El Programa de Descentralización de los Servicios de Salud, tiene por objeto ampliar la cobertura de los servicios de salud y mejorar la calidad en la prestación de los mismos, esto mediante la creación de sistemas estatales de salud.

La finalidad del presente trabajo "Consideraciones jurícoadministrativas de la descentralización de los servicios de salud 1983-991", es determinar si dicho programa es una mera estrategia política populista y sexenal, o si efectivamente se trata de un proceso real de transferencia de funciones y recursos a organismos con personalidad jurídica propia en cada entidad federativa, para la prestación de los servicios de salud de manera integral.

Nuestro estudio analiza los aspectos jurídicos y administrativos de la descentralización de los servicios de salud, de los años 1983 a 1990, considerando los niveles federal y estatal de gobierno, y se hace una revisión de los aspectos teóricos, de operación, técnicos, legales y de coordinación para la implementación del programa, así como de la problemática existente en el proceso.

La descentralización de los servicios de salud considera dos etapas operativas para su implantación: la coordinación programática y la integración orgánica; asimismo, se lleva a cabo por dos vías complementarias, la legal, que fundamenta a través de actos legislativos la distribución de competencias entre la federación y las entidades federativas, y los acuerdos de coordinación, con fundamento en el Convenio Unico de Desarrollo, en respeto al pacto federal. Todo esto instrumentado dentro de un programa de planeación a mediano plazo.

Para llevar a cabo la descentralización de los servicios de salud, no sólo es necesaria la reforma legal y la concurrencia de los distintos niveles de gobierno, si no que además se requiere la voluntad política, la asignación de recursos, la modernización administrativa. La descentralización de los servicios de salud debe considerarse como un proceso jurídico, administrativo, técnico y político.

Por lo anterior, hemos dividido nuestro trabajo en los siguientes temas: Marco conceptual, que analiza las distintas formas de organización de la administración pública; La descentralización de los servicios de salud, que nos explica en qué consiste el Programa y las etapas que considera para su ejecución; Comité de descentralización, que es el cuerpo colegiado que se crea para identificar soluciones a los problemas que se presenten en el proceso a nivel federal y estatal; Problemática existente en el proceso, que es importante conocer para evaluar los resultados finales del Programa; y, Fundamentación jurídica del proceso, que dividimos en los subtemas: Régimen legal, Vertientes de coordinación e Instrumentos programáticos, siendo la parte medular de nuestro trabajo.

CAPÍTULO I

MARCO CONCEPTUAL

1.1. La administración pública y sus formas de organización

Con el fin de realizar un análisis claro acerca de la descentralización de los servicios de salud, es necesario ubicarla entre las formas de organización administrativa, a efecto de tener una perspectiva más amplia y un marco de referencia en la ejecución del presente trabajo.

La administración pública es la actividad encomendada al Estado, mediante el Poder Ejecutivo, con la finalidad de satisfacer las necesidades que dicte el interés social, y para lograrlo se apoya en los diversos sistemas de organización administrativa que tiene a su cargo.

La administración pública, nos dice el maestro Acosta Romero:

Es la parte de los órganos del Estado que dependen directa o indirectamente del Poder Ejecutivo, tiene a su cargo toda la actividad estatal que no desarrollan los otros poderes (Legislativo y Judicial), su acción es continua y permanente, siempre persigue el interés público, adopta la forma de organización jerarquizada y cuenta con: a) elementos personales; b) elementos patrimoniales; c) estructura jurídica y d) procedimientos técnicos.¹

Las diversas formas de organización administrativa son variantes que presentan las unidades administrativas dependientes del Ejecutivo Federal, por medio de las cuales coordina y organiza, dirige o ejecuta las actividades que le permiten cumplir con los fines que tiene encomendados. Los sistemas de organización administrativa han evolucionado

¹ Miguel Acosta Romero. *Teoría general del derecho administrativo*. 7a. ed., Porrúa, México, 1986, p. 103.

de modo constante y paralelo a nuestra historia política, adecuándose a las exigencias de nuestro país.

En los artículos 90 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 10. de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, se señala que existen dos formas de organización en la administración pública federal: la centralizada y la paraestatal, se contemplan dentro de ésta los organismos descentralizados.

1.2. La centralización

Los organismos administrativos centralizados son los que dependen jerárquicamente del Ejecutivo Federal, y se caracterizan por tener unidad de acción, coordinación y subordinación a éste.

La centralización es la estructura que entrelaza a los órganos administrativos bajo la dirección de un órgano central único (el Ejecutivo Federal) y la ejecución de las políticas trazadas por éste corren a cargo de los subordinados o inferiores.

La centralización es la forma de organización administrativa en la cual las unidades, órganos de la administración pública, se ordenan y acomodan articulándose bajo un orden jerárquico a partir del Presidente de la República, con el objeto de unificar las decisiones, el mando, la acción y la ejecución.²

En la centralización administrativa las autoridades superiores tienen poder jerárquico, administrativo y técnico, por lo que asumen el control para imponer determinaciones.

El poder jerárquico que posee el superior en los órganos centralizados es de mando, designación, revisión de actos y solución de controversias entre los subordinados.

La estructura en la cual el conjunto de órganos administrativos de un país, están enlazados bajo la dirección de un órgano central único y

² *Ibid.*, p. 111.

encuentran su apoyo en el principio de diversidad de funciones, pero dentro de un orden o relación en que el impulso lo llevan los centros superiores y la ejecución los subordinados o inferiores, es la organización centralizada.³

Al interior de la administración pública centralizada se contemplan dos modalidades similares a la organización paraestatal, que pueden ser consideradas como transiciones a la descentralización: la delegación y la desconcentración.

Por tanto, para que de un organismo centralizado se transite a uno descentralizado, primero debería darse la delegación de facultades y la desconcentración.

El maestro Mario Melgar Adalid nos dice que las desventajas de la centralización son las siguientes:

- a) Conduce al burocratismo.
- b) La administración "desde lejos" es un error que debe evitarse. Nadie conoce mejor la forma de resolver los problemas que quienes lo padecen.
- c) La sociedad civil debe tener mayor participación, lo que no se logra con la centralización.
- d) Propicia la injerencia o intromisión política de los administradores centrales en asuntos ajenos o lejanos generando un pernicioso paternalismo.
- e) Genera tramitaciones prolongadas, difíciles, burocráticas al alejar al administrado de la administración.
- f) Impide las formas de desarrollo social, económico y político pues limita la generación de ideas y actividades locales.⁴

3 Jorge Olivera Toro. *Manual de derecho administrativo*, 4a. ed., Porrúa, México, 1976, p. 288.

4 Secretaría de Salud, "Descentralización Municipal", *Cuadernos de Descentralización*, núm. 4, México, 1985, p. 16.

I.3. La delegación

La delegación es un proceso de transferencia de facultades, programas y recursos de las unidades administrativas superiores centrales a las unidades administrativas inferiores de la misma dependencia, en la misma o distinta circunscripción territorial y bajo el poder jerárquico del delegante.

Las características de la delegación para que esté en posibilidad de operar, son las siguientes:

- a) el delegante debe tener encomendadas las atribuciones que pretenda delegar, sin que exista disposición legal que estipule que dichas facultades las deberá ejercer de modo personal;
- b) por ser un acto eminentemente discrecional del delegante, en cualquier momento podrá revocar el acto jurídico;
- c) la delegación deberá recaer sobre funcionarios inferiores de la misma dependencia;
- d) el delegante podrá ejercer directamente la función delegada, y
- e) la delegación deberá revestir ciertas formalidades, como constar por escrito (acuerdo o circular) y ser difundida entre el personal de la dependencia y el público usuario en general.

Como podemos observar, las delegaciones son transferencias de acciones en determinadas materias a órganos inferiores, por lo que quedan sometidos éstos a la autoridad jerárquica del delegante (órgano superior). El licenciado Jacinto Faya apunta al respecto:

Los organismos a los que se les delegan determinadas funciones específicas, dejan la resolución de los asuntos más importantes en manos de las autoridades centrales, las que invariablemente tienen el mando sobre dichos órganos.⁵

⁵ Jacinto Faya Viesca. *Administración pública federal, la nueva estructura*, 2a. ed., Porrúa, México, 1983, p. 45.

1.4. La desconcentración

La desconcentración consiste en una forma de organización administrativa, en la cual se otorga al órgano desconcentrado, por medio de un acto materialmente legislativo (ley o reglamento), determinadas facultades de decisión y ejecución limitadas, que le permiten actuar con mayor rapidez, eficacia y flexibilidad; así como tener el manejo autónomo de su presupuesto, sin dejar de existir el nexo de jerarquía con el órgano superior.⁶

Es el proceso de transferencia de facultades, programas y recursos de las unidades administrativas centrales a unidades administrativas inferiores de la misma dependencia, con autonomía técnica pero manteniendo el control jerárquico de aquéllas. Se entiende por autonomía técnica, exclusivamente, la designación de reglas de gestión administrativa y financiera, diferentes a las aplicadas al órgano central.

Esto es, la desconcentración es una atribución de competencias del órgano superior al órgano inferior, sin ser trasladado a otra persona pública, confiriéndole autonomía técnica, pero quedando bajo el control jerárquico de ésta.⁷

La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal estipula en su artículo 17, que las secretarías de Estado y los departamentos administrativos podrán contar con organismos desconcentrados para la mejor atención de los asuntos que tengan encomendados, designándoles funciones o jurisdicción territorial específicas, estos organismos desconcentrados estarán subordinados a un organismo central.

Las características que reviste el proceso de desconcentración, son las siguientes:

- a) los órganos desconcentrados deberán crearse por ley, reglamento o decreto, en el que se estipule la relación jerárquica y funcional que

6 Miguel Acosta Romero ... *op. cit.*, p. 255.

7 Cfr. Jorge Olivera Toros ... *op. cit.*, p. 300.

existirá entre las unidades administrativas que se desconcentran, sus facultades y el titular de las mismas;

- b) tendrán autonomía técnica, por lo que no podrá ejercer el órgano central las facultades que desconcentra;
- c) ejercerán el manejo autónomo de su presupuesto;
- d) tendrán un nexo de subordinación jerárquica con el órgano central, y
- e) la normatividad, planeación, control y evaluación globales, deberán permanecer centralizadas.

La desconcentración prepara la vía para la verdadera descentralización, por tanto, se puede afirmar que la desconcentración podría ser el camino obligado desde la centralización hasta la descentralización.

1.5. La descentralización

Los organismos descentralizados están contemplados dentro de la administración pública paraestatal, siendo sustraídos del poder jerárquico central y quedando sujetos exclusivamente a la tutela de éste.

Se consideran como organismos descentralizados, las entidades creadas por ley o decreto del Congreso de la Unión o por decreto del Ejecutivo Federal, con personalidad y patrimonio propios, cualquiera que sea la estructura legal que adopten.⁸

La descentralización da una mayor eficiencia y agilidad a la administración pública federal, descongestiona al poder central, y dota a organismos con la capacidad técnica suficiente para realizar determinadas tareas de la administración central.

La Ley Federal de las Entidades Paraestatales, define en su artículo 14 que los organismos descentralizados son personas jurídicas creadas conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica de la Administración

⁸ Artículo 45 de la *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal*, 24va. ed., Porrúa, México, 1990, p.53.

Pública Federal y cuyo objeto es la realización de actividades correspondientes a las áreas estratégicas o prioritarias; la prestación de un servicio público o social, o la obtención de recursos para fines de asistencia o de seguridad social.⁹

La descentralización administrativa, en estricto sentido existe cuando se crea un organismo con personalidad jurídica propia, mediante disposición legislativa, para realizar una actividad que compete al Estado o que es de interés público.¹⁰

En este tipo de organismos se atenúa la jerarquía administrativa, conservando el poder central facultades de control y vigilancia; poseyendo autonomía técnica y orgánica, así como personalidad y patrimonio propios.

La descentralización es la transferencia de facultades, programas y recursos de las unidades administrativas superiores a unidades administrativas inferiores de la misma dependencia; transferencia que rompe el control jerárquico entre el que descentraliza y el que recibe las facultades y recursos, por lo que adquiere autonomía técnica y orgánica.

Se entiende por autonomía orgánica, la adquisición de prerrogativas propias, ejercidas autónomamente del poder central, oponiendo a éste su esfera de competencia y la capacidad para dictar los propios lineamientos normativos.

Como tendencia de distribución de competencias de la administración pública, la descentralización realiza un proceso funcional que destaca la unidad y la eficiencia.¹¹

Esta forma de organización pide al poder central un abandono de parte de sus funciones, reclama al Estado una especie de delegación y equitativa distribución de poderes.¹²

9 Cfr. Artículo 14 de la *Ley Federal de las Entidades Paraestatales*, Porrúa, México, 1990, p. 62.

10 Miguel Acosta Romero ... *op. cit.*, p. 281.

11 Jorge Olivera Toro ... *op. cit.*, p. 298.

12 *Ibid.*, p. 299.

También es una estrategia política, tendiente a democratizar la vida social, agilizar los procesos económicos y lograr una mejor eficiencia en la prestación de los servicios públicos.

La existencia de entes descentralizados está plenamente justificada por necesidades administrativas, técnicas y económicas, y tiene como finalidad disminuir los efectos de que un órgano central lleve todas las funciones administrativas, que por la complejidad de los requerimientos sociales, no cumpla de una manera eficiente con su cometido.

La descentralización administrativa consiste en confiar la realización de ciertas actividades a órganos que guardan con la administración central una relación que no es la de jerarquía.¹³

Los elementos de los órganos descentralizados, son:

- a) se crea por una disposición legislativa o por un decreto del Ejecutivo Federal;
- b) tiene personalidad, régimen jurídico y patrimonio propios;
- c) tiene autonomía orgánica y técnica del nivel central, y
- d) el poder central tiene facultades de control y vigilancia sobre éstos.

Como estrategia política de la administración pública la descentralización busca afianzar los equilibrios necesarios entre las decisiones nacionales y las locales. Produce una redistribución de competencia, la cual concluye en el fortalecimiento de las entidades federativas y municipios.

Para lograr estos objetivos es necesario establecer sistemas permanentes de comunicación entre los diferentes niveles de gobierno, con el fin de conocer la problemática existente, así como las necesidades reales de la sociedad.

¹³ Cfr. Gabino Fraga. *Derecho administrativo*, 28va. ed., Porrúa, México, 1989, p. 198.

El proceso de la descentralización se deberá llevar a cabo de manera gradual, fortaleciendo las estructuras administrativas, jurídicas y sociales, por lo que es necesario un régimen de confianza social para alcanzar su efectividad.

1.6. El Federalismo

Para entender la descentralización como una forma de organización administrativa, tendiente a mejorar en este caso, la prestación de los servicios de salud y su cobertura, es necesario conocer la base política de la República Mexicana. Al respecto la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece en su artículo 40:

Es voluntad del pueblo mexicano constituirse en una República representativa, democrática, federal, compuesta de estados libres y soberanos en todo lo concerniente a su régimen interior, pero unidos en una Federación establecida según los principios de la Ley fundamental¹⁴

Como Estado federal, debemos entender que existe una unión o alianza de las entidades federativas, para la integración de una república, quienes se subordinan a la supremacía de la constitución general como principio de esta Ley fundamental.

En el caso de México, la constitución da vida a la Federación y a las entidades federativas como dos órdenes jurídicos coordinados entre sí, estableciendo las competencias específicas para la Federación, y las que no están consideradas se entienden como reservadas a las entidades federativas.

Podríamos decir que cada una de las entidades federativas delega ciertas facultades que le corresponderían a la Federación, a fin de integrarse como una unidad, como un país, bajo los principios de la Constitución general.

¹⁴ Artículo 40, *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, comentada, 6a. ed., UNAM, 1994, p. 178.

La desconcentración o descentralización de facultades que tiene reservadas la Federación a las entidades federativas, no trata de invadir la esfera de soberanía estatal, sino de coordinar sus acciones para fortalecer el federalismo, esto a través de convenios de coordinación, respetándose el pacto federal y otorgándose a los estados de la República mayor participación y gestión en los problemas y servicios que se requieren atender de manera directa.

La Constitución en su artículo 4º, ordena que la ley reglamentaria -Ley General de Salud- defina las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establezca la concurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salud general. La Ley establece competencia y concurrencias en la materia, asimismo prevé la creación de estructuras administrativas bajo las cuales quede a cargo la salubridad general, esto sujeto a la celebración de convenios de colaboración.

CAPÍTULO II

DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Con el fin de introducirnos en el estudio de la descentralización de los servicios de salud, haremos una referencia general de lo que significa el proceso, con base en lo estipulado en el Programa Nacional de Salud, así como en el Programa de Descentralización, analizando estos instrumentos programáticos con mayor profundidad en el capítulo V de este trabajo.

La descentralización de los servicios de salud, es una estrategia política tendiente a la democratización que busca ampliar la cobertura de los servicios de salud y mejorar la calidad de los mismos, enmarcándose en un proceso continuo de acciones que permiten avanzar desde una organización centralizada, pasando por la delegación de facultades y desconcentración, hasta llegar a la descentralización de dichos servicios.

Como estrategia general del sector salud, la descentralización se refiere a lo que la doctrina denomina: procesos de descentralización y desconcentración administrativa.¹⁵

El proceso de descentralización se da, en la prestación de los servicios de salud a población abierta, así como en las funciones de coordinación programática que se revestirán en los organismos estatales de salud que se creen para tal efecto. Asimismo, se descentralizarán los recursos humanos, materiales y financieros, orientados a la prestación del servicio antes referido.

15 Poder Ejecutivo Federal, *Programa Nacional de Salud 1984-1988*, México, agosto de 1984, p. 161.

El proceso de desconcentración se lleva a cabo en todas las instituciones públicas que prestan servicios de salud y de modo particular en las de seguridad social.¹⁶

Esto es, que se realizarán programas para continuar y fortalecer los procesos de desconcentración de los servicios de salud, que tiene a cargo el IMSS y el ISSSTE, para que se integren a los sistemas estatales de salud.

Finalmente, se desconcentrará a las entidades federativas el ejercicio de las facultades que en materia de salubridad general corresponden a la Secretaría de Salud.

II.1. Marco de referencia

Siete tesis fundamentales de la campaña presidencial del licenciado Miguel de la Madrid Hurtado, conformaron la guía para realizar y conducir el rumbo de la nación, las cuales formaron el punto de partida del Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, el cual contemplaba la descentralización de la vida nacional, sobresaliendo a este respecto la ampliación de la cobertura nacional de los servicios de salud pública, garantizando un mínimo razonable de calidad.

Entre 1983 y 1984 se llevaron a cabo acciones encaminadas de manera sistemática a definir los alcances y límites de la descentralización de los servicios de salud, así como la identificación de soluciones viables que elevaran la participación de los gobiernos estatales en la gestión de los servicios federales a descentralizar, instrumentándose un nuevo modelo funcional y administrativo en la Secretaría de Salud que modernizó el marco jurídico en esta materia de salud.

Asimismo, el licenciado Miguel de la Madrid, en su discurso con motivo de la instalación del gabinete de salud, señaló que el proceso de descentralización tendría dos modalidades: primera, la coordinación

¹⁶ *Ibid.*

funcional y programática, y segunda, la integración orgánica de los servicios de salud a población abierta.¹⁷

Tesis que se ratifica en el Convenio Único de Desarrollo 1984, y en el Decreto que ordena la Descentralización e Integración de los Servicios Coordinados de Salud Pública y los denominados IMSS-COPLAMAR, el cual admite en el proceso de descentralización, dos etapas en torno a las modalidades de la integración de los servicios. En cada etapa se debe cuidar que no se generen deterioros en la operación de los servicios, que se amplíe la cobertura y la calidad de éstos y que se eviten duplicidades y omisiones en el ámbito de acción de las unidades aplicativas, mediante un sistema de atención coordinado y eficiente.¹⁸

Dichas etapas son la coordinación programática y la integración orgánica y descentralización operativa de los servicios de salud.

II.2. Coordinación programática

Por coordinación programática debe entenderse la actividad unificadora de esfuerzos, recursos, funciones y programas comunes a las instituciones públicas que prestan servicios de salud.

Deben considerarse, en esta unificación de funciones y programas, las orientadas a la programación, control y evaluación de los aspectos sustantivos como administrativos de la prestación de los servicios de salud en cada entidad federativa, para contribuir a la consolidación de los sistemas estatales de salud.

17 Cfr. Miguel De La Madrid Hurtado. *Salud pensamiento político (1982-1987)*, Miguel Ángel Porrúa, México, 1988, pp. 26 a 28.

18 Cfr. Artículo 2 del Decreto por el que se descentralizan a los Gobiernos Estatales los servicios de salud que presta la Secretaría de Salud 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, *Diario Oficial de la Federación*, México, 8 de marzo de 1984, p.20.

La coordinación programática es la primera etapa del proceso de descentralización, consistente en que los gobernadores de los estados cuidarán que los servicios SSA, IMSS-COPLAMAR y los locales, se aproximen a efecto de evitar contradicciones y duplicidades, y de lograr complementación y apoyo recíproco.¹⁹

En el ámbito estatal el sector salud está integrado por los Servicios Coordinados de Salud Pública, los servicios IMSS-COPLAMAR, las dependencias e instituciones de salud y seguridad social del gobierno del estado y de los municipios, el DIF estatal y los programas y funciones de los órganos desconcentrados de otras instituciones del sector, como son fundamentalmente el IMSS y el ISSSTE.²⁰

Asimismo, el sistema estatal de salud comprende los servicios médicos de personas físicas o morales de los sectores social y privado, establecidos en la entidad federativa.

Con el propósito de que la coordinación programática se lleve a cabo con efectividad, en el nivel local se cuenta con diversas instancias y mecanismos que permitirán la realización de tareas y el establecimiento de compromisos en este campo, siendo éstas:

- a) El Subcomité de Salud y Seguridad de COPLADE, que además de fungir como un órgano de planeación estatal de los servicios de salud y como un instrumento para la descentralización de los servicios, también constituye la instancia para la integración de funciones que apoyen la coordinación programática de los servicios para el establecimiento del sistema estatal de salud. El Subcomité es la instancia para la coordinación programática donde participan todas las instituciones de salud, incluyendo las delegaciones estatales o regionales del IMSS, ISSSTE y DIF, además de las encargadas de prestar servicios

19 Secretaría de Salud. *Cuadernos de Descentralización*, núm. 1 Documentos Básicos, México, 1984, p. 184.

20 Secretaría de Salud. *Cuadernos Técnicos de Planeación, Descentralización de los Servicios de Salud*, vol. 1, núm. 8, México, 1984, pp. 59 y 60.

a la población abierta, así como los municipios y los sectores social y privado, bajo la dirección del gobierno de los estados.

b) El Consejo Interno de los Servicios Coordinados de Salud en la entidad, y

c) El Consejo Estatal de Vigilancia de los Servicios IMSS-COPLAMAR. Estas dos últimas instancias son normadas por cada una de las dependencias involucradas, sin embargo, de conformidad con lo dispuesto en la cláusula vigésima segunda, fracción VIII, del Convenio Único de Desarrollo 1984, los ejecutivos estatales presidirán ambos consejos, asimismo el ejecutivo estatal tendrá la facultad de acordar con los jefes de Servicios Coordinados de Salud Pública y con los titulares del IMSS-COPLAMAR el ejercicio de sus facultades cuando sea necesario para la coordinación programática.²¹

d) La Comisión de Descentralización Estatal con el fin de proveer al proceso de descentralización en cada estado de los elementos necesarios de coordinación, comunicación, decisión y evaluación, el Programa Piloto de Descentralización de los Servicios de Salud propone el establecimiento de una Comisión de Descentralización Estatal, que opera asimismo como instancia de coordinación programática en este proceso. Esta comisión se formaliza mediante la celebración de acuerdos de coordinación para la descentralización con cada uno de los estados, incorporados en el Programa Piloto. Su objetivo es coordinar la ejecución de las acciones de descentralización de los servicios de salud a población abierta, actuando como órgano participativo, ya que se incorporarán a dicha comisión los delegados del IMSS, ISSSTE y titular del DIF estatal.

Como inicio en el proceso de esta primera etapa de la descentralización de los servicios de salud, se puso en marcha el Programa Piloto de Descentralización en nueve entidades (Baja California Sur, Guerrero,

21 Secretaría de Salud. *Cuadernos de Descentralización*, núm. 1, *op. cit.*, pp. 125 y 126.

Hidalgo, Jalisco, Nuevo León, Oaxaca, Sonora y Tlaxcala, añadiéndose con posterioridad el Estado de México), en las que se ha manifestado el propósito de realizar el proceso por parte de los ejecutivos estatales correspondientes, contando con una base técnica que haga viable la transferencia.²²

Sin embargo, por cuestiones político-administrativas se modificó el Programa Piloto, suprimiéndose los estados de Hidalgo y Oaxaca.

Esta primera etapa se programó para el año de 1984, con el fin de introducir paulatinamente la operación de estos servicios institucionales de salud y de aproximarlos con los ya existentes en la entidad, y para evitar duplicidades y contradicciones en los mismos, asegurando complementariedad y apoyo recíproco.

A pesar de las adversidades encontradas en este primer paso, así como en la problemática económica existente en la nación, se concluyó con la primera etapa prevista en el Programa Piloto de Descentralización.

En congruencia con el criterio de gradualismo en el proceso de descentralización y a partir de los avances de la coordinación programática de los servicios de salud, se han identificado las primeras entidades federativas en las que podrá prosperar a partir de 1985 la integración orgánica de los sistemas de población abierta y la descentralización cabal de la gestión de los servicios.²³

II.3. Integración orgánica y descentralización operativa

Tal como se había programado, se logró cumplir con el Programa de Coordinación Programática, en los estados piloto finalmente considerados.

22. Cfr. Artículo 10. del Acuerdo número 33 por el que se desconcentran facultades a los servicios coordinados de Salud Pública en las entidades federativas, órganos desconcentrados por territorio de competencia coordinada, con el propósito de darles autonomía operativa, Diario Oficial de la Federación, México, 31 de agosto de 1984, p. 7.

23. Guillermo Soberón Acevedo. *Informe de Labores 1983-1984*, Secretaría de Salud, México, 8 de agosto de 1984, p. 31.

Por tanto, en 1985 se inició la integración orgánica de los Servicios Coordinados de Salud Pública y del Programa IMSS-COPLAMAR, y su fusión con los servicios estatales de salud, como organizaciones integradas a las estructuras de los ejecutivos estatales.

En 1985 se inició, gradualmente, la descentralización de los servicios de salud a los primeros estados y en 1986 concluirá esa descentralización en el resto de los mismos.²⁴

La integración orgánica tiene como propósito organizar y desarrollar sistemas estatales de salud con la participación que corresponda a los municipios y los sectores social y privado involucrados.

La descentralización de los servicios de salud a población abierta se desarrollará... en una segunda fase se accederá paulatinamente a la integración orgánica de todos los servicios a población abierta, para constituir sistemas estatales de salud, realizando, paralelamente, esfuerzos para que los servicios y programas se descentralicen a los municipios y se desconcentren a las jurisdicciones sanitarias. A este esquema se une el modelo descentralizado del DIF, mismo que ya cuenta con una red de sistemas estatales apoyados por una estructura normativa y de apoyo central.²⁵

Para estar en posibilidad de efectuar la segunda etapa del proceso de descentralización de los servicios de salud, se ha celebrado el Acuerdo de Coordinación para la Integración Orgánica y la Descentralización Operativa de los Servicios de Salud entre el gobierno federal y los gobiernos estatales, en el marco del CUD.

Asimismo, se han celebrado acuerdos de coordinación en materias específicas a partir de la firma del Acuerdo de Coordinación antes referido, y convenios entre el Gobierno Federal y el IMSS para dar por

24 Artículo 2 fracción IV del 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", proporetona el Instituto Mexicano del Seguro Social, *op. cit.*, p. 20.

25 Secretaría de Salud. Cuadernos de Descentralización, núm. 1, *op. cit.*, p. 159.

terminado el programa IMSS-COPLAMAR y establecer las bases para el Programa de Apoyos Logísticos a cargo del propio IMSS.

Por otro lado, se han instrumentado programas para contribuir y fortalecer los procesos de desconcentración de los servicios de salud, que tienen a cargo el IMSS y el ISSSTE, para su integración a los sistemas estatales de salud.

Como se podrá notar, la meta es la ampliación y fortalecimiento a corto plazo de la participación de los gobiernos estatales en la administración y operación de los servicios de salud, a partir de la consolidación de los sistemas estatales de salud.

II.4 Estrategias generales

La estrategia o proceso de instrumentación de la segunda etapa de la descentralización parte tanto de las bases jurídicas y políticas existentes, como de los instrumentos de coordinación y concertación de acciones formuladas por la Secretaría de Salud al efecto (convenios y acuerdos).

Asimismo, la etapa de integración orgánica recoge los avances logrados en materia de coordinación programática en los niveles central y estatal.

Para lograr la coordinación efectiva de acciones, la Secretaría de Salud ha definido su responsabilidad interna en el proceso y ha promovido el establecimiento de instancias y mecanismos específicos para lograr los propósitos de coordinación de acciones. Estas instancias y mecanismos responden a los distintos niveles en los que deberán realizarse los trabajos para la integración orgánica. El primero es una instancia de coordinación entre la SSA y el IMSS, y de relación con las dependencias globalizadoras involucradas en el proceso (Comité de Descentralización de los Servicios de Salud).

El segundo nivel de acción responde a las necesidades de coordinación interna de la SSA, para la ejecución de trabajos programados para la descentralización (Subsecretaría de Planeación, Dirección General de Descentralización y Modernización Administrativa y representantes de las áreas mayores de la Secretaría de Salud).

En un tercer nivel se encuentran los trabajos realizados en los estados, que adquieren formas y vías específicas de coordinación y colaboración para la integración orgánica (comisarios).

De particular importancia en la estrategia para la integración orgánica y la descentralización operativa de los servicios de salud, ha sido la vinculación de las Unidades Administrativas de la Secretaría de Salud con los grupos de trabajo del Comité de Descentralización y la definición de acciones y responsabilidades en materias o áreas no involucradas en los grupos de trabajo (SSA-IMSS).

La segunda etapa de la descentralización requiere de la identificación de soluciones específicas y viables para distintas cuestiones de orden administrativo, laboral, financiero, patrimonial, técnico y político; por eso, en la reunión celebrada el 21 de enero de 1985, se acordó, entre la SSA y el IMSS, el establecimiento de un Comité de Descentralización de los Servicios de Salud a Población Abierta, mismo que se integra por las Secretarías de Programación y Presupuesto, Contraloría General de la Federación y Salud, así como por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

CAPÍTULO III

COMITÉ DE DESCENTRALIZACIÓN

Como instancia y mecanismo para la integración orgánica y descentralización operativa de los servicios de salud, se crea el Comité de Descentralización,²⁶ por la importancia que le reviste a nuestro estudio, se analiza en este capítulo.

La organización del Comité responde a las prioridades de descentralización en los niveles central y estatal, sin excluir los renglones que corresponden exclusivamente a la SSA en su carácter de autoridad sanitaria.

III.1. Constitución

El Comité de Descentralización está conformado de la siguientes manera:

- a) Un presidente: quien es el secretario de salud.
- b) Vocales: que son el director general del IMSS; los subsecretarios de Desarrollo Regional, de Planeación y Presupuesto, y de Desarrollo Social y Rural de la Secretaría de Programación y Presupuesto; el oficial mayor de la SSA, el delegado de la SECOGEF en el sector salud y representantes del IMSS.
- c) Un coordinador: que es el subsecretario de Planeación de la SSA.
- d) Un Secretariado Técnico: coordinado por la Dirección General de Descentralización y Modernización Administrativa, en el que parti-

²⁶ Cfr. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Planeación. *Archivo del Comité de Descentralización y Desconcentración*, México, 1983.

cipan las direcciones generales de Planeación y Presupuesto y de Apoyo a la Coordinación Regional de la SSA, y la Coordinación General de Apoyo a la Descentralización del Programa IMSS-COPLAMAR.

e) Grupos de trabajo: éstos son bipartitas SSA-IMSS, coordinados por el Secretariado Técnico, y son los siguientes:

- Programas Estatales y Modelos de Atención y Organización.
- Financiamiento y Contabilidad.
- Aspectos Laborales.
- Abastecimiento.
- Conservación y Mantenimiento.
- Aspectos Patrimoniales.
- Enseñanza y Capacitación.
- Información.

f) Comisaros: coordinados por el Secretariado Técnico, son el enlace entre el Comité de Descentralización y los grupos de trabajo a nivel estatal. Son responsables del programa operativo en cada entidad federativa y les compete la coordinación de los ocho grupos de trabajo y de los trabajos directos de las Unidades Administrativas de la SSA, incorporados en los grupos de trabajo SSA-IMSS en los estados.

g) Grupos de trabajo en el nivel estatal: constituidos por personal de la SSA y del IMSS en el nivel central, así como por personal de los Servicios Coordinados de Salud en los estados y del IMSS-COPLAMAR y del gobierno del estado. Estos grupos son coincidentes con los que funcionan en el nivel central, bajo la coordinación del Secretariado Técnico.

III.2. Grupos de trabajo

Integrados por la SSA y el IMSS, encargados de coordinar, en las áreas de competencia que sean necesarias, las actividades que permiten la oportuna y adecuada toma de decisiones en el proceso de integración orgánica y descentralización operativa en cada estado.

Cada grupo cuenta con un coordinador, quien es designado por la Dirección General responsable de cada grupo de trabajo y debe informar al coordinador del Secretariado Técnico sobre el avance de las acciones y de los trabajos encomendados en su materia.

Los grupos de trabajo tienen grupos similares en los estados, a fin de asegurar que haya congruencia entre sus planteamientos y sus resultados, asimismo, promueven la participación de las diversas áreas técnicas y normativas de la SSA y del IMSS para la integración de los productos generales para cada materia.

III.3. Comisarios

Como estrategia para ordenar los trabajos de la integración orgánica y descentralización de los servicios de salud en cada entidad, se define la designación de un comisario que coordine las actividades de los grupos de trabajo del nivel estatal.

Lo anterior a fin de establecer un mecanismo de vinculación entre los niveles de decisión del Comité de Descentralización y los grupos de trabajo estatales que coadyuvan a la instrumentación de las acciones para la integración orgánica y la descentralización de los servicios de salud en los estados.

Dentro de las responsabilidades de los comisarios esta la de elaborar el programa de trabajo y calendario de actividades, así como vigilar que los grupos de trabajo se sujeten a los mismos e informar al Coordinador del Secretariado Técnico, al gobierno del estado y a los Servicios Coordinados de Salud Pública, el avance de los trabajos y la problemática detectada.

Los comisarios deben cuidar que a la fecha de celebración del Acuerdo de Coordinación para la Integración Orgánica y Descentralización Operativa de los Servicios de Salud o bien que al vencimiento de los plazos que se establezcan, se cuente con los instrumentos y resultados esperados en el programa de trabajo.

Una vez firmado el Acuerdo de Coordinación correspondiente, los comisarios supervisan y asesoran a los servicios estatales de salud en la instrumentación de la integración orgánica, así como vigilan que la implantación de los sistemas integrados en el estado tiendan a un ordenado funcionamiento de los servicios de salud, y hacer el seguimiento de los apoyos logísticos que proporcionan la SSA o el IMSS durante el proceso de instrumentación.

Finalmente, deben informar permanentemente al gobierno del estado y al Secretariado Técnico del Comité de Descentralización respecto del avance de la instrumentación de la integración orgánica hasta su culminación.

III.4. Grupos de trabajo en los estados

Para instrumentar el proceso de integración orgánica y descentralización de los servicios de salud se integraron grupos de trabajo estatales, con la finalidad de realizar actividades coincidentes con los comités que funcionan en el nivel central.

Los grupos de trabajo en los estados se integran como se refirió anteriormente por personal de la SSA y del IMSS a nivel central y por personal de los Servicios Coordinados de Salud en la entidad, por representantes del IMSS-COPLAMAR, así como del gobierno del estado, para cada una de las materias de competencia que se requiera. La coordinación de los grupos de trabajo estará a cargo de la SSA. Asimismo, se integrarán grupos de trabajo correspondientes a regulación sanitaria, control, epidemiología e investigación.

Los grupos de trabajo asesoran y apoyan a las áreas responsables de los Servicios Coordinados en la revisión, conformación y presentación de estudios y documentos, para la integración orgánica y descentralización, así como vigilan los avances en la instrumentación de las normas, sistemas y procedimientos necesarios para la operación y administración descentralizada de los servicios, y permanentemente informan al comisionario del desarrollo de los trabajos y de los problemas que se presentan.

III.5. Grupos de trabajo de las áreas responsabilidad directa de la Secretaría de Salud

La Ley General de Salud establece con precisión la distribución de competencias entre la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, señalando que corresponde al Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de los servicios de salud en las materias de salubridad general.²⁷

Esta distribución de competencias reserva a la SSA una serie de materias de regulación sanitaria que son objeto de una descentralización paralela al proceso de integración orgánica.

Se hace necesario establecer las bases para el ejercicio coordinado de las funciones y acciones de salubridad general que se descentralizarán a las entidades federativas.

Asimismo, existen diversos elementos del sistema de organización de la SSA que sin ser objeto de integración orgánica, si requieren participación del nivel estatal para su descentralización y para apoyar el proceso en los aspectos que a cada área correspondan.

Es necesario definir acciones para, por una parte, complementar las actividades de los grupos de trabajo del Comité de Descentralización y,

27 Cfr. Arts. 3o. y 13o. de la *Ley General de Salud*, 6a. ed., Porrúa, México, 1990, pp. 2 y 5.

por la otra, dar integridad al proceso de descentralización y la aplicación del modelo de atención a la salud.

Se crean grupos de trabajo bipartitas, ya que sólo participan la SSA y los gobiernos de las entidades federativas, encargados del proceso de descentralización en materias de control, regulación sanitaria, asuntos jurídicos, epidemiología, comunicación social, investigación en salud y de educación para la participación comunitaria en salud.

Dentro de las funciones de estos grupos están:

- Formular políticas específicas de descentralización de apoyo a la integración orgánica de su materia.
- Promover el establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica, y de regulación y fomento sanitario.
- Difundir, en los medios de comunicación masiva, medidas de protección de la salud, e información acerca de la integración orgánica y la descentralización.
- Formular las bases para implantar un Sistema Nacional de Regulación y Control Sanitario y establecer los sistemas estatales de regulación y fomento sanitario.
- Proporcionar asesoría para la elaboración y expedición de los instrumentos jurídico-administrativos del proceso de integración orgánica y descentralización operativa.
- Promover el establecimiento de un sistema para ejercer permanentemente el control descentralizado de los recursos materiales y financieros destinados al proceso de integración orgánica y descentralización operativa.
- Promover la educación para la participación en materia de salud como una vía de desarrollo individual, familiar y social.

III.6. Resultados generales

La instalación del Comité de Descentralización de los Servicios de Salud ha permitido contar con una instancia de coordinación en la cual se convienen, definen y evalúan las políticas, las estrategias y los criterios para la integración orgánica y la descentralización operativa de los servicios de salud.

Los grupos de trabajo, en su totalidad, han propuesto importantes acciones en cada una de las materias; se han establecido criterios generales en relación a la identificación de las diferencias en la prestación de los servicios, entre los Servicios Coordinados de Salud Pública y las unidades del Programa IMSS-COPLAMAR; la definición de áreas y materias en las que existen duplicidades, rezagos o contradicciones; y la proposición de alternativas para diseñar los modelos y manuales que se requieren para la integración de los servicios estatales de salud.

En síntesis, puede decirse que la creación del Comité de Descentralización de los Servicios de Salud a Población Abierta, el funcionamiento de los grupos de trabajo y la participación de las áreas de la SSA y el IMSS, han significado avances importantes para la definición de políticas y estrategias para la integración orgánica de los servicios de salud.

Una vez concluidas las actividades respectivas por parte de los grupos de trabajo del Comité de Descentralización, tanto a nivel central como estatal, se procedió a integrar los manuales y apéndices que conformarán los Acuerdos de Coordinación que se formalizaron entre el gobierno federal y los gobiernos de las entidades federativas, conforme al Convenio Único de Desarrollo para la descentralización operativa de los servicios de salud y la creación de los sistemas estatales de salud.²⁸

²⁸ Cfr. Artículo 1o. del Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece las bases del programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Diario Oficial de la Federación*, México, 30 de agosto de 1983, p. 12.

CAPÍTULO IV

PROBLEMÁTICA EXISTENTE EN EL PROCESO

En este capítulo se describirán en términos generales los principales obstáculos encontrados en el proceso de la descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas, tanto en los niveles central como estatal.

IV.1. En el nivel central

El principal problema encontrado es el aspecto económico, puesto que el proceso descentralizador implica una importante erogación de recursos para la Secretaría de Salud, que está siendo sufragado con su presupuesto normal, autorizado dentro del Presupuesto de Egresos de la Federación.

Debido a la falta de recursos económicos y la premura del tiempo, la infraestructura a descentralizar, así como los recursos materiales, no se encuentran en condiciones óptimas para la prestación de los servicios, no siendo posible su rehabilitación o reposición, transfiriéndose en el estado físico en que se encuentran.

El aspecto económico ha repercutido en todos los niveles y fases de la descentralización de los servicios de salud. Los grupos de trabajo del Comité de Descentralización en los niveles central y estatal, no cuentan con el suficiente apoyo financiero para realizar las encomiendas asignadas de una manera óptima, no disponiéndose de los recursos para permanecer el tiempo necesario en las entidades federativas, teniendo que redoblar sus esfuerzos para que el proceso descentralizador conti-

núe su cauce, tratando de evitar que sufra deterioros la prestación de los servicios de salud.

Esto ha implicado que se encuentren fallas en el proceso, así como una falta de entendimiento entre los diferentes niveles, central y estatal.

Asimismo, la capacitación que se imparte al personal de los estados no es suficiente y adecuada, por no contar en el nivel central con el personal idóneo y en muchas ocasiones preparado, para a su vez poder transmitir sus conocimientos, así como por no tener la disponibilidad de tiempo y de recursos para llevar a cabo un programa formal de capacitación, ya que el personal involucrado tiene asignadas funciones propias en el nivel central que no puede descuidar.

Por otro lado, se ha observado una falta de interrelación entre los trabajos bipartitas que realiza la Secretaría de Salud y los del IMSS. No se efectúan las reuniones de trabajo bipartitas por cada grupo de trabajo, como se hiciera en los primeros estados a descentralizar, provocando disparidad de ideas e incumplimiento en los tiempos de ejecución en los trabajos que presentan al Comité de Descentralización, que serán integrados como anexos a los acuerdos de coordinación que sobre descentralización se celebren con las entidades federativas. Esta situación ocasiona el retraso de las metas trazadas en la descentralización de los servicios de salud, ya que los acuerdos de coordinación a formalizar para tal efecto, no son celebrados en los tiempos programados.

IV.2. En el nivel estatal

En este nivel destaca como principal obstáculo la falta de una estructura orgánica adecuada en los servicios estatales de salud, que facilite las actividades descentralizadas en los estados.

Asimismo, en la mayoría de los Servicios Coordinados de Salud Pública en las entidades federativas, no se cuenta con los recursos humanos en la cantidad y calidad suficientes, para realizar las funciones

sustantivas y operativas, que sustenten la correcta prestación de los servicios de salud pública en la entidad. Es importante destacar que la Secretaría de Salud ha instrumentado un programa voluntario para la descentralización de plazas a las entidades federativas, pero este programa no avanzará conforme a los requerimientos inmediatos de los Servicios Coordinados.

Por otro lado, si a esto aunamos que no se cuenta con los recursos económicos necesarios para fortalecer dicha estructura orgánica, ni para efectuar la eficaz y eficiente capacitación de los recursos humanos existentes, podemos observar que será necesario que las unidades administrativas que sustenten los servicios estatales de salud, deberán hacer su mejor esfuerzo para estar en posibilidades de proporcionar, en una forma correcta, la prestación de los servicios de salud, sin lo cual no será funcional la descentralización de dichos servicios.

Como se comentó, la mayoría de la infraestructura en salud y los recursos materiales que se descentralizan, se encuentran en regulares o malas condiciones, no disponiéndose de los recursos presupuestales para la rehabilitación y reposición, lo que repercute en la deficiencia de los servicios que se prestan.

Conviene destacar que los ejecutivos estatales están en la mejor disponibilidad de apoyar al Ejecutivo Federal para que se realice de una manera eficaz la descentralización de los servicios de salud; sin embargo, algunos de ellos no han contado con los recursos necesarios para lograrlo, motivo por el cual no se ha podido cumplir con los programas planeados. Como ejemplo tenemos la modificación que se realizó al Programa Piloto de Descentralización, en el que dos de los nueve estados piloto designados originalmente, fueron sustituidos por otros.

No obstante las restricciones presupuestales, la descentralización de los servicios de salud avanza y es irreversible en doce entidades federativas, lo que representa el 12% de los recursos de la Secretaría de Salud, lo cual

ha sido posible debido a la solidaridad de ciudadanos y gobernadores, contando con la firme voluntad política del Ejecutivo Federal.²⁹

La descentralización administrativa de los servicios de salud se realizó en diversas entidades federativas, sin embargo en algunos casos no se logró ampliar la cobertura o mejorar la calidad de los mismos objetivos del programa de descentralización de los servicios de salud, presentándose algunos problemas en los procedimientos, lo que cambió la estrategia política del gobierno a partir de 1989.

29 "A pesar de las restricciones presupuestales, la descentralización de la SS avanza", Soberón Acevedo, Guillermo; en el diario *El Universal*, México, 8 de marzo de 1986, primera sección, p. 7.

CAPÍTULO V

FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La descentralización de los servicios de salud ha hecho necesarias diversas reformas legales que le dan su adecuada jerarquía de proceso político, técnico, administrativo y estrictamente jurídico, motivo por el cual el titular del Ejecutivo Federal ha promovido ante el H. Congreso de la Unión, diversas iniciativas de reformas y adiciones a diferentes ordenamientos jurídicos, aplicables a la materia en estudio.

Por lo señalado anteriormente, se puede considerar que la descentralización de los servicios de salud se lleva a cabo mediante dos vías: la de celebración de convenios de coordinación entre la Secretaría de Salud y los ejecutivos de los estados, y otra, a través de la reforma legislativa, sin la cual se correría el riesgo de volver a los gobernadores empleados de la Federación, siendo que los dos niveles de gobierno son dos órdenes de igual jerarquía, el orden federal y el orden estatal.³⁰

La descentralización, acción que reivindica nuestro sistema federal, se ha sustentado en una sólida plataforma jurídica que salvaguarda los intereses federales, cuida la soberanía de los estados y respeta escrupulosamente los derechos de los trabajadores y de sus organizaciones sindicales. Para construir esa plataforma se enmendó la Constitución, se expidió la Ley General de Salud, entraron en vigor varios decretos presidenciales y las legislaturas locales han empezado a emitir leyes estatales de salud.

30. Cfr. "Municipio Libre y Descentralización de la Vida Nacional"; en *Gaceta Mexicana de Administración Pública Estatal y Municipal*, Instituto Nacional de Administración Pública, México, octubre-marzo, 1984, p. 91.

Junto con el sustento legislativo -indispensable por tratarse de un proceso de redistribución descentralizadora de competencias- se ha contado con acuerdos de coordinación que aseguran que la descentralización sea un quehacer pactado entre los dos niveles de gobierno, para así acomodarlo a las posibilidades de cada entidad...³¹

La Ley General de Salud señala la dirección; los decretos presidenciales definen los tiempos y modalidades y, el Convenio Único de Desarrollo celebrado con los ciudadanos gobernadores, convierte a la descentralización en proyecto adoptado por dos órdenes de gobierno.³²

La instrumentación de la descentralización de los servicios de salud, se da en un programa de planeación, a mediano plazo.

V.1. Régimen legal

V.1.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

El 3 de febrero de 1983 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación*, la adición de un párrafo al artículo 4º constitucional, que establece el derecho a la protección a la salud:

Toda persona tiene derecho a la protección de salud. 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, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.³³

Dicho precepto constitucional eleva a rango de garantía social, el derecho a la protección de la salud. El licenciado José Francisco Ruiz Massieu, dice al respecto:

... los derechos sociales y los derechos individuales son radicalmente distintos: éstos últimos, fundamentalmente, imponen al Estado una obli-

31 Soberón Acevedo, Guillermo. *La protección de la salud en México. Palabras, discursos y mensajes (1986-1988)*, volumen segundo, Miguel Ángel Porrúa, México, 1989, p. 147.

32 *Ibid.*, p. 153.

33 Artículo 4º., párrafo cuarto de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, *op. cit.*, p. 18.

gación de no hacer, le obligan a abstenerse de violarlos, en tanto que los derechos sociales conllevan obligaciones de hacer para el Estado; el Estado debe generar las condiciones necesarias para que el derecho social pueda darse, ejercerse.³⁴

Asimismo, el precepto constitucional establece que es el H. Congreso de la Unión el que legisle sobre las bases y modalidades que garanticen el acceso a los servicios de salud y sobre la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, propiciando la reversión del proceso centralizador.

El nuevo párrafo tercero (actualmente cuarto) del artículo 4º Constitucional es la médula del programa de salud del Estado mexicano, es el mejor acicate para la acción pública en materia sanitaria y es, en suma, un precepto al que deberán acomodarse las grandes decisiones que tomen los poderes públicos en cuanto asignación de recursos, descentralización de la vida nacional, modernización administrativa y reestructuración de la vida social.³⁵

El artículo 73 fracción XVI, establece que el Congreso de la Unión tiene entre sus facultades, la de dictar leyes en materia de salubridad general de la República, asimismo, estipula que el Consejo de Salubridad General, será un órgano autónomo, dependiente directamente del presidente de la República y con autoridad nacional para dictar disposiciones generales de observancia obligatoria.

Con base en esto, se promulga la Ley General de Salud, rectora de las modalidades, bases y competencias para la prestación de los servicios de salud, así como las Leyes Estatales de Salud, regidoras en la materia, en su ámbito de competencia respectiva.

Por otro lado, el artículo 26 constitucional señala que el Estado organizará un Sistema de Planeación Democrática del desarrollo nacional, con la participación de diversos sectores integrando mediante sus

34 José Francisco Ruíz Massieu, Diego Valadés, *Nuevo Derecho Constitucional Mexicano*, Porrúa, 1a. ed., México, 1993, p. 418.

35 *Op. cit.*, p. 423.

demandas sociales el Plan Nacional de Desarrollo, al cual se sujetarán los programas de la administración pública.

Con este fundamento se promulga la Ley de Planeación, en la cual se establecen los procedimientos de participación y los criterios para la formulación, instrumentación, control y evaluación del Plan y los programas de desarrollo dentro del Sistema Nacional de Planeación Democrática, determinándose los órganos responsables de la planeación y las bases para la coordinación mediante convenios que celebren los gobiernos federal y estatales, en donde se concierten e induzcan las acciones necesarias a realizar.

La planeación democrática del país exige medidas tendientes a la descentralización de las funciones encomendadas al gobierno Federal hacia las entidades, dentro de las cuales está contemplada la prestación de los servicios de salud.

Finalmente, el artículo 116 en su fracción VI (antes artículo 115, fracción X), estipula que la Federación podrá convenir con los estados y éstos a su vez con los municipios la asunción, por parte de los segundos, del ejercicio de sus funciones, así como la ejecución y operación de la prestación de servicios públicos cuando el desarrollo económico y social lo hagan necesario.³⁶

Por lo cual se dan los lineamientos genéricos para que se efectúe la descentralización de los servicios de salud, fundamentando legalmente los convenios que se celebren a este respecto, buscando la democratización del país y la distribución de las facultades a las localidades en donde se requiera de ellas.

V.1.2. Ley General de Salud

La Ley General de Salud, reglamentaria del artículo 4o. constitucional, previene las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud

36 Artículo 116, fracción VI de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, op. cit., p. 542.

y la concurrencia del gobierno federal y las entidades federativas en materia de salubridad general. Asimismo, dispone que ambas órdenes de gobierno podrán establecer mediante acuerdos de coordinación, estructuras administrativas a cuyo cargo quedarán los servicios de salubridad general que correspondan y la administración de recursos humanos, materiales y financieros que aporten las partes.

La Ley General de Salud tiene entre sus objetivos, dar impulso a la descentralización mediante una distribución de competencias en materia de salubridad general entre la Federación y las entidades federativas, siendo contemplado en los capítulos primero y segundo de la misma.

Se configura el principio ordenador de la descentralización de los servicios de salud de la vida nacional, y hace efectivo el proceso de transferencia de facultades, programas y recursos de las autoridades federales a las estatales y, en su caso municipales, conservando las primeras aquellas atribuciones de planeación, normatividad, control y evaluación, y trasladándose a las segundas la operación, con autonomía jerárquica de las primeras.

En la Ley General de Salud destacan artículos que conforman el marco de legalidad de la descentralización de los servicios de salud, en materia de salubridad general, que son los siguientes:

El artículo 3º define las materias de salubridad general; el artículo 4º precisa las autoridades sanitarias, siendo una de ellas los gobiernos de las entidades federativas; el artículo 7º indica como una de las atribuciones de la Secretaría de Salud, el impulsar la descentralización y desconcentración de los servicios de salud; el artículo 9º señala el propósito de establecer sistemas estatales de salud y la responsabilidad de los gobiernos estatales en su planeación, organización y desarrollo; el artículo 13º distribuye competencias entre la Federación y los estados; el artículo 18º establece las bases y modalidades en el ejercicio de esas atribuciones y en la prestación de los servicios de salubridad general, de conformidad con los acuerdos de coordinación suscritos

entre la SSA, los gobiernos estatales y el Departamento del Distrito Federal, en el marco del Convenio Único de Desarrollo; los artículos 19º y 20º refieren la estructura administrativa que tendrán los servicios de salud; y el artículo 21º establece las bases a que se sujetarán esos acuerdos de coordinación.³⁷

V.1.3. Ley de Planeación

El 5 de enero de 1983 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación*, la Ley de Planeación, que tiene entre sus objetivos establecer normas y principios para llevar a cabo la planeación del desarrollo y encauzar las actividades de la administración pública federal, así como establecer las bases para que el Ejecutivo Federal coordine sus actividades de planeación con las entidades federativas conforme a la legislación aplicable.

De acuerdo con este ordenamiento, la Planeación Nacional de Desarrollo se llevará a cabo mediante sistemas nacionales de planeación democrática, instituyéndose la participación social en la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo y sus programas, y se prevén procedimientos para extenderla a su ejecución y evaluación; se definen las responsabilidades de quienes intervienen en el proceso de planeación, se impulsa el fortalecimiento de la capacidad de planeación en los tres órdenes de gobierno: federal, estatal y municipal, a la vez que se busca asegurar su congruencia; y se jerarquizan los instrumentos de planeación en tres niveles: global, sectorial e institucional, para que a partir del Plan Nacional de Desarrollo se formulen los programas sectoriales, entre ellos el de salud, los institucionales, los regionales y los especiales que determine el presidente de la República, asegurando así la congruencia necesaria de las acciones propuestas para su mayor efectividad.

³⁷ Cfr. Arts. 3º, 4º, 7º, 9º, 13, 18, 19, 20 y 21 de la *Ley General de Salud*, op. cit. pp. 2 a 8.

Asimismo, la Ley de Planeación señala la participación de los gobiernos de las entidades federativas en el Sistema Nacional de Planeación Democrática. Al efecto se establece la posibilidad de convenir la coordinación que se requiera; la colaboración, en el ámbito de su jurisdicción, a la consecución de los objetivos de la planeación nacional, y finalmente la planeación conjunta de acciones. Se busca establecer y operar, en el ámbito de cada entidad federativa, sistemas estatales de planeación.

Dentro del Sistema Nacional de Planeación Democrática tiene lugar la participación de los diversos grupos sociales por medio de la consulta popular, en la que se manifiestan las necesidades sociales que deben servir de guía a la acción del Estado.

Esta participación también se da a través de la concertación e introducción de acciones con los grupos sociales o con los particulares interesados. La concertación es de acuerdo a la Ley en estudio, objeto de contratos o convenios de cumplimiento obligatorio.³⁸

La planeación como medio para el desarrollo de las actividades del Estado, está sustentada en varios principios, como el de preservar y perfeccionar el régimen federal, así como el de fortalecer el pacto federal con los estados y el municipio libre, promoviendo la descentralización de la vida nacional. De esta manera, la Planeación Nacional de Desarrollo como adecuación nacional y sistemática de acciones, tiene uno de sus sustentos en el federalismo y la descentralización de la vida nacional.

El Programa de Descentralización de los Servicios de Salud, rige este procedimiento, con base en los lineamientos establecidos por la Ley de Planeación, en el Convenio Único de Desarrollo, sustentando acciones

38 Cfr. Secretaría de Salud. *Cuadernos Técnicos de Planeación, Descentralización de los Servicios de Salud, op.cit.*, pp. 41 a 45.

de coordinación mediante convenios suscritos por los ejecutivos Federal y estatal, para tal efecto.

V.1.4 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal

La Ley en estudio tiene como objeto principal el de establecer las bases de organización de la administración pública federal, así como determinar la facultad de competencia de las distintas dependencias y entidades con las que se auxilie el Ejecutivo Federal para el despacho de los asuntos de orden administrativo que tiene a su cargo.³⁹

Con base en el Decreto publicado el 21 de enero de 1985, por el que se reforma y adiciona la ley en estudio, en sus artículos 26 y 39, se modificando la denominación de Secretaría de Salubridad y Asistencia por la de Secretaría de Salud, en acato al precepto constitucional contenido en el artículo 4º, ya antes referido, el cual establece que el derecho a la salud es general para toda la población, dando a dicha dependencia mayor cobertura en su denominación, generalizándola en todos los aspectos relacionados con la salud.

Asimismo, se le otorgan nuevas facultades a la dependencia en cuestión, destacándose en cuanto a descentralización de los servicios de salud, las siguientes:

Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y prever a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Asimismo, propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho Sistema Nacional de Salud y determinará las políticas y acciones de inducción y corrección correspondientes.

Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud.

³⁹ Cfr. Arts. 1,2,3 de la *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal*, op. cit., pp. 7 y 8.

Actuar como autoridad sanitaria, ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Ejecutivo Federal, vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables y ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad general.⁴⁰

Lo anterior tiene gran relevancia dentro de la descentralización de los servicios de salud, en virtud de que ésta constituye un gran medio para alcanzar los fines del Sistema Nacional de Salud, el cual pretende lograr la cobertura total de los servicios de salud en la población, y a su vez mejorar la calidad de dichos servicios, objetivos prioritarios de la descentralización y otorgar a la Secretaría de Salud las facultades inherentes a planear, normar, coordinar y evaluar todo lo relativo al Sistema Nacional de Salud y a las dependencias y entidades que presten dichos servicios, buscando en la descentralización, la coordinación programática de las unidades que presten estos servicios a fin de evitar contradicciones y duplicidades en su prestación a efecto de que se complementen los mismos, mejorando y alcanzando mayor cobertura de operación.

Asimismo, a la Secretaría de Salud se le otorga la facultad de vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, misma que contempla, como anteriormente se expuso, diversos aspectos relacionados con la descentralización de los servicios de salud.

V.1.5. Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación

Este ordenamiento regula el ejercicio y control del gasto que ejercerá la Federación en cada año, distribuyendo por dependencia las erogaciones autorizadas. Dentro del artículo 22 del Presupuesto de Egresos de la Federación 1986⁴¹ se establece que será responsabilidad de los

40 Artículo 39, fracciones VI, VII y XXI de la *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal*, op. cit., p. 24.

41 *Cfr. Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio de 1986, Diario Oficial de la Federación*, México, 31 de diciembre de 1985, p. 91 a 123.

titulares de las dependencias realizar las acciones previstas en sus programas de descentralización con recursos de sus presupuestos aprobados.

Con base en lo anterior, se pueden observar las políticas de racionalidad y austeridad que se han determinado con relación al Programa de Descentralización, no autorizando una partida presupuestal adicional para la realización de dicho programa, lo cual ha provocado un retraso en la implantación de éste, manifestándose asimismo diversas problemáticas para la capacitación de las autoridades estatales correspondientes.

Por otro lado, en el artículo 22 del instrumento en estudio, se señalan los criterios que deberán seguir las acciones que se realicen en materia de descentralización, siendo las siguientes:

I. Procurar que los trámites se lleven a cabo y se resuelvan los asuntos en los mismos lugares que se originen;

II. promover la efectiva delegación de facultades en servidores públicos subalternos, empleando criterios de tasas porcentuales o cualesquiera otros que se adecuen a los topes o rangos que establezcan en dicha delegación, a efecto de garantizar mayor oportunidad en la toma de decisiones y flexibilidad en la atención de los asuntos, considerando monto, complejidad, periodicidad y vinculación con las prioridades de los mismos;

III. fortalecer la operación, estructura y niveles de decisión de sus órganos regionales;

IV. racionalizar y simplificar las estructuras con que cuenten a efecto de utilizar los recursos estrictamente indispensables para llevar a cabo sus actividades sin que ello implique creación de estructuras paralelas o de plazas adicionales respecto a las que haya en las oficinas centrales, y

V. determinar, oyendo a las representaciones sindicales respectivas, los términos y condiciones en que se realizará la reubicación geográfica de los servicios públicos que acepten ser incluidos en los programas de descentralización, otorgándoles las prestaciones que le correspondan conforme a la ley y respetando los derechos laborales adquiridos.⁴²

42 *Ibid.*, pp. 95 y 96.

En los presupuestos de egresos de 1987 a 1990, se consideran las acciones de descentralización siempre en el marco de racionalidad, austeridad y disciplina presupuestal, dando prioridad a los traspasos de plazas y recursos, pero siempre dentro del presupuesto autorizado y sin que implique la creación de nuevas plazas, lo que denota que la descentralización es un programa que cuenta con el respaldo político, pero no con el económico, lo cual impide su instrumentación adecuada y oportuna.

V.1.6. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

V.1.6.1. Reglamento del 19 de agosto de 1985

En el presente Reglamento se observa una reestructuración de las unidades administrativas, de los órganos y de las comisiones y comités que integran la dependencia, así como de sus funciones, atribuyéndole al C. secretario del ramo, dentro de sus facultades no delegables, la de proponer al presidente de la República, la desconcentración de facultades de las unidades administrativas centrales a órganos administrativos desconcentrados por territorio; la de definir, conducir y controlar el proceso de descentralización y desconcentración de la Secretaría; y la de celebrar acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, conforme a lo dispuesto por la Ley General de Salud.⁴³

Dentro de las unidades administrativas la Secretaría cuenta con la Dirección General de Coordinación Sectorial y la de Descentralización y Modernización Administrativa. Entre las atribuciones de la Dirección General de Coordinación Sectorial, se establece en la fracción VII del artículo 18, la siguiente:

Apoyar la coordinación del Sector Salud en las entidades federativas, así como los procesos de descentralización y desconcentración de los servicios de salud, y⁴⁴

43 *Cfr.* Artículo 5o. del *Reglamento Interior de la Secretaría de Salud*, *Diario Oficial de la Federación*, México, 19 de agosto de 1985, pp. 49 y 50.

44 *Ibid.*, Artículo 18, fracción VII, p. 62.

Por otro lado, la Dirección General de Descentralización y Modernización Administrativa, tendrá dentro de sus competencias referidas en el artículo 19 del ordenamiento en estudio, relacionadas con la descentralización de los servicios de salud las siguientes:

IV. Integrar el programa de descentralización y modernización de la Secretaría conforme a lo que establezcan las dependencias competentes y apoyar su ejecución, así como asesorar a las unidades administrativas en este campo.

V. Apoyar y asesorar a las unidades de la Secretaría en la desconcentración y descentralización de sus atribuciones.

VI. Elaborar los proyectos de modelos administrativos para llevar a cabo el proceso de desconcentración y descentralización de las diversas unidades de la Secretaría, de acuerdo a las opiniones y lineamientos de la Comisión de la materia, y

VII. Formular recomendaciones tendientes a la elevación de la productividad y a la racionalización de las estructuras, procedimientos y funciones de la Secretaría del sector y de las estructuras administrativas descentralizadas por territorio.⁴⁵

Los capítulos VIII y IX respectivamente, regulan a los órganos administrativos desconcentrados por función y por territorio, y a la descentralización de la Secretaría.

En los primeros existe transferencia de las facultades que les confiere el Reglamento, así como de aquéllas que sobre una materia específica determine su instrumento jurídico de creación. Estos órganos no tienen una expresión territorial en su desconcentración y continúan jerárquicamente subordinados a las entidades administrativas superiores, las cuales pueden revisar, reforzar, modificar, revocar y nulificar, en su caso, las resoluciones dictadas por el órgano desconcentrado.⁴⁶

⁴⁵ *Ibid.*, Artículo 19, p. 63.

⁴⁶ *Cfr. Ibid.*, capítulo octavo, pp. 69 a 72.

Los órganos administrativos desconcentrados por territorio, están sometidos a un control jerárquico por parte de las entidades administrativas centrales y reciben de ellas las facultades, programas y recursos de una expresión territorial circunscrita en la entidad federativa correspondiente.

La Secretaría podrá acordar con los gobiernos de los estados el establecer los Servicios Coordinados de Salud Pública. Dichos servicios contarán con un consejo interno que será presidido por el ejecutivo local.

Se destacan las facultades que se le otorgan a los Servicios Coordinados de Salud Pública, para apoyar en la integración y coordinación de los sistemas estatales de salud, para llevar a cabo programas de desconcentración territorial en la entidad federativa de su circunscripción, así como la de apoyar la descentralización de la Secretaría a las entidades federativas. El artículo 39o. estipula que la Secretaría elaborará y llevará a cabo un programa de descentralización de los servicios de salud de los estados, de conformidad con las leyes aplicables y los acuerdos de coordinación que al efecto se celebren.⁴⁷

Finalmente, los artículos 57 y 58 regulan la integración y funciones del Comité de Descentralización y Desconcentración, estando integrado por el secretario quien lo presidirá, los subsecretarios, el oficial mayor y el contralor interno como vocales, y el director general de Descentralización y Modernización Administrativa quien actuará como secretario técnico del Comité. Como se puede observar este cuerpo colegiado de la Secretaría está integrado por las máximas autoridades de la dependencia.

El Comité tendrá como funciones las siguientes:

1. Apoyar a la formulación de programas de descentralización y desconcentración de la Secretaría, integrando las propuestas que presenten las

47. *Cfr. Ibid.*, Artículo 58, p. 74.

Subsecretarías y la Oficialía Mayor y cuidando que se ajusten a los programas de descentralización y desconcentración del gobierno federal y sean congruentes con el Programa del Sector Salud y con el Programa Institucional;

II. coadyuvar a que los programas de descentralización y desconcentración se ejecuten eficazmente;

III. auxiliar en la evaluación de la ejecución de los programas, a fin de hacer la detección de las desviaciones y tomar las medidas correctivas que procedan;

IV. rendir opiniones tendientes a que los programas de descentralización y desconcentración se ajusten al Programa de Modernización Administrativa de la Secretaría; y

V. las demás que sean necesarias para el cumplimiento de su objeto.⁴⁸

V.1.6.2. Reglamento del 29 de mayo de 1989

A continuación se hará un estudio comparativo entre los aspectos que se adicionaron o se eliminaron, relacionados con el proceso de descentralización de los servicios de salud, entre el Reglamento Interior publicado en agosto de 1985 y el Reglamento Interior vigente.⁴⁹

Dentro de la estructura orgánica de la Secretaría de Salud se eliminan las Direcciones Generales de Coordinación Sectorial y de Descentralización y Modernización Administrativa; asimismo, ya no se consideran a las comisiones y comités, y dentro de éstos al Comité de Descentralización y Desconcentración.

Las atribuciones del secretario continuarán siendo las mismas modificándose en algunos casos la redacción.

La reestructurada Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, absorbe las funciones relacionadas con la desconcentra-

48 Secretaría de Salud. *Cuadernos de Descentralización*, núm. 1, *op. cit.*, pp. 83 y 84.

49 *Cfr. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación*, México, 29 de mayo de 1989, pp. 46 a 68.

ción y la descentralización, estableciéndose dentro de sus competencias en la fracción XII, del artículo 18, lo siguiente:

Normar, coordinar e instrumentar el proceso de desconcentración de funciones y descentralización de servicios de salud de las unidades administrativas de la Secretaría, conforme a las directrices del Secretario y a las disposiciones que establezcan las dependencias competentes.⁵⁰

Se integran en el capítulo VII "De la desconcentración administrativa de la Secretaría", concerniente a la desconcentración por función y territorialidad, anteriormente se le dedicaban los capítulos VIII y IX.

Se adiciona un artículo en donde se especifica la competencia que tendrá el Consejo Interno de los Servicios Coordinados de Salud Pública,⁵¹ que como antes mencionábamos está presidido por el ejecutivo local o el representante que éste señala. Este artículo le da mayor fuerza a los ejecutivos de los gobiernos de los estados para participar en la operación y conducción de los Servicios Coordinados, proponiendo desde la terna para la designación del jefe de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el estado, hasta proponer su remoción, así como aprobar el anteproyecto de presupuesto, proponer al Secretario el Programa Estatal de Salud o encomendar a los Servicios Coordinados el ejercicio de acciones en materia de salud pública que corresponda al gobierno del estado. Asimismo, se le da atribuciones al Consejo Interno de aprobar y promover los programas de desconcentración de funciones de los Servicios Coordinados hacia sus respectivas jurisdicciones sanitarias.

Sobre esto último, es importante destacar que se integra al Reglamento Interno vigente, la acción de promover la desconcentración hacia las jurisdicciones sanitarias, siendo éstas la división territorial que tienen los servicios coordinados en su respectiva entidad federativa.

50. *Ibid.*, p. 57.

51. *Ibid.*, Artículo 36, pp. 65 y 66.

Este nuevo Reglamento Interior tiende a fortalecer la desconcentración y no así la descentralización, otorgándole mayor participación a los gobiernos de los estados, buscando impulsar la desconcentración a las jurisdicciones sanitarias.

Por otro lado, se crea un nuevo capítulo "De la descentralización de los servicios de salud de la Secretaría",⁵² el cual considera al artículo 39 del Reglamento Interior de 1985 antes referido, quedando en el Reglamento vigente como artículo 40, e incluye un nuevo artículo, que dice:

Artículo 39. De conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Salud, la Secretaría podrá celebrar acuerdos con los gobiernos de los estados para descentralizar la operación de los servicios de salud que aquélla ponga dentro del ámbito de su circunscripción territorial, a través de los servicios coordinados de Salud Pública.⁵³

El término "podrá celebrar acuerdos", es indicativo de lo que antes se comentó, deja abierta la opción de la descentralización; los estados que ya entraron en este proceso continuarán con el mismo, pero ya no se impulsará el programa, sino que se tratará de fortalecer la desconcentración hacia los Servicios Coordinados de Salud Pública y hacia sus jurisdicciones sanitarias.

V.1.7. Decreto Orgánico del Sistema de Desarrollo Integral de la Familia de 1982

El Decreto Orgánico del DIF, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 21 de diciembre de 1982, nos dice en su artículo quinto de transitorios, lo siguiente:

Con arreglo a los programas de descentralización de la Administración Pública Federal a las Entidades Federativas, el Sistema conforme a lo dispuesto en el artículo tercero transitorio, pondrá a disposición de los

52 *Ibid.* Capítulo VIII, p. 67.

53 *Ibid.*

gobiernos de Guerrero y Sonora, los bienes muebles e inmuebles y los recursos destinados al Hospital de Traumatología y Urgencias de Acapulco y al Hospital del Niño DIF del Noroeste, respectivamente.⁵⁴

Es conveniente especificar que el DIF se integrará orgánicamente dentro de la segunda etapa de la descentralización de los servicios de salud, para constituir los sistemas estatales de salud, contando para tal efecto con una red de sistemas estatales, apoyados por una estructura normativa y de apoyo central.

V.1.8. Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece las Bases del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia

Con fecha 30 de agosto de 1983, fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, el Decreto a que se refiere este apartado, el cual corresponde en su conjunto a uno de los principios ordenadores del régimen administrativo del presidente Miguel de la Madrid Hurtado, que es el de la descentralización de la vida nacional, considerada ésta como la adopción de actitudes y la toma de decisiones que permitan un desarrollo más equilibrado de la nación en todos los órdenes y particularmente por lo que toca a los servicios de salud.

En el Decreto se establece en forma clara y precisa, que el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud se debe sujetar no sólo a los lineamientos que sobre la materia dicte el Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría de Salud, sino también a las normas que la Secretaría de Programación y Presupuesto defina en materia de desarrollo regional, y los acuerdos de coordinación que conforme al Convenio Único de Desarrollo (CUD), celebre o revise con los gobiernos de las entidades federativas del Ejecutivo Federal o a través de la Secretaría de Salud.

⁵⁴ Secretaría de Salud. *Cuadernos de Descentralización*, núm. 1, *op. cit.*, p. 85.

En la celebración o revisión de los acuerdos de coordinación aludidos, se deberá proponer el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud en cada estado, especificándose a este respecto, las bases bajo las cuales deberán sujetarse dichos acuerdos, destacando la identificación de facultades que se desconcentrarán y descentralizarán a los servicios estatales de salud, así como la transferencia de los recursos y acciones necesarias para la integración y funcionamiento de los mismos, para lo cual la Secretaría de Salud deberá proporcionar los manuales de organización, procedimientos y servicios al público, que aseguren la eficacia del procedimiento, definiéndose las directrices de la descentralización de los gobiernos de los estados a los municipios y la desconcentración de los Servicios Coordinados a las jurisdicciones sanitarias, determinándose los plazos de ejecución de los compromisos acordados.

Asimismo, se establece que en el nivel central se contará con facultades normativas y de control, teniendo los Servicios Coordinados de Salud Pública autonomía técnica y competencia de atribuciones, debiendo participar en los Subcomités de Salud y Seguridad Social de los COPLADES, debiendo dar participación en el proceso de descentralización a las organizaciones de los trabajadores que tienen a su cargo los servicios de salud.

Finalmente, es considerado el establecimiento del Sistema Estatal de Salud del Distrito Federal, el cual se configurará bajo la normatividad y las acciones que establezcan la Secretaría de Salud y el Departamento del Distrito Federal.⁵⁵

55 Cfr. Artículos 1o. al 7o. del 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, *op. cit.*, pp. 11 y 12.

V.1.9. Decreto por el que 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

La presente disposición vino a reforzar el Decreto referido en el punto anterior, ordenando la descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud en las entidades federativas, y del Programa Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, denominado IMSS-COPLAMAR, a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social, estableciendo los mecanismos, estrategias y plazos del proceso de descentralización.

En el marco del Convenio Único de Desarrollo, se establecen las etapas de la descentralización, llevando a cabo la coordinación programática de los Servicios de Salud en las Entidades Federativas, de la SSA y del IMSS-COPLAMAR, la cual se realizará en el transcurso del año de 1984.

Iniciándose en 1985 la descentralización de los Servicios de Salud de los primeros estados y en 1986 en el resto de los mismos, cuidando en cada una de las etapas que no se generen deterioros en la operación de los servicios, que se amplíe la cobertura y la calidad de éstos y que se abatan duplicaciones y omisiones en el ámbito de acción de las unidades aplicativas. Para efecto de realizarse la segunda etapa de descentralización el Ejecutivo Federal celebrará Acuerdos de Coordinación con los ejecutivos estatales.

Asimismo, se establece que en el programa de descentralización, se deberán definir los apoyos que se pondrán a disposición de los gobiernos de los estados, por parte de la SSA y el IMSS.

Por otro lado, se le confieren a los gobiernos de los estados, para asumir la coordinación programática de los servicios de salud, las siguientes facultades:

- Elaborar, evaluar y vigilar el Programa Estatal a Población Abierta, dentro del marco del Programa Nacional de Atención a Población Abierta, que será elaborado por la SSA con colaboración del IMSS.
- Opinar sobre los programas-presupuesto de los Servicios Coordinados de Salud Pública y del IMSS-COPLAMAR.
- Recomendar las medidas tendientes al aprovechamiento racional de las unidades de atención a población abierta, así como de los recursos y obras de beneficio colectivo, haciendo del conocimiento de las autoridades centrales las deficiencias y problemas que presenta la prestación de los servicios de salud.
- Coordinar a los jefes de los Servicios Coordinados de Salud Pública y a los titulares del IMSS-COPLAMAR, a efecto de que se lleve a cabo la coordinación programática, y
- Presidir los Consejos Internos de los Servicios Coordinados de Salud Pública, así como los Consejos Estatales de vigilancia a IMSS-COPLAMAR.

Para facilitar la elaboración, ejecución, control y evaluación del programa de descentralización a cargo del IMSS, se establecerá la creación del Comité de Operación de Programas IMSS-COPLAMAR, siendo un órgano de apoyo, seguimiento y evaluación de la prestación de los servicios IMSS-COPLAMAR.

El seguimiento y evaluación en cada etapa de la descentralización en sentido general, estará a cargo de las Secretarías de Programación y Presupuesto, de Salud y de la Contraloría General de la Federación, en sus respectivos ámbitos de competencia, sujetándose a las normas técnicas en materia de servicios de salud, que establezca la segunda.⁵⁶

⁵⁶ Cfr. Artículos 1º al 11 del 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, denominados IMSS-COPLAMAR, proporetona el Instituto Mexicano del Seguro Social, op. cit., pp. 19 a 21.

V.1.10. Decreto por el que las dependencias y entidades procederán a elaborar un Programa de Descentralización Administrativa que asegure el avance de dicho proceso

El presente Decreto ordena la elaboración de los programas de descentralización administrativa de las dependencias y entidades de la administración pública federal, en donde se determinarán las acciones a realizar a mediano y corto plazo, que aseguren dicho proceso, debiéndose integrar a éstos las entidades paraestatales, cuando por la naturaleza de sus funciones así lo justifiquen en programas de descentralización sectoriales, que presentarán las coordinadoras de sector dentro de un plazo de 90 días siguientes a la entrada en vigor de este ordenamiento, al Ejecutivo Federal a través de la Secretaría de Programación y Presupuesto, para su consideración.⁵⁷

Con base en lo anteriormente estipulado, las dependencias y entidades deberán prever para la elaboración de sus programas de descentralización administrativa, lo siguiente:

- I.* La descentralización de la operación y funciones, así como del personal y los recursos presupuestales relacionados con las mismas;
- II.* la coordinación de acciones en materias concurrentes o de interés común, del Ejecutivo Federal con los gobiernos de los Estados y a través de éstos con los municipios en el marco del Convenio Único de Desarrollo;
- III.* la reubicación territorial hacia los estados de aquellas entidades paraestatales que se estime posible y conveniente, y
- IV.* la delegación de facultades en los titulares de sus representaciones en los estados y el fortalecimiento, o en su caso, la conformación de estas últimas.⁵⁸

⁵⁷ Cfr. Decreto por el que las dependencias y entidades procederán a elaborar un Programa de Descentralización Administrativa que asegure el avance de dicho programa, *Diario Oficial de la Federación*, México, 18 de junio de 1984, pp. 5 y 6.

⁵⁸ *Ibid.*, p. 5.

Por otro lado, se nos especifica que las organizaciones de los trabajadores de las dependencias y entidades en proceso de descentralización, tendrán la participación que les corresponda, para que los trabajadores no sean afectados en sus derechos adquiridos.

Finalmente, señala que las dependencias y entidades que hayan iniciado su proceso de descentralización, deberán sujetarse a lo previsto en este Decreto.

A este respecto, la SSA encuentra fortalecido en este Decreto, su Programa de Descentralización de los Servicios de Salud.

V.1.11. Acuerdo que liquida a COPLAMAR

Mediante acuerdo presidencial se liquida COPLAMAR, entidad que dependía directamente del Ejecutivo Federal, distribuyendo dentro de las funciones que tenía encomendadas la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginales, al IMSS, el programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria.

Lo anterior bajo la normatividad técnica y la intervención que corresponda de la Secretaría de Salud y conforme al Programa de Descentralización de los Servicios de Salud.

Este Acuerdo nos da el marco de referencia por el cual el IMSS, participa en la descentralización de los servicios de salud a población abierta del Programa IMSS-COPLAMAR.⁵⁹

⁵⁹ Cfr. artículo segundo del *Acuerdo por el que se deroga el Acuerdo Presidencial por el que se creó la Unidad de Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados*, publicado el 21 de enero de 1977, *Diario Oficial de la Federación*, México, 20 de abril de 1983, p. 2.

V.I.12. Acuerdo Secretarial número 33 por el que se desconcentran facultades a los Servicios Coordinados de Salud Pública en las entidades federativas, órganos desconcentrados por territorio de competencia coordinada, con el propósito de darles autonomía operativa

Considerando el marco que sustenta el proceso de descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas y con base en la decisión de los gobiernos de los estados de Baja California Sur, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Nuevo León, Oaxaca, Sonora y Tlaxcala de iniciar acciones que fortalezcan la gestión descentralizada de los servicios de salud en sus respectivas jurisdicciones, el secretario del ramo ha dictado el Acuerdo número 33, por el que se desconcentran facultades a los Servicios Coordinados de Salud Pública en las entidades federativas, con el propósito de darles autonomía operativa y considerando que la desconcentración de facultades fortalecerá la operación de los servicios y permitirá un aprovechamiento más racional del uso de recursos disponibles.

El Acuerdo dispone la desconcentración de los estados antes referidos, bajo la siguiente temática:

I. Investigación y desarrollo: educación para la salud; Investigación de los efectos del ambiente en la salud, e Investigación para la salud.

II. Planeación: Planeación; Programación y presupuesto; Evaluación; Estadística e informática; Organización y modernización administrativa, y coordinación sectorial.

III. Regulación sanitaria: Control de insumos para la salud; Control de la salud ambiental y ocupacional; Control sanitario de bienes y servicios, e inspección y licencias sanitarias.

IV. Servicios de salud: Epidemiología; Medicina preventiva; Planificación familiar; Atención médica, y asistencia social.

V. Administración: Abastecimiento; administración y servicios generales; Administración de personal, y contabilidad.

VI. Control: Supervisión y auditoría; Control y quejas, y denuncias.

VII. Materia jurídica.

Este acuerdo también propone la afectación proporcional y gradual a la asignación de recursos y el ejercicio de las facultades desconcentradas, condicionado a los avances en la ejecución de las acciones de desconcentración.

Asimismo, refiere la elaboración de un programa de capacitación del personal, con la participación de las Secretarías de Salud y de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados piloto.⁶⁰

V.2. Vertientes de coordinación

Un elemento indispensable para la ejecución y operación del proceso de descentralización, lo constituyó la participación formal de los gobiernos federal y estatales, para lo cual, fue necesario regular la participación coordinada de ambos niveles de gobierno.

Con base en lo anterior se establecieron diversos instrumentos de coordinación, motivo del presente tema.

V.2.1. Convenio Único de Desarrollo 1984

A partir de la estructura que reclamó el país y acorde a la Ley de Planeación, desapareció el Convenio Único de Coordinación y se creó como estrategia política gubernamental el Convenio Único de Desarrollo en febrero de 1984, adicionando una nueva filosofía de planeación democrática, descentralización de la vida nacional, fortalecimiento municipal y desarrollo, empleo y combate a la inflación en el marco del Programa de Reordenación Económica. Todo esto tiene como objeto la activa participación de los tres niveles de gobierno, es decir, municipios, estados y Federación.

⁶⁰ *Cfr. Acuerdo número 33 por el que se desconcentran facultades a los Servicios Coordinados de Salud Pública en las entidades federativas, órganos desconcentrados por territorio de competencia coordinada, con el propósito de darles autonomía operativa, op. cit., pp. 6 a 15.*

Se introdujo el compromiso del COPLADE de ser la instancia que vincule y comunique entre los sistemas nacionales y estatales de planeación. Se incluyó, también, el compromiso de crear un anexo técnico informativo en el que se informe a los COPLADES de las inversiones en cada entidad federativa. También se contemplaron lineamientos para la formulación del programa operativo anual y otras modalidades sustantivas como un capítulo que instrumenta políticas respecto a la descentralización de la vida nacional.

El Convenio Único de Desarrollo, denominado CUD, constituyó una vía fundamental de descentralización y fue un instrumento que redistribuyó la competencia administrativa, no la legislativa, que otorga la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El CUD, fue un instrumento jurídico-administrativo, programático y financiero, mediante el cual se buscó congruencia entre la Federación y los estados, con el fin de atender las necesidades y lograr un desarrollo equilibrado en todo el país.

Además de la transferencia de recursos financieros, el CUD permitió el establecimiento de mecanismos, esquemas y procedimientos que coordinarán acciones entre los gobiernos locales y las entidades y dependencias federales.

El CUD, tuvo varias modalidades que le permitían alcanzar sus objetivos como los Programas Estatales de Inversión, los Programas Sectoriales Concentrados y los Programas de Desarrollo Estatal.

El CUD-1984 incorporó dos aspectos que revisten especial significado para la evolución del Sistema Nacional de Salud.

El primero precisa, que los ejecutivos federal y estatales realizarán acciones para llevar a cabo la integración programática de los servicios de salud en el estado, y en una segunda etapa la integración orgánica de los servicios de salud a población abierta a cargo de la SSA, del programa

IMSS-COPLAMAR y de la propia entidad, para por este camino llegar a la organización y desarrollo de sistemas estatales de salud.

El segundo define que, a fin de procurar que el derecho a la protección de la salud se convierta en efectiva facultad de la población, la SSA celebrará acuerdos de coordinación para continuar el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta, conforme al Programa de Descentralización de los Servicios de Salud, y promoverá la formación y funcionamiento eficiente del sistema estatal de salud.⁶¹

V.2.2. Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de Salubridad y Asistencia, y los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la federación, con el propósito de establecer las bases para la elaboración y ejecución del programa de descentralización de los Servicios de Salud en las entidades federativas⁶²

En concordancia con lo señalado en el Convenio Único de Desarrollo 1984, y en los Decretos del 30 de agosto y 8 de marzo de 1984, la Secretaría de Salud formalizó convenios con los gobiernos de los estados de la República con el objeto de establecer las bases de coordinación para la elaboración y ejecución de programas estatales de descentralización de servicios de salud, dentro del marco del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud y la Ley General de Salud.

Las principales finalidades del Acuerdo en estudio, fueron las siguientes:

61. Cfr. Secretaría de Salud. *Cuadernos de Descentralización*, núm. 1, *op. cit.*, pp. 125 y 126.

62. Cfr. *Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo del Estado de Nayarit, con el propósito de establecer las bases para la elaboración y ejecución del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud*, *Diario Oficial de la Federación*, México, 19 de diciembre de 1984, pp. 11 a 18.

- a) Establecer el tipo de características operativas de los servicios de salud.
- b) Determinar las funciones que corresponda realizar a la SSA y al estado.
- c) Determinar los recursos que se aportan al efecto y la transferencia que corresponda.
- d) Establecer la estructura administrativa para los servicios de salud en la entidad.
- e) Desarrollar los procedimientos para elaborar programas y presupuestos conforme a manuales de coordinación programática.
- f) Fijar los lineamientos para la descentralización hacia los municipios, y
- g) Establecer normas y procedimientos del control que corresponda a la SSA

El acuerdo en análisis sienta las bases para promover la consolidación de la garantía constitucional del derecho a la protección de la salud y para ampliar la cobertura de los servicios de salud; se indica la responsabilidad de la SSA como instancia de programación, presupuestación, fijación de normas técnicas y supervisión y evaluación general, y del gobierno estatal como instancia de coordinación operativa de los servicios para asegurar la interrelación en el sistema estatal de salud; se compromete la programación de acciones y la conjugación de esfuerzos, mediante de la formulación de un programa estatal de salud y se establece el compromiso de evaluar anualmente los resultados obtenidos en el desempeño del programa estatal de salud y en la descentralización e integración de los servicios de salud.

En el Acuerdo se ratifican, en los capítulos segundo y tercero, las facultades y obligaciones de la SSA y de los gobiernos estatales, referidos en la Ley General de Salud. Compromete a la SSA a desconcentrar

facultades y formular guías y lineamientos, manuales de organización, de procedimientos y servicios de salud; a precisar criterios de regionalización y transferir recursos humanos, materiales y financieros a los Servicios Coordinados de Salud Pública. Compromete a los gobiernos estatales a expedir e instrumentar una Ley Estatal de Salud, que asegure la vinculación de los sistemas estatal y nacional de salud y su congruencia con la Ley General, a garantizar la extensión cualitativa de los servicios de salud y formular e instrumentar el programa estatal de salud.

Asimismo, se refieren los instrumentos para las transferencias de recursos dejándose la gestión de éstos a cargo de los Servicios Coordinados de Salud Pública de cada estado, en su capítulo cuarto.

Por otro lado, en el capítulo quinto se fijan las bases para formular e instrumentar el programa estatal de desconcentración de los servicios de salud que contempla, en una primera etapa, la coordinación de las acciones a través de la integración funcional de los servicios de salud en el estado, y en una segunda etapa (con base en la evaluación del desempeño de esa coordinación), se efectuará la integración orgánica de los servicios de salud a población abierta en el estado.

En el capítulo sexto define la existencia de sistemas estatales de salud como parte del sistema nacional de salud, constituidos por el conjunto de normas, políticas, programas, estructuras, subsistemas, recursos y procedimientos vinculados con la regulación, organización y funcionamiento de los servicios de salud en cada entidad federativa, bajo la normatividad y objetos previstos en la Ley General de Salud.

En el capítulo séptimo se precisan las atribuciones y composición del Consejo Interno de Administración de los Servicios Coordinados de Salud Pública en las entidades federativas.

El capítulo octavo refiere las normas de organización de los Servicios Coordinados de Salud Pública, confiriéndoles carácter de órganos administrativos desconcentrados por territorio, con competencia concurrente y con autonomía técnica. Se enfatiza la necesidad de revisar, adecuar y sistematizar el sistema de coordinación y operación regional, con el fin de impulsar la progresiva integración funcional y orgánica de los servicios de salud; asimismo, se fija el compromiso para fortalecer la organización y funcionamiento del Subcomité de Salud y Seguridad Social de la Comisión de Planeación del Desarrollo en el estado.

Finalmente se precisan en el capítulo noveno, los apoyos, principalmente en materia de obra pública, la metodología para la formulación e integración de programas estatales de salud, los manuales de organización, procedimientos y servicios y la formulación y actualización de recursos humanos de salud.

El presente Acuerdo vino a fortalecer las disposiciones legales emitidas en materia de descentralización de los servicios de salud, coordinando a los diferentes niveles de gobierno, a efecto de que se lleve de una manera paulatina y gradual la coordinación programática de los servicios de salud que se prestan en cada entidad para lograr la integración orgánica y la descentralización operativa de los mismos, estableciendo en forma general las bases para la elaboración y ejecución del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud. El Acuerdo en estudio se ha celebrado con todas las entidades federativas y con el Departamento del Distrito Federal (Cuadro 1).

V.2.3. Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal por conducto de las secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de Salubridad y Asistencia, y los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la federación, para transferir la realización de obras públicas en unidades médicas de cada entidad⁶³

Con base en la necesidad de desarrollar la infraestructura básica para la prestación de los servicios de salud, racionalizando los recursos disponibles, evitando duplicidades, y que permitan garantizar la eficiencia y elevación de la calidad de los servicios, en el marco del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud, las secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de Salubridad y Asistencia y las entidades federativas, acordaron coordinar sus acciones y aplicar los recursos del programa-presupuesto de la SSA destinado a la realización de obras públicas en cada entidad.

El Acuerdo en análisis tiene como principales objetivos, transferir a las entidades federativas por parte de la SSA, la realización de obras públicas en unidades médicas, así como los recursos que se tengan asignados para tal fin, estableciéndose la normatividad técnica del diseño y operación, así como la forma y términos de ejecución de las obras a realizar.

Para estar en posibilidad de lograr el objetivo planteado, la SSA se comprometió a supervisar, proporcionar la asesoría y apoyo técnico que se requiera, y promover la realización de modificaciones a la programación autorizada y recibir las obras terminadas, descentralizándolas de conformidad con lo establecido en el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud.

63 *Cfr. Secretaría de Salud. Cuadernos de Descentralización, núm. 1, op. cit., pp. 145 a 149.*

Asimismo, el estado se compromete a realizar las obras programadas con los recursos transferidos, informando mensualmente a la SSA, a la SPP y a la Contraloría sobre los avances.

Por otra parte, se establece que la coordinación de acciones de las instancias del gobierno federal y estatal, se realizarán en el seno del Comité Estatal de Planeación para el Desarrollo de la Entidad.

Finalmente, se estipulan las bases de vigilancia y calendarización así como las metas del programa de obra, objeto del presente Acuerdo.

Este Acuerdo lo celebró el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud con todos los estados de la Federación.

V.2.4. Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación, de Desarrollo Urbano y Ecología y de Salud, y el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la Federación, para la integración orgánica y la descentralización operativa de los servicios de salud pública⁶⁴

A partir de los acuerdos de coordinación referidos en puntos anteriores y a las disposiciones legales aplicables, se llevó a cabo la primera etapa de la descentralización de los servicios de salud: la coordinación programática; ahora bien, con el Acuerdo de Coordinación en análisis, se llega a la segunda etapa del procedimiento, consistente en la integración orgánica y descentralización de los servicios de salud.

Para lo anterior, y como en puntos previos hemos considerado, se llevaron a cabo con antelación a la celebración del Acuerdo, trabajos en los niveles central y estatal en el seno del Comité de Descentralización

⁶⁴ Cfr. Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las dependencias que se indican, y el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo, para la integración orgánica y la descentralización operativa de los servicios de salud, Diario Oficial de la Federación, México, 22 de agosto de 1989, pp. 7 n 14.

de los Servicios de Salud, en coordinación de la SSA, el IMSS y los ejecutivos estatales para consolidar y fortalecer la prestación de los servicios de salud.

Asimismo, se promulgaron las respectivas leyes estatales de salud, con el propósito de establecer y consolidar los sistemas estatales de salud.

El Acuerdo de Coordinación en cuestión, tiene como objeto establecer las bases, compromisos y responsabilidades para la integración orgánica y descentralización operativa de los servicios de salud que prestan en cada entidad los Servicios Coordinados de Salud Pública, el propio estado y el IMSS-COPLAMAR, dando lugar a la creación y consolidación de los sistemas estatales de salud, los que estarán bajo la responsabilidad, operación y control de los ejecutivos estatales, quienes en el ejercicio de las facultades cuya competencia les corresponda, conforme a la Ley General de Salud y la Ley Estatal de Salud correspondiente y con estricto apego a la normatividad técnica que establezca la SSA, así como a los acuerdos que se celebren, participará en las facultades de regulación sanitaria, cuya competencia es facultativa de la SSA.

Los gobiernos estatales proveerán la expedición del instrumento legal que consideren pertinente, para que se cree la dependencia que se integre a la administración pública estatal, que se encargue de la prestación de los servicios de salud, cuyo titular será designado y removido por el ejecutivo estatal, teniendo las siguientes facultades:

- Coordinador del sistema estatal de salud y del Subcomité de Salud y Seguridad Social del COPLADE.
- Representar al ejecutivo estatal, en los órganos colegiados correspondientes a las unidades regionales del IMSS, ISSSTE, DIF y de aquéllas que presten los servicios locales de seguridad social.

ESTA TESTA NO DEBE
SALIR DE LA BALISTELA

- Vigilar y evaluar conforme a los incrementos aplicables en materia, la ejecución del Programa Estatal de Salud, informando sobre el cumplimiento de éste.

Asimismo, el Acuerdo establece de manera específica las materias de salubridad general que operarán los servicios estatales de salud, así como las de materia de regulación sanitaria correspondientes a la SSA (conforme a la Ley General de Salud), reservándose ésta en su carácter de autoridad sanitaria federal, la facultad de realizar directamente todo acto y emitir toda resolución que le competa, pudiendo revocar la facultad de regulación sanitaria que le corresponde y que se suscriba en éste u otros Acuerdos de Coordinación.

Conforme a lo anterior, los servicios estatales de salud tendrán personalidad jurídica y patrimonio propios, detentando las facultades que la legislatura le asigne y las que con base en este Acuerdo se le transfieren; asimismo, contará con un consejo de administración, en el que participarán las dependencias, entidades y organismos sociales vinculados con los programas encomendados.

Por otro lado, tendrá a cargo la administración de los recursos humanos y financieros que aportan la SSA, el gobierno del estado y el IMSS-COPLAMAR, con sujeción al régimen legal que corresponda, aplicando las normas técnicas y procedimientos que al efecto emita la SSA, y estando sujeto al Control y Coordinación que ejerza el ejecutivo estatal, para la correcta ejecución de los programas de salud a su cargo.

La Secretaría de Salud fungirá como instancia de programación y presupuestación nacional, de normatividad técnica y de control. El gobierno del estado realizará la gestión y coordinación operativa de los servicios de salud.

La Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social, prestarán los apoyos logísticos que el gobierno del estado solicite al

gobierno federal por conducto de la SSA, con base en los acuerdos de coordinación que al efecto se celebren.

El Acuerdo de Coordinación en análisis, establece las atribuciones y facultades con que dispondrá el gobierno del estado, con el fin de que cuente con los elementos necesarios que le permitan conducir adecuadamente la operación de los servicios estatales de salud, así como aquéllas que a través de la SSA tendrá a su cargo, en cuanto a la operación de los servicios de salubridad general, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables en materia y al Convenio Único de Desarrollo.

Asimismo, las partes han convenido en aportar los recursos financieros para sufragar la operación de los servicios estatales de salud y para mejorar y ampliar la infraestructura de los servicios existentes, implantando un manual de procedimientos programáticos y presupuestales que asegure flexibilidad y agilidad en el manejo de los recursos, integrando un solo presupuesto para los servicios de salud a población abierta.

La SSA pondrá a disposición, en uso gratuito, de los servicios estatales de salud, los bienes muebles e inmuebles con que cuenten las unidades administrativas y operativas de los servicios en el estado, con la participación que corresponda a la SPP, SECOGEF e IMSS.

En el aspecto laboral el personal incorporado en la SSA y el IMSS-COPLAMAR en la entidad, que pase a laborar en los servicios estatales de salud, le serán respetados sus derechos laborales adquiridos, en el proceso de integración orgánica, dependiendo funcional y operativamente de dichos servicios, los cuales actuarán en nombre y por cuenta de la SSA, en lo relativo a las relaciones laborales con los trabajadores que se le incorporen, contando con las facultades, atribuciones y obligaciones que se especifican en las condiciones generales de trabajo de la Secretaría de Salud y de conformidad con el Sistema Integrado de Administración de Personal, conservándose la relación con la sección correspondiente del Sindicato Nacional de Trabajadores de la SSA.

La Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social, convienen con el gobierno del estado, continuar proporcionando los servicios de salud y de apoyo logístico temporalmente en la entidad, en tanto se consolidan cada uno de los compromisos adquiridos por las partes, para efecto de facilitar la integración y descentralización gradual y progresiva de los servicios, para no deteriorar la calidad de los mismos.

Por otro lado, se establecen plazos de ejecución y acciones a realizar, por parte de la SSA y del gobierno del estado, para integrar en forma definitiva el programa estatal de Salud, para lo cual se establece un programa de trabajo, asegurando la aplicación y efectividad del presente Acuerdo, con la celebración de acuerdos específicos y la revisión periódica y sistemática de los compromisos adquiridos.

En virtud del Acuerdo en análisis, desaparecen los Servicios Coordinados de Salud Pública en la entidad y los Servicios del Programa IMSS-COPLAMAR, comprometiéndose la SSA, SPP, SECOGEP y el IMSS, a realizar las acciones jurídicas necesarias para tal efecto, en el ámbito de su competencia, respectivamente.

Con base en el Acuerdo de Coordinación, se da cumplimiento a la segunda etapa de la descentralización, creándose los servicios estatales de salud, integrándose orgánicamente y descentralizándose operativamente los servicios de salud a población abierta.

Asimismo, se fortalece la desconcentración de las unidades regionales del IMSS, ISSSTE, DIF y las demás instituciones que prestan servicios locales de atención de seguridad social.

A partir de los acuerdos de coordinación objeto del estudio de este tema, a la fecha se han configurado 15 servicios estatales de salud (Cuadro 2).

V.2.5. Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las secretarías de Programación y Presupuesto, Contraloría General de la Federación, de Salud, y el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la Federación, para determinar los apoyos logísticos que aportarán las partes en la integración de los sistemas estatales de salud⁶⁵

El presente Acuerdo se celebra con base en el estudiado en el punto anterior, como acuerdo específico, el cual considera compromisos, metas y periodos de ejecución en los apoyos logísticos que aportarán las partes que intervienen, para que se lleve a cabo la integración orgánica y la descentralización operativa de los servicios de salud, sin menoscabo en su calidad.

En el Acuerdo de Coordinación de Apoyos Logísticos, se establecen compromisos para los años de 1985 y 1986, por parte de la SSA, el IMSS y los gobiernos de los estados.

Estos compromisos consisten en la aportación de recursos materiales, humanos y financieros por las partes integrantes, a efecto de que se cubran las necesidades existentes en la actual prestación de los servicios de salud; asimismo, se consideran los apoyos técnicos y normativos.

En términos generales se especifican las metas que se pretenden alcanzar, con base en los apoyos logísticos aportados para la integración de los servicios estatales de salud.

Finalmente, le otorga la intervención que corresponde a las Secretarías de Programación y Presupuesto y de la Contraloría General de la Federación, para la vigilancia y control de la correcta aplicación de los recursos proporcionados.

65 Cfr. *Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las secretarías de Programación y Presupuesto, Contraloría General de la Federación, de Salud, y el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la Federación, para determinar los apoyos logísticos que aportarán las partes en la integración de los sistemas estatales de salud*, Archivo de la Dirección General de Administración de la Secretaría de Salud, años 1985 a 1987.

En este Acuerdo, podemos resaltar la clara voluntad de los gobiernos federal y estatales, para que se lleve a cabo la descentralización de los servicios de salud, de una manera paulatina pero eficaz y congruente. A la fecha se han celebrado trece convenios sobre la materia (Cuadro 3).

V.2.6. Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la federación, con el propósito de descentralizar el ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria a las Entidades Federativas⁶⁶

La Ley General de Salud establece que la organización, operación, supervisión y evaluación de las funciones de control y regulación sanitaria, podrán ser ejercidas por las entidades federativas, mediante los acuerdos de coordinación que al efecto se celebren y sujetándose a la normativa que en la materia emita la SSA.

El Acuerdo en análisis se formaliza en el marco del Convenio Único de Desarrollo y del Acuerdo de Coordinación para la Integración Orgánica y la Descentralización Operativa de los Servicios de Salud en las Entidades Federativas, que establece en su cláusula décima primera, que la Secretaría de Salud podrá convenir con los gobiernos de los estados, que apoyen en el desarrollo de las funciones de orden federal en materia sanitaria.

Este Acuerdo tiene dos objetivos: el primero, es descentralizar funciones de regulación y control sanitario que otorga la Ley General de Salud a la SSA hacia los gobiernos de los estados, y el segundo, establecer las bases y la normativa para aquellas funciones de regulación y control sanitario que otorga la misma Ley para un ejercicio directo a las entidades federativas. El segundo párrafo de la cláusula primera del Acuerdo en cuestión, estipula:

66 *Cfr. Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo del Estado de Guerrero, con el propósito de descentralizar el ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria en la entidad, Diario Oficial de la Federación, México, 12 de agosto de 1986, pp. 80 a 87.*

Se entiende por control y regulación sanitaria el conjunto de actos que lleve a cabo la autoridad a fin de prevenir riesgos y mejorar las condiciones de la salud de la población.⁶⁷

Dentro de las funciones sanitarias que desconcentra la Federación a los estados, conserva la SSA la normativa, programación y evaluación de las mismas, quedando a cargo de los gobiernos de los estados la organización, operación y supervisión.

Asimismo, se establece que la Secretaría de Salud transferirá los recursos que destinaba para la prestación de las funciones desconcentradas a los gobiernos de los estados.

Finalmente, se precisa que los gobiernos de los estados, a su vez, podrán convenir con sus municipios, la participación conjunta en el ejercicio de las funciones de regulación y control sanitario que les fueron desconcentradas, con el apoyo y asesoría de la SSA. En todos los casos el gobierno federal conserva su calidad de autoridad sanitaria en materia de salubridad general. Los Acuerdos celebrados con las entidades federativas son quince (Cuadro 4).

V.2.7. Acuerdo de Coordinación que celebra el Ejecutivo Federal, por conducto de las secretarías de Programación y Presupuesto y de Salud, y los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la federación, para establecer el Programa Integral de Financiamiento e Inversión en Materia de Servicios de Salud a Población Abierta 1986⁶⁸

La Ley General de Salud establece que el gobierno federal y los gobiernos de las entidades federativas, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, aportarán los recursos materiales, humanos y

⁶⁷ *Ibid.*, p.14.

⁶⁸ *Cfr. Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal por conducto de las secretarías de Programación y Presupuesto y de Salud, y el ejecutivo del estado de Campeche, para establecer el Programa Integral de Financiamiento e Inversión en Materia de Servicios de Salud a Población Abierta 1986, Diario Oficial de la Federación, México, 27 de enero de 1987, pp. 59 a 60.*

financieros que sean necesarios para la operación de la salubridad general, teniendo por objeto la consolidación y funcionamiento de los sistemas nacional y estatales de salud.

El instrumento en estudio, como los acuerdos de coordinación antes analizados, se formalizó en el marco del Convenio Único de Desarrollo, que establece las actividades que en materia de descentralización de los servicios de salud se realizarán, tanto por el gobierno federal como por los gobiernos de las entidades, así como las acciones y esfuerzos para mejorar las condiciones de la salud en cada entidad federativa, considerándose dentro de éstas las aportaciones de recursos financieros conforme a los acuerdos específicos que se pacten.

El objetivo del Acuerdo fue establecer los montos, distribución, integración de fuentes de financiamiento y destino, del presupuesto que operaron las entidades federativas, para la operación e inversión de los servicios de salud a población abierta en el ejercicio de 1986.

El Acuerdo en análisis, establece los compromisos específicos para cada una de las partes y como todos los acuerdos de coordinación antes referidos, descentraliza la operación a las entidades federativas, conservándose en el nivel central, por diversas dependencias del gobierno federal (SSA, SPP y SECOGEF) la supervisión y el control, a través de los diversos informes que tendrán que enviar las entidades federativas, sobre el ejercicio y aplicación de los recursos financieros.

El Acuerdo se adiciona al Convenio Único de Desarrollo, sujetándose a éste en caso de duda sobre la interpretación respecto de su instrumentación, formalización y cumplimiento, como el caso de los anteriores acuerdos de coordinación analizados.

El Acuerdo en estudio se celebró con veinticinco entidades federativas (Cuadro 5).

V.3. Instrumentos programáticos

V.3.1. Plan Nacional de Desarrollo 1982-1988⁶⁹

El Plan Nacional de Desarrollo tuvo su concepción dentro de la planeación democrática, quedando instituido en el texto del artículo 26 constitucional, que organiza la actividad del gobierno basada en la participación activa de los mexicanos, a través de la consulta popular, en donde se analizan los principales problemas que enfrenta el país y se recogen las propuestas para su solución.

El Sistema Nacional de Planeación Democrática clasifica los programas en dos grandes categorías: a) Los instrumentos normativos de mediano plazo, tales como el Plan Nacional de Desarrollo y los programas de mediano plazo sectoriales regionales, especiales e institucionales y; b) Los instrumentos operativos de corto plazo en que se ubican los programas anuales y los instrumentos de control y evaluación. Dichos instrumentos se ciñen a las etapas del proceso de planeación, formulación, instrumentación, control y evaluación y se conforman en tres niveles: global, sectorial e institucional.⁷⁰

El Plan Nacional de Desarrollo, como programa de planeación, fue un instrumento normativo a mediano plazo.

Las orientaciones fundamentales para la descentralización de los servicios de salud, dentro del instrumento de planeación en análisis, están contenidas en la estrategia de cambio estructural y en las políticas social y regional.

a) Dentro de las estrategias económicas y sociales, para la recuperación de las capacidades de crecimiento y elevación de la calidad del desarrollo del país, se encuentra contemplado el cambio estructural. El cambio estructural se orienta hacia la separación de las insuficien-

69 Cfr. Poder Ejecutivo Federal, *Plan Nacional de Desarrollo 1982-1988*, Talleres Gráficos de la Nación, 1a. ed., México, 1983.

70 Secretaría de Salud. *Cuadernos técnicos de planeación, Descentralización de los servicios de salud*, op. cit., p. 87.

cias y los desequilibrios, transformando el aparato productivo y distributivo, así como los mecanismos de participación social; persigue iniciar cambios de fondo en la estructura económica y en la participación social, buscando restablecer equilibrios fundamentales o creando aquéllos que no se han afianzado por retrasos no superados o por desigualdad social. Basándose para esto en las orientaciones generales que guían las acciones globales, sectoriales y regionales del Plan Nacional de Desarrollo; siendo una de ellas, precisamente, la descentralización de las actividades productivas, los intercambios y el bienestar social, contemplando en esta última, la salud.⁷¹

b) Por otro lado, la política social define los objetivos de empleo y distribución de ingresos y plantea los propósitos y las etapas de acción correspondientes a los renglones de las necesidades básicas fundamentales: educación, alimentación, salud, seguridad social, de desarrollo urbano, vivienda y medio ambiente. En esta política se destaca como propósito fundamental del Plan en análisis, avanzar hacia una sociedad igualitaria.

En particular, en materia de salud, se orienta al logro de una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad, mejorando los servicios, particularmente en los sectores rurales y urbanos rezagados, estipulando como una de las cinco estrategias para el cumplimiento de las propuestas enmarcadas en el Plan, la siguiente:

La consolidación del sistema nacional de salud que considerará como aspectos sustanciales la integración programática sectorial, la descentralización o desconcentración a las entidades federativas del primero y segundo niveles de atención de los servicios proporcionados a población abierta, y el fortalecimiento de la infraestructura para esos niveles, particularmente en los estados y los municipios que lo requieran.⁷²

71 *Cfr. Ibid.*, p. 126.

72 *Ibid.*, p. 246.

c) La política regional establece las bases generales para la descentralización de la vida nacional y desarrollo regional, los lineamientos para un desarrollo estatal integral, las bases para una mejor integración de las diversas regiones del país, las estrategias para revertir la tendencia concentradora de la zona metropolitana de la Ciudad de México, así como las medidas requeridas para hacer más eficiente el crecimiento de la misma.

Las acciones fundamentales a desarrollar son las del desarrollo estatal integral, el fortalecimiento municipal y la reordenación de la actividad económica nacional.

En este contexto, la Federación será la rectora del desarrollo Nacional, promoviendo a través del diálogo y la coordinación con las entidades, la descentralización.

Asimismo, se prevé la organización de sistemas estatales de planeación democrática, correspondiendo a éstos la elaboración de su propio plan de desarrollo estatal, de acuerdo a los objetivos del desarrollo nacional y sus características particulares.⁷³

V.3.2. Programa Nacional de Salud

El Programa Nacional de Salud expresa con medidas concretas la política nacional a seguir en materia de salud, por ello se considera primordialmente como un compromiso político del gobierno federal a través del sector salud, para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, apoyado entre otros, en la participación coordinada y programática con las entidades federativas.

El Programa Nacional de Salud es el instrumento normativo de planeación a mediano plazo del sector, y guardó congruencia con el Plan Nacional de Desarrollo y con el marco jurídico aplicable.

73 Cfr. *Ibid.*, p. 393.

El propósito básico del Programa Sectorial es elevar el nivel de salud de la población, procurando tender a la plena cobertura de los servicios de salud (preferentemente en el primer nivel de atención) y al mejoramiento de la calidad básica de éstos, así como a través de la protección social de los grupos vulnerables, todo ello mediante la consolidación y desarrollo de un sistema nacional de salud racional y eficiente.⁷⁴

V.3.2.1. Programa Nacional de Salud 1984-1988

El Programa Nacional de Salud 1984-1988, aprobado por Decreto del Ejecutivo Federal,⁷⁵ está estructurado en cuatro partes:

- I. Diagnóstico. Capítulos 1 al 4;
- II. Objetivos, metas y estrategias generales. Capítulos 5 al 8;
- III. Programas de acción (lineamientos programáticos). Capítulos 9 al 15, y
- IV. Proyectos estratégicos y vertientes de instrumentación. Capítulos 16 al 19.

Para el establecimiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud y el cumplimiento de los programas establecidos, se requiere de la adopción y ejecución de cinco estrategias instrumentales (capítulo 8), mismas que se concretan, cada una de ellas, en programas específicos; siendo estas estrategias la sectorización, la descentralización, la modernización administrativa, la coordinación intersectorial y la participación de la comunidad.

La descentralización se constituye en un medio a través del cual se alcanzan los objetivos del Sistema Nacional de Salud, que buscan la ampliación de la cobertura de los servicios de salud y mejorar la calidad de los mismos.

⁷⁴ Poder Ejecutivo Federal, *Programa Nacional de Salud 1984-1988*, op. cit., p. 2.

⁷⁵ Cfr. Decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de Mediano Plazo, denominado: *Programa Nacional de Salud 1984-1988*, Diario Oficial de la Federación, México, 9 de agosto de 1984, pp. 15 n 17.

El logro de los objetivos antes referidos, supone atender simultáneamente dos campos de acción, el normativo en el nivel central y el operativo en cada una de las entidades federativas, pretendiendo garantizar la adecuada coordinación del Sistema Nacional de Salud y la efectiva conducción de una política en el nivel nacional, garantizando simultáneamente la administración y operación integral de sistemas estatales de salud.

A efecto de garantizar la adecuada coordinación del Sistema Nacional de Salud, se debe recordar el carácter normativo y de control en el nivel central e implantar un modelo de servicios de salud a cada entidad federativa, tendiente a homogeneizar básicamente la prestación de los servicios de salud; asimismo, para garantizar la administración y operación de sistemas estatales de salud; se debe fortalecer la capacidad operativa y de gestión de los Servicios Coordinados de Salud Pública y de las demás instituciones que presten servicios de salud en cada entidad federativa, transfiriéndoles recursos humanos, materiales y financieros para tal efecto, promoviendo la expedición de legislaciones locales en materia de salud. Asimismo, establece, se desconcentrará el ejercicio de las facultades que en materia de salubridad general corresponde al nivel central y se continuará apoyando a los programas de desconcentración del IMSS y del ISSSTE, así como el modelo descentralizador del DIF, con el fin de que se integren a los servicios estatales de salud, fortaleciendo la participación de los gobiernos estatales en la coordinación programática del sector y en la administración y operación de los servicios de salud a población abierta.

La descentralización de los servicios de salud distingue los servicios dirigidos a población abierta, de los que prestan las instituciones de seguridad social a sus derecho-habientes. En el primer caso el proceso involucra los servicios de la Secretaría de Salud, los de los gobiernos en las entidades y el Programa IMSS-COPLAMAR, mismos que serán descentralizados a cada estado, quedando bajo la administración de los ejecutivos estatales. Por lo que respecta a los segundos, se debe llevar

a cabo tanto la desconcentración territorial en sus servicios, como su articulación programática y funcional en el nivel local, a fin de constituir los servicios estatales de salud. Paralelamente se busca que los servicios y programas se descentralicen a los municipios y se desconcentren a las jurisdicciones sanitarias.

La descentralización de los servicios a población abierta se debe desarrollar en dos fases: la coordinación programática y la integración orgánica, conforme a lo estipulado en el Decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, el 8 de marzo de 1984 (analizado anteriormente).

En relación con los servicios de atención médica en el Distrito Federal, se integran en un organismo descentralizado de la administración pública federal, quedando sectorizados al Departamento del Distrito Federal, para lo cual, en el mismo caso que los estados, deberá desarrollar las dos fases antes expuestas.

V.3.2.2. Programa Nacional de Salud 1990-1994

El Programa Nacional de Salud 1990-1994 se estructura en seis partes y en su generalidad guarda la misma configuración que el Programa 1984-1988.

Para el establecimiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud, se proponen seis estrategias, adicionándose a las establecidas en el Programa 1984-1988, la Coordinación Funcional del Sistema Nacional de Salud y el Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, eliminándose la estrategia de sectorización.

En la estrategia de Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, se considera dentro de las líneas de acción lo siguiente:

Impulsar y apoyar la organización y el funcionamiento eficientes de los servicios estatales de salud, ya sean desconcentrados o descentralizados.

Procurar la organización y el funcionamiento adecuados de las jurisdicciones sanitarias y de los centros de salud.⁷⁶

Como se podrá notar este Programa se apoya en los modelos de desconcentración y descentralización, según el esquema que a la fecha presenten los servicios de salud en cada entidad federativa, ya no como único proceso la descentralización, buscando en especial, fortalecer a las jurisdicciones sanitarias y centros de salud.

Dentro de este capítulo de estrategias se encuentra nuevamente la descentralización de los servicios de salud, describiéndola el Programa 1990-1994 de la siguiente manera:

Continuar con la política de descentralización de los servicios de salud y de la regulación, control y fomento sanitarios, y consolidar los avances logrados.

Fortalecer los sistemas locales de salud, favoreciendo el aumento de capacidad de gestión y de toma de decisiones.

Establecer los mecanismos que ayuden a superar los problemas relacionados con la capacitación y el desarrollo del personal, el suministro de insumos básicos, la conservación y el mantenimiento de las instalaciones y el apoyo logístico.⁷⁷

El Programa se refiere a continuar con la estrategia de descentralización, y la política de fortalecer los sistemas locales de salud, y por primera ocasión se refiere al establecimiento de mecanismos que auxilien en la solución de problemas, que se entiende surgieron del mismo proceso. Esta estrategia busca más la desconcentración territorial que una real descentralización, ya que pretende fortalecer los sistemas locales de salud, entendiendo por éstos a las jurisdicciones sanitarias.

Dentro de la Parte IV Programas de apoyo, se adiciona el de Conservación y mantenimiento, que busca prever los mecanismos, insumos, personal y recursos necesarios para la preservación y funcionamiento

76 Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 1990-1994*. México, 1990, p. 27.

77 *Ibid.*, p. 28.

de las unidades y equipos, teniendo dentro de sus objetivos avanzar en el proceso de descentralización de estas funciones operativas.

Asimismo, dentro de la Parte V Proyectos estratégicos, se considera el desarrollo de jurisdicciones sanitarias tipo, así como la rehabilitación y desarrollo de infraestructura en salud, estos proyectos están íntimamente relacionados con la nueva política de descentralización y con los problemas surgidos durante el proceso. El desarrollo de las jurisdicciones sanitarias tipo se describe como:

Un sistema local de salud corresponde a una jurisdicción sanitaria, misma que comprende una delegación política, de uno o varios municipios. Es responsabilidad directa de la jurisdicción otorgar servicios de salud a la población abierta, y coordinar los programas que lleven a cabo las demás instituciones del Sistema Nacional de Salud; asimismo, realizar labores de coordinación con los sectores público, social y privado.

El propósito del Programa es desarrollar jurisdicciones sanitarias tipo, que realicen de manera óptima sus funciones y, en esta forma, se constituyan en modelos de trabajo y en centros de capacitación para el resto de la entidad federativa.⁷⁸

Dentro de las líneas estratégicas para alcanzar este proyecto está la de mejorar la capacidad técnica y administrativa, incrementar la participación de la comunidad, promover la coordinación programática de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, e impulsar la política de desconcentración y descentralización, con el fin de otorgar mayor capacidad de decisión y gestión a los niveles locales.

El proyecto estratégico de rehabilitación y desarrollo de la infraestructura en salud, considera que es necesario conservar, mejorar y ampliar la infraestructura de los servicios de salud, para avanzar en la descentralización de los servicios y así consolidar los sistemas estatales de salud.

⁷⁸ *Ibid.*, p. 70.

V.3.3. Programa de Descentralización de los Servicios de Salud

Este Programa tiene su origen en el Decreto en que se ordena que las dependencias y entidades procederán a elaborar un programa de descentralización administrativa que asegure el avance de dicho proceso, ordenamiento analizado previamente. Este instrumento programático, es fundamental para consolidar el Sistema Nacional de Salud.

El Programa de Descentralización de los Servicios de Salud fue presentado para su consideración a la Secretaría de Programación y Presupuesto el 8 de octubre de 1984, en los términos del artículo primero transitorio del Decreto que le dio origen.

A pesar de que la Secretaría de Salud, previamente a las fechas de publicación del Decreto y de la entrega del Programa de Descentralización en estudio a la SPP, ya había iniciado su proceso de descentralización, no existió contraposición en los programas, acciones realizadas y disposiciones que las fundamentaron.

El Programa de Descentralización de los Servicios de Salud está estructurado por los siguientes capítulos: 1) antecedentes; 2) marco conceptual; 3) marco jurídico; 4) diagnóstico; 5) objetivos; 6) políticas; 7) instrumentos; 8) líneas de acción y principales actividades; 9) vertientes de instrumentación, y 10) programas específicos.⁷⁹

Lo más destacado dentro del Programa,⁸⁰ desde el punto de vista jurídico-administrativo, es:

a) Diagnóstico

Este apartado especifica el estado en que se encuentra cada una de las dependencias federales del sector salud que participarán en la descen-

79 Cfr. Secretaría de Salud. *Cuadernos Técnicos de Planeación, Descentralización de los servicios de salud*, op. cit., p. 91.

80 Cfr. Secretaría de Salud. *Cuadernos de Desconcentración*, núm. 1, op. cit., pp. 161 a 169.

tralización dentro de las entidades federativas, así como de los posibles obstáculos que se podrán encontrar en el proceso.

- SSA. Servicios Coordinados, con operación centralizada y recursos federales.
- IMSS. Delegaciones estatales y regionales. autonomía operativa con un consejo consultivo tripartita con representación del gobernador.
- ISSSTE. No hay consolidación de delegaciones estatales; sin embargo, su nueva ley y reglamento sustentan las bases para la intensificación de su desconcentración.
- DIF. En cada entidad opera como organismo descentralizado, con recursos locales y apoyo federal técnico, económico y en especie.
- IMSS-COPLAMAR. Órganos administrativos regionales con participación de funcionarios locales, a partir de 1983 son presididos por los gobernadores.

Dentro de los posibles obstáculos señala:

- Técnicos: probable deterioro en la calidad y eficiencia de los servicios.
- Financieros: impacto de los tabuladores federales en los locales y deseo de que los servicios se le transfieran en óptimas condiciones.
- Administrativos: menor o nula experiencia administrativa local, en algunos casos falta de estructuras que automáticamente puedan operar los servicios.

Por otro lado, dentro del diagnóstico se establecen los criterios rectores para evitar los obstáculos, siendo éstos: proceso gradual; avanzar ca-suísticamente en las entidades en donde se reúnan condiciones propicias; evitar deterioro en la prestación de los servicios; respetar los derechos de los trabajadores; debe mirarse como un proceso jurídico,

administrativo, técnico y político, y debe contribuir a ampliar la cobertura de los servicios y su calidad.

b) Objetivo

El Programa tiene como objetivo general contribuir a ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud, así como la posible integración orgánica de los servicios de atención abierta bajo la gestión operativa de las autoridades locales y coadyuvar a la integración programática de sistemas estatales de salud.

Del anterior objetivo general se derivan los siguientes objetivos específicos:

- Fortalecer el federalismo, a través de una adecuada distribución de competencias.
- Consolidar el Sistema Nacional de Salud, con políticas nacionales y participación del sector social y privado.
- Formación y operación de sistemas locales de salud.
- Contribuir a la plena cobertura de los servicios de salud y al mejoramiento de su calidad.

Si se logran los objetivos anteriormente referidos, sería posible la definición de políticas y programas específicos para cada entidad federativa, respondiendo a sus necesidades y problemas, desarrollándose programas estatales de desconcentración y descentralización a sus municipios, y en el caso del DDF a sus delegaciones políticas, fortaleciéndose la coordinación de acciones del sector salud con otros sectores y autoridades, vigorizándose la participación ciudadana.

c) Políticas

El Programa define políticas generales, de organización, de planeación, de control, evaluación e información. Las políticas generales orientan las acciones para la formulación de programas regionales y sistemas

estatales bajo un marco jurídico de integración sectorial, de interacción intersectorial y de participación estatal.

Dentro de las políticas generales se destacan:

- La descentralización es un proceso que se deberá ajustar a las peculiaridades jurídico-administrativas de cada dependencia y entidad, con el fin de garantizar su eficacia, se eviten deterioros en la prestación del servicio, y se respeten los derechos de los derecho-habientes y de los trabajadores.
- La descentralización deberá conducir a la coordinación programática de los servicios de salud entre los sistemas federales de seguridad social y los sistemas locales de salud.
- La descentralización deberá conducir a la progresiva integración orgánica de la atención a población abierta bajo la gestión de las autoridades locales (SSA, IMSS-COPLAMAR y servicios locales).
- La descentralización deberá tener un soporte legal y la Federación y los estados convendrán libremente la transferencia de responsabilidades federales.
- La descentralización con las entidades deberá abarcar progresivamente a los municipios.

En relación con las políticas específicas, como son las de organización, que refieren directrices de transferencia de recursos federales a los órganos regionales; las de planeación, que fijan el carácter de la SSA como órgano normativo y refieren la orientación programada y gradual del proceso de descentralización, con el apoyo de los Subcomités de Salud y Seguridad Social de los COPLADES; las de control, evaluación e información, que refieren la facultad de la SSA para llevar a cabo los mismos, a través de sistemas estatales que al efecto se establezcan.

Dentro de las políticas específicas, destacaremos las siguientes:

- Las unidades que presten servicios de atención abierta, se deberán consolidar en primer término como órganos desconcentrados por territorio, con autonomía técnica y participación de las autoridades locales, con el fin de que en el mediano plazo se realicen las adecuaciones administrativas y jurídicas correspondientes, para que su gestión recaiga en los gobiernos de los estados.
- Las unidades que presten servicios de seguridad social, deberán consolidarse como órganos desconcentrados por territorio, con autonomía técnica y con consejos consultivos en donde participen autoridades locales.
- El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia transferirá sus instalaciones asistenciales a los gobiernos de los estados, a los cuales continuará proporcionando apoyo técnico, financiero y logístico.
- La SSA y el IMSS continuarán proporcionando apoyo financiero, técnico y logístico a los estados en que esté avanzando el proceso de descentralización.

d) Estrategias

El Programa establece una estrategia general, señalando que la descentralización tenderá a la formación de los sistemas estatales de salud, para lograr la consolidación del Sistema Nacional de Salud. Los sistemas estatales se formarán a través de dos vertientes: la progresiva integración orgánica de la atención a población abierta (descentralización de funciones y recursos federales a las entidades federativas), y la coordinación programática de los servicios federales de seguridad social, por lo que se refiere a servicios de salud, que tendrán como punto de apoyo el reforzamiento de la desconcentración administrativa, con mayor participación de las autoridades locales (desconcentración territorial).

La descentralización se llevará por dos vías complementarias, las reformas legales de distribución de competencias en materia sanitaria, entre la federación y las entidades federativas, y la celebración de acuerdos de coordinación dentro del marco del Convenio Único de Desarrollo.

La aplicación del Programa será gradual, integral y ordenada, para vencer los obstáculos que se presenten; asimismo el Programa deberá ser flexible con el fin de que sea aplicable a cada entidad, dependiendo de sus particularidades y grados de desarrollo, debiendo prever los ajustes que se consideren necesarios, de manera permanente.

Se considera un programa a mediano plazo, estableciéndose su conclusión en el periodo de gobierno (1988), llevándose la fase de integración programática sectorial en 1984, la integración orgánica de los servicios de salud a población abierta iniciará en 1985, y el proceso concluirá en 1986 en todas las entidades.

Las estrategias específicas se orientan a:

- Garantizar la adecuada coordinación de un Sistema Nacional de Salud y la efectiva conducción y aplicación de una política nacional, a través de reforzar la normatividad y el control, propiciar una adecuada distribución de competencias y diseñar un modelo de atención a la salud.
- Garantizar la eficaz administración y operación de sistemas locales de servicios de salud en las entidades federativas y el DF., a través de fortalecer la capacidad operativa y de gestión de los Servicios Coordinados de Salud Pública, distribuir competencias de salubridad general entre la federación y estados, ampliar la participación de los gobiernos estatales en los sistemas de salud de seguridad social e integrar los servicios de salud a población abierta de la SSA a los estados y al Departamento del Distrito Federal.

Para llevar a la práctica el Programa en estudio y obtener experiencia en cuanto a su aplicación, deberán llevarse a cabo programas piloto en entidades federativas seleccionadas para tal efecto, por lo que se refiere a la descentralización de los servicios de salud a población abierta, se estará a lo estipulado en el Decreto del 8 de marzo de 1984 (se analizó previamente).

Como se podrá notar, prácticamente todos los aspectos que trata el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud, ya habían sido regulados o iniciado su ejecución.

CUADRO I

Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de Salubridad y Asistencia, y los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la federación, con el propósito de establecer las bases para la elaboración y ejecución del programa de descentralización de los servicios de salud en las entidades federativas.

No.	ENTIDAD FEDERATIVA	PUBLICACIÓN <i>D.O.F.</i>
1	Aguascalientes	06-12-84
2	Baja California	19-12-84
3	Baja California Sur	07-12-84
4	Campeche	10-12-84
5	Coahuila	11-12-84
6	Colima	12-12-84
7	Chiapas	13-12-84
8	Chihuahua	13-12-84
9	Distrito Federal	16-08-84
10	Durango	03-12-85
11	Guanajuato	27-06-84
12	Guerrero	03-07-84
13	Hidalgo	02-07-84
14	Jalisco	17-12-84
15	Michoacán	18-09-84
16	Nayarit	19-12-84

No.	ENTIDAD FEDERATIVA	PUBLICACIÓN D.O.F.
17	Nuevo León	19-12-84
18	Oaxaca	20-12-84
19	Puebla	26-10-84
20	Querétaro	21-12-84
21	Quintana Roo	26-12-84
22	San Luis Potosí	14-12-84
23	Sinaloa	26-12-84
24	Sonora	26-12-84
25	Tabasco	27-12-84
26	Tamaulipas	28-12-84
27	Tlaxcala	28-06-84
28	Veracruz	24-10-86
29	Yucatán	28-12-84
30	Zacatecas	28-12-84

Nota: No fueron publicados los acuerdos de los estados de México y Morelos en el *Diario Oficial de la Federación (D.O.F.)*.

Fuente: Archivo de la Dirección General de Asuntos Jurídicos e Internacionales de la Secretaría de Salud.

CUADRO 2

Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación, de Desarrollo Urbano y Ecología y de Salud, y el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la federación, para la integración orgánica y la descentralización operativa de los servicios de salud pública.

No.	ENTIDAD FEDERATIVA	PUBLICACIÓN D.O.F.	ESTRUCTURA ESTATAL
1	Aguascalientes	17-01-89	Instituto de Servicios de Salud
2	Baja California Sur	04-12-85	Secretaría de Salud, Instituto de Servicios de Salud
3	Colima	29-11-88	Secretaría de Salud y Bienestar Social
4	Guanajuato	08-03-89	Secretaría de Salud y Bienestar Social
5	Guerrero	18-10-85	Servicios Estatales de Salud
6	Jalisco	01-12-86	Departamento de Salud
7	México	29-11-88	Instituto de Salud del Estado
8	Morelos	15-09-86	Secretaría de Salud y Seguridad Social
9	Nuevo León	11-12-85	Secretaría de Salud del Gobierno del Estado
10	Oaxaca	25-04-85	Secretaría de Salud del Gobierno del Estado
11	Querétaro	26-07-89	Dirección de Salud del Gobierno del Estado

No.	ENTIDAD FEDERATIVA	PUBLICACIÓN D.O.F.	ESTRUCTURA ESTATAL
12	Quintana Roo	02-08-89	Secretaría de Salud
13	Sonora	01-12-86	Secretaría de Salud Pública, Servicios Médicos de Sonora
14	Tabasco	01-12-86	Secretaría de Salud Pública del Estado
15	Tlaxcala	24-06-85	Secretaría de Salud del Estado

Fuente: Archivo de la Dirección General de Asuntos Jurídicos e Internacionales de la Secretaría de Salud.

CUADRO 3

Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las secretarías de Programación y Presupuesto, Contraloría General de la Federación, de Salud, y el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la federación, para determinar los apoyos logísticos que aportarán las partes en la integración de los sistemas estatales de salud.

No.	ENTIDAD FEDERATIVA	FECHA FIRMA
1	Aguascalientes	19-10-87
2	Colima	07-03-86
3	Guanajuato	07-03-86
4	Guerrero	12-09-85
5	Jalisco	09-12-85
6	México	07-03-86
7	Morelos	04-10-85
8	Nuevo León	09-12-85
9	Querétaro	13-12-85
10	Quintana Roo	23-12-87
11	Sonora	17-12-85
12	Tabasco	06-12-85
13	Tlaxcala	27-08-85

Fuente: Archivo de la Dirección General de Asuntos Jurídicos e Internacionales de la Secretaría de Salud.

CUADRO 4

Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la federación, con el propósito de descentralizar el ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria a las entidades federativas.

No.	ENTIDAD FEDERATIVA	PUBLICACIÓN D.O.F.
1	Aguascalientes	19-10-87
2	Baja California	12-08-86
3	Colima	12-08-86
4	Guanajuato	24-11-86
5	Guerrero	17-09-86
6	Jalisco	12-08-86
7	México	29-08-86
8	Morelos	08-10-86
9	Nuevo León	12-08-86
10	Oaxaca	17-12-85 (*)
11	Querétaro	12-08-86
12	Quintana Roo	27-07-89
13	Sonora	12-08-86
14	Tabasco	28-07-86
15	Tlaxcala	20-08-86

(*) Fecha de celebración, no se publicó en el Diario Oficial de la Federación (D.O.F.).

Fuente: Archivo de la Dirección General de Asuntos Jurídicos e Internacionales de la Secretaría de Salud.

CUADRO 5

Auerdo de Coordinación que celebra el Ejecutivo Federal, por conducto de las secretarías de Programación y Presupuesto y de Salud, y los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la federación, para establecer el Programa Integral de Financiamiento e Inversión en Materia de Servicios de Salud a Población Abierta 1986.

No.	ENTIDAD FEDERATIVA	PUBLICACIÓN D.O.F.
1	Aguascalientes	26-01-87
2	Baja California	27-01-87
3	Baja California Sur	03-03-87
4	Campeche	27-01-87
5	Colima	27-02-87
6	Chiapas	29-01-87
7	Chihuahua	11-03-87
8	Durango	29-02-87
9	Guanajuato	23-02-87
10	Guerrero	23-02-87
11	Hidalgo	27-01-87
12	México	28-02-87
13	Nayarit	09-03-87
14	Nuevo León	10-03-87
15	Oaxaca	28-02-87
16	Puebla	12-03-87
17	Querétaro	03-03-87

No.	ENTIDAD FEDERATIVA	PUBLICACIÓN D.O.F.
18	Quintana Roo	01-07-87
19	San Luis Potosí	28-01-87
20	Sinaloa	28-01-87
21	Sonora	02-03-87
22	Tamaulipas	11-03-87
23	Tlaxcala	09-03-87
24	Yucatán	29-01-87
25	Zacatecas	25-03-87

Fuente: Archivo de la Dirección General de Asuntos Jurídicos e Internacionales de la Secretaría de Salud.

CONCLUSIONES

Primera. Para una adecuada transición de un organismo centralizado a un organismo descentralizado, debería darse previamente la delegación de facultades y por la desconcentración, ambas modalidades de la administración centralizada.

Segunda. La desconcentración se diferencia de la delegación de facultades en que se tiene que dar por medio de una ley, reglamento o decreto, teniendo los organismos desconcentrados autonomía técnica sobre las funciones que se le delegan, así como financiera, no pudiendo ejercer el órgano central las funciones transferidas.

Tercera. La descentralización se diferencia de la desconcentración en que los órganos descentralizados adquieren personalidad jurídica propia, así como autonomía orgánica, esto es que se rompe el control jerárquico respecto al órgano del que recibe las facultades. Los organismos descentralizados se regulan por la administración pública paracastatal y no la centralizada.

Cuarta. La descentralización pretende aliviar la carga que tiene la administración central, dando una mayor eficiencia y agilidad a la administración pública, atendiendo las necesidades y problemas en el lugar que se presenten, fortaleciendo el federalismo.

Quinta. La descentralización de los servicios de salud busca ampliar la cobertura de los servicios de salud y mejorar la calidad de los mismos, avanzando desde una organización centralizada, pasando por la delegación de facultades y la desconcentración, hasta llegar a la descentralización.

Sexta. La descentralización de los servicios de salud en un sentido administrativamente estricto, considera dos formas de organización: la descentralización y la desconcentración, el primero de los casos por lo

que se refiere a los servicios a población abierta, que presta la Secretaría de Salud, el IMSS-COPLAMAR y la propia entidad federativa y sus municipios, que se integran orgánicamente en los servicios estatales de salud, con personalidad y patrimonios propios y con independencia técnica. En el segundo de los casos, se refiere a los servicios de seguridad social, que prestan el IMSS, el ISSSTE y el DIF, los que desconcentran territorialmente facultades y programas, con independencia técnica, bajo un esquema de coordinación con las entidades federativas y subordinación en el nivel central.

Séptima. Los sistemas estatales de salud se integran por todas las instituciones públicas que prestan servicios de salud, ya sean federales, estatales o municipales, así como por las personas físicas y morales de los sectores social y privados, establecidos en cada entidad federativa.

Octava. La descentralización de los servicios de salud se deberá llevar a través de dos etapas, la coordinación programática y la integración orgánica. La primera supone la actividad unificadora de esfuerzos, recursos, facultades y programas comunes, entre las instituciones públicas que presten servicios de salud, y la segunda tiene como propósito organizar y desarrollar sistemas estatales de salud.

Novena. Para la integración orgánica y la descentralización operativa de los servicios de salud, se requiere la identificación de soluciones a la problemática presentada en materia administrativa, laboral, financiera y técnica, tanto en el nivel central, como en las entidades federativas, para lo cual se crea un Comité de Descentralización.

Décima. El proceso de descentralización de los servicios de salud se debe de dar de manera gradual, para de evitar contradicciones o duplicidades y evitar deficiencias o deterioros en la prestación de los servicios de salud.

Décima primera. La descentralización de los servicios de salud, se lleva a cabo por dos vías complementarias, la legal y los acuerdos de coordinación.

Décima segunda. El párrafo cuarto del artículo 4o. Constitucional y la Ley General de Salud, constituyen el marco de legalidad de la descentralización de los servicios de salud, en materia de salubridad general, al considerar la concurrencia de la federación y las entidades federativas, propiciando la reversión del proceso centralizador.

Décima tercera. Los Decretos de Presupuesto de Egresos de la Federación correspondientes a los ejercicios 1986 a 1990, establecen que el programa de descentralización de los servicios de salud se deberá realizar con los recursos de los presupuestos aprobados, no autorizándose recursos específicos para tal efecto, lo que representa una falta de apoyo económico, repercutiendo en el retraso o incumplimiento del programa de descentralización y en el surgimiento de problemas sustantivos y operativos, en la prestación de los servicios.

Décima cuarta. En los Reglamentos Interiores de la Secretaría de Salud de 1985 y 1989, se puede observar en materia de descentralización de los servicios de salud, que el primero refuerza la estructura administrativa en el nivel central, creándose las Direcciones Generales de Descentralización y Modernización Administrativa y de Coordinación Sectorial, así como el Comité de Descentralización, en el segundo de los Reglamentos, se eliminan las unidades administrativas antes referidas, promoviéndose un programa de desconcentración de funciones de los Servicios Coordinados de Salud Pública hacia sus respectivas jurisdicciones sanitarias, otorgándoles una mayor participación a los gobiernos de los estados, pero no el manejo autónomo.

Décima quinta. Para poder llevar a cabo el proceso de descentralización de los servicios de salud, es necesario regular la participación coordinada de los tres niveles de gobierno, siendo el Convenio Único

de Desarrollo la vía fundamental, así como el instrumento rector que distribuye la competencia administrativa, no la legislativa.

Décima sexta. Que con base en los diversos Acuerdos de Coordinación que celebraron el Ejecutivo Federal con los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la federación, para promover la elaboración y ejecución de un programa de descentralización de los servicios de salud, así como transferir facultades y distribuir competencias y recursos en diversos aspectos, el programa inició con todas las entidades federativas y el Distrito Federal, terminando el proceso de integración orgánica de Servicios Estatales de Salud, con personalidad y patrimonio propios, sólo en quince, ya que por falta de una estructura orgánica adecuada de los Servicios Coordinados de Salud Pública en las entidades federativas, así como de recursos económicos suficientes, infraestructura y recursos materiales en buenas condiciones y recursos humanos capacitados, no fue posible concretar conforme a las metas programadas la descentralización de los servicios de salud en todas las entidades federativas, considerándose necesario que el Comité de Descentralización continúe y fortalezca sus funciones, para que se desarrollen los elementos operativos y normativos necesarios, y se retome el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud, con propuestas específicas que resulten de los grupos de trabajo de cada entidad federativa.

Décima séptima. El programa de descentralización de los servicios de salud es una estrategia política del régimen administrativo del presidente Miguel de la Madrid Hurtado, que no pudo concluirse durante su periodo, por lo que en el régimen del licenciado Carlos Salinas de Gortari, se modifica, dando un mayor impulso a la desconcentración que a la descentralización, seguramente por las experiencias obtenidas en la problemática presentada durante el proceso y que refiere dentro de su Programa Nacional de Salud.

Décima octava. Que para llevar a cabo la descentralización de los servicios de salud, no sólo es necesaria la reforma legal y la concurrencia de los distintos niveles de gobierno, sino que requiere la voluntad política, la asignación de recursos, la modernización administrativa y reestructuración de la vida social. La descentralización de los servicios de salud debe considerarse como un proceso jurídico, administrativo, técnico y político, debiendo contar con un soporte económico adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

LEGISLACIÓN CONSULTADA:

Acuerdo por el que se deroga el Acuerdo Presidencial por el que se creó la Unidad de Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, publicado el 21 de enero de 1977, Diario Oficial de la Federación, México, 20 de abril de 1983.

Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las dependencias que se indican, y el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo, para la integración orgánica y la descentralización operativa de los servicios de salud, Diario Oficial de la Federación, México, 22 de agosto de 1989.

Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de las secretarías de Programación y Presupuesto, Contraloría General de la Federación, de Salud, y el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como los ejecutivos de los estados libres y soberanos de la Federación, para determinar los apoyos logísticos que aportarán las partes en la integración de los sistemas estatales de salud, Archivo de la Dirección General de Administración de la Secretaría de Salud, años 1985 a 1987.

Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal por conducto de las secretarías de Programación y Presupuesto y de Salud, y el ejecutivo del estado de Campeche, para establecer el Programa Integral de Financiamiento e Inversión en Materia

de Servicios de Salud a Población Abierta 1986, Diario Oficial de la Federación, México, 27 de enero de 1987.

Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo del Estado de Guerrero, con el propósito de descentralizar el ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria en la entidad, Diario Oficial de la Federación, México, 12 de agosto de 1986.

Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo del Estado de Nayarit, con el propósito de establecer las bases para la elaboración y ejecución del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud, Diario Oficial de la Federación, México, 19 de diciembre de 1984.

Acuerdo número 33 por el que se desconcentran facultades a los Servicios Coordinados de Salud Pública en las entidades federativas, órganos desconcentrados por territorio de competencia coordinada, con el propósito de darles autonomía operativa, Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación, México, 31 de agosto de 1984.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, comentada, 6a. ed., UNAM, México, 1994.

Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio de 1986, Diario Oficial de la Federación, México, 31 de diciembre de 1985.

Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio de 1990, Diario Oficial de la Federación, México, 29 de diciembre de 1989.

Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la Secre-

taría de Salubridad y Asistencia, Diario Oficial de la Federación, México, 30 de agosto de 1983.

Decreto por el que las dependencias y entidades procederán a elaborar un Programa de Descentralización Administrativa que asegure el avance de dicho programa, Diario Oficial de la Federación, México, 18 de junio de 1984.

Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, Secretaría de Programación y Presupuesto, Diario Oficial de la Federación, México, 31 de mayo de 1989.

Decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de Mediano Plazo, denominado: Programa Nacional de Salud 1984-1988, Diario Oficial de la Federación, México, 9 de agosto de 1984.

Decreto por el que se crea el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para Población Abierta IMSS-COPLAMAR, Diario Oficial de la Federación, México, 24 de junio de 1985.

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, Diario Oficial de la Federación, México, 8 de marzo de 1984.

Ley de Planeación, Diario Oficial de la Federación, México, 5 de enero de 1983.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales, 24va. ed., Porrúa, México, 1990.

Ley General de Salud, 6a. ed., Porrúa, México, 1990.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 24va. ed., Porrúa, México, 1990.

Ley para el Control por parte del Gobierno Federal de los Organismos Descentralizados y Empresas de Participación Estatal, *Diario Oficial de la Federación*, 31 de diciembre de 1970.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, *Diario Oficial de la Federación*, México, 19 de agosto de 1985.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, *Diario Oficial de la Federación*, México, 29 de mayo de 1989.

PUBLICACIONES PERIÓDICAS CONSULTADAS:

El Universal, "A pesar de las restricciones presupuestales, la descentralización de la SS avanza", Guillermo Soberón Acevedo; México, 8 de marzo de 1986, Primera Sección.

Gaceta Mexicana de Administración Pública Estatal y Municipal, Municipio Libre y Descentralización de la Vida Nacional, Instituto Nacional de Administración Pública, México, octubre-marzo, 1984.

OBRAS CONSULTADAS

Acosta Romero, Miguel. *Teoría general del derecho administrativo*, 7a. ed., Porrúa, México, 1986, 750 pp.

De La Madrid, Miguel. *Salud pensamiento político (1982-1987)*, 1a. ed., Miguel Ángel Porrúa, México, 1988, 242 pp.

Faya Viesca, Jacinto. *Administración pública federal, la nueva estructura*, 2a. ed., Porrúa, México, 1983, 795 pp.

Fraga, Gabino. *Derecho administrativo*, 28va. ed., Porrúa, México, 1989, 506 pp.

Soberón Acevedo, Guillermo. *La protección de la salud en México. Palabras, discursos y mensajes (1986-1988)*, segundo volumen, 1a. ed., Miguel Ángel Porrúa, México, 1989, 602 pp.

Olivera Toro, Jorge. *Manual de derecho administrativo*, 4a. ed., Porrúa, México, 1976, 382 pp.

Poder Ejecutivo Federal:

Plan Nacional de Desarrollo 1982-1988, Talleres Gráficos de la Nación, 1a. ed., México, 1983, 430 pp.

Programa Nacional de Salud 1984-1988, México, agosto de 1984, 310 pp.

Ruiz Massieu, José Francisco, Diego Valadés. *Nuevo Derecho Constitucional Mexicano*, Porrúa, 1a. ed., México, 1993, 626 pp.

Secretaría de Salud:

Comité de Descentralización y Desconcentración, Subsecretaría de Planeación, México, 1983, 88 pp.

Compilación y archivo jurídico sobre descentralización, Dirección General de Asuntos Jurídicos e Internacionales, México, 1983 a 1990, 10 pp.

Cuadernos de Descentralización, Perspectivas de la Descentralización en 1985 Instrumentación de la Segunda Etapa, Subsecretaría de Planeación, México, 1985, 13 pp.

Cuadernos de Descentralización, núm. 4, *Descentralización Municipal*, Subsecretaría de Planeación, México, 1985, 135 pp.

Cuadernos de Descentralización, núm. 1, *Documentos Básicos*, Subsecretaría de Planeación, México, 1984, 212 pp.

Cuadernos Técnicos de Planeación, Descentralización de los Servicios de Salud, Subsecretaría de Planeación, vol. 1, núm. 8, México, 1984, 110 pp.

Evaluación de la descentralización de los servicios de salud a población abierta en cuatro entidades federativas, Subsecretaría de Planeación, México, julio de 1989, 32 pp.

Programa de Modernización Administrativa 1984-1988, Dirección General de Organización y Modernización Administrativa, México, julio de 1984, 117 pp.

Programa Nacional de Salud 1990-1994, México, 1990, 78 pp.

OTRAS FUENTES:

Soberón Acevedo, Guillermo. *Informe de Labores 1983-1984*, Secretaría de Salud, México, 8 de agosto de 1984.