

La estrategia de descentralización de los servicios de salud a la población abierta de México

(Un análisis sobre la legitimación estatal
y la privatización de la medicina social)

Víctor M. Soria*



La descentralización de los servicios de salud abiertos a la población en México se considera como un medio para alcanzar los fines del Sistema Nacional de Salud, SNS, o sea, avanzar hacia la cobertura universal de los servicios de salud y mejorar la calidad de éstos. Además, la descentralización toma en cuenta la postura de organizaciones internacionales como el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, OMS, en cuanto a una mayor eficiencia comparada con la operación de una estructura centralizadora. Desde otros ángulos, se presenta la descentralización como una estrategia para salir de la crisis, para promover el crecimiento económico y aun la democracia. Sin embargo, por detrás del discurso oficial se pueden entrever otros objetivos no declarados, como son el de elevar el nivel de legitimación del Estado y la privatización de la medicina social. Alrededor de estos dos últimos puntos es principalmente que se efectúa el análisis de la

*Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, Departamento de Economía.

descentralización y se plantean algunas hipótesis sobre sus estrechos límites dentro del sistema. Es muy probable que la evaluación que en el futuro se haga de sus logros, resulte negativa.

El trabajo se ha organizado en cinco partes. La primera toca brevemente algunos puntos teóricos sobre la legitimación restringida del Estado, lo cual sirve de marco conceptual a una de las hipótesis sobre la política de descentralización en el sector salud. En la segunda parte se analiza la estrategia, el modelo de descentralización de los servicios de salud abiertos a la población, y el financiamiento de los mismos. En la tercera parte se aborda el examen de la tendencia a la privatización de la medicina social, la cual ha sido favorecida por el programa de descentralización y la misma política sanitaria implantada durante el sexenio pasado.



En la cuarta se analizan los límites de la descentralización de los servicios de salud abiertos a la población; y finalmente, en la quinta, se proponen algunas hipótesis de trabajo para la investigación futura, así como breves comentarios finales.

Estado periférico, legitimidad y descentralización

En esta sección se analizará brevemente la necesidad de legitimación estatal frente a las clases sociales, apoyada en P. Salama y J. Valier (1990), y en P. Salama y G. Mathías (1983), como marco general para la discusión que sobre la descentralización en el sector de la salud efectuaremos en las siguientes secciones.

La legitimidad restringida del Estado

La legitimación estatal es el resultado de múltiples determinaciones. Es el producto, a la vez, de la difusión de las mercancías y sus condiciones de generalización, así como de la propia historia de cada sociedad, especialmente de su "fondo cultural" y, para las sociedades tardíamente incorporadas al capitalismo, de las influencias que dicho fondo sufre del exterior. La legitimación del Estado es además el producto de la política gubernamental y la actividad de los partidos políticos.¹

Salama y Valier (1990), distinguen dos tipos de legitimación: la mercantil —con la cual se confunde la democracia— y la no mercantil que complementa y refuerza a la primera, y que está sustentada en el fondo cultural. La mercantil permite comprender porqué el Estado capitalista apa-

rece como árbitro más allá de los intereses de clase; para retomar una expresión de Marx, "arriba y al lado de la sociedad civil". El Estado es legítimo porque cumple la función de árbitro. El fundamento de la democracia deviene del sistema de intercambio de equivalentes al apoyarse sobre la supuesta igualdad de los que intercambian. La democracia se identifica así con la legitimación mercantil.

La generalización de las mercancías no constituye una hipótesis aceptable para los países subdesarrollados, en vista de que las relaciones mercantiles fueron introducidas por el desarrollo de la economía mundial en la época del imperialismo,² y no por el capital —el cual era inexistente— en los propios países atrasados. No obstante, la mercantilización ha sido rápida y dramática, y aunque tiene un peso menor que en los países desarrollados, también legitima al Estado.

En América Latina, en el pasado cercano, sobre todo a raíz del fracaso del modelo de crecimiento "hacia adentro", tal parece que tanto la legitimación mercantil como la no mercantil, fueron insuficientes para llenar el déficit de legitimación del Estado. La legitimidad restringida se ejerció en varios países, mediante la violencia y la represión sistemática, a través de regímenes políticos de corte militar-policial. Éstos fracasaron, dejando tras de sí una difícil situación económica y una polarización social. La demanda de democracia por parte de la clase trabajadora, unida a las necesidades de refuncionalización del capital internacional, precipitaron su caída dando paso a otros menos represivos. El fácil endeudamiento de los años setenta pospuso la crisis del mencionado modelo de crecimiento hasta finales de 1981, pero al estallar la gran crisis financiera en 1982, el nivel de legitimidad del Es-



tado se desplomó otra vez de manera dramática. Posteriormente, la aplicación de políticas de corte neoliberal no sólo han agravado la crisis, sino que han destruido el pacto social con los trabajadores, haciendo caer la legitimidad estatal a niveles aun más bajos.

Funciones del Estado, crisis y descentralización

En los países subdesarrollados la naturaleza clasista del Estado deriva de su inserción en la economía mundial constituida y ha condicionado sus funciones, las cuales están centradas más en la producción y reproducción del capital en el nivel internacional, que en la reproducción de la fuerza de trabajo (cf. P. Salama y G. Mathías, 1983). A su vez, esto ha orientado la intervención estatal hacia la industrialización y la creación de infraestructura, lo cual ha redundado en la necesidad de un Estado fuerte y una organización centralizada del poder público. En el caso de México, ha desembocado después de la Revolución de 1910, en un régimen político de tipo presidencialista, altamente centralizado y apoyado en el corporativismo sindical oficial.

La industrialización ha requerido una significativa intervención del Estado en la esfera de la producción, y cada vez más en la reproducción de la fuerza de trabajo, aunque ésta sea en menor grado que en los países subdesarrollados. Así, en los países latinoamericanos se crearon en las primeras décadas de este siglo, en diferentes años, los sistemas de seguridad social para proteger a los trabajadores del sector formal, los cuales quedaron separados de la población abierta en materia de protección social. Tanto los servicios de seguridad social como los de

atención de la salud a la población abierta siguieron el patrón centralista de los regímenes políticos, así como la concentración regional que provocó la industrialización. La gran crisis de los regímenes de acumulación "hacia adentro", que se hace presente en algunos países desde los años sesenta, pospuesta en los setenta mediante el endeudamiento externo, se generaliza y agrava en los ochenta por el choque monetarista estadounidense que precipita la crisis de la deuda externa. A su vez, la crisis cuestiona la legitimidad del Estado, recurriendo éste a diversas estrategias para solucionarla.

La crisis, por una parte, pone en movimiento fuerzas de desfetichización, en vista de que las relaciones de explotación comienzan a develarse y por otra, desvaloriza el capital y crea las condiciones para un nuevo ciclo de producción rentable. En vista de la deslegitimación del Estado, éste se orienta a resolver la crisis, es decir, hace suya la función anticrisis, favoreciendo el restablecimiento de las ganancias y el incremento de la producción. La lentitud con la que se mueve el Estado centralizado y su urgencia por remontar la crisis estructural en la actualidad, lo ha llevado a plantear una estrategia política con base en la descentralización, ya que ésta, se juzga, puede ser el vehículo para restablecer el crecimiento económico.

En relación con la temática de la descentralización, se puede plantear que existe la creencia de que ésta ayudará a acercar más al Estado a la sociedad civil. Se afirma que esa estrategia contribuirá a una mayor eficiencia en la toma de decisiones y a resolver los problemas sociales ligados a los servicios públicos. Así, algunas instituciones internacionales han postulado que la excesiva centralización incrementa los costos económicos y sociales

y que también puede ser el origen de explosiones sociopolíticas, por lo que su recomendación es la de descentralizar el Estado y la organización económica (Banco Mundial, 1987).

En México, la descentralización en general se ha definido como una estrategia política que pretende lograr una mayor democratización de la vida social, apoyar el desarrollo económico, facilitar la asignación de recursos, así como lograr la eficiencia en la prestación de servicios públicos. En términos más específicos, se trata de un proceso mediante el cual las entidades públicas transfieren poderes de decisión, acciones administrativas, recursos humanos, materiales, técnicos y de información a estados, municipios y unidades regionales encargadas de administrar los polos de desarrollo (Raúl Salyano, 1986, pág. 86).

A pesar de que se presentan usualmente las políticas de descentralización por el lado de la eficiencia económica y social, adelantamos la hipótesis de que por detrás del discurso oficial se esconde el problema de la legitimación del régimen político, cuyo nivel ha bajado significativamente con la crisis estructural.

La estrategia y el modelo de descentralización de los servicios de salud abiertos a la población

Las causas profundas de la política de descentralización en México deben buscarse en los factores que propiciaron la concentración económica, demográfica y de servicios sociales y administrativos en los grandes centros urbanos. Factores ligados al régimen de acumulación, al modo de regulación económica y social, así como a las formas de inter-

vención del Estado mexicano. Cabría esperar que los desequilibrios económicos y sociales y las ineficiencias creadas por la centralización económica y política —que han ido obstruyendo cada vez más las actividades y la vida de los mexicanos— llegado el momento, motivaran un proceso descentralizador. Lo sorprendente es que a pesar de los elevados costos económicos y sociales de la centralización, el proceso comienza hasta que el Estado se ve obligado a iniciarlo por la pérdida de legitimidad que sufre debido a la crisis estructural, la cual aflora desde principios de los años setenta.

El contexto general y la descentralización del sector salud

La crisis del régimen de acumulación en México se hace presente desde 1970 en términos del incremento de la inflación, los desajustes monetarios y crediticios, el desequilibrio del sector externo, la crisis fiscal del Estado, la caída de la inversión privada y los fuertes rezagos sociales. A esto se suma la crisis del modo de regulación monopólica que se manifiesta abiertamente en 1976 con el resquebrajamiento del pacto entre los empresarios y el régimen político; lo que a su vez comienza a minar la regulación de la relación salarial, por vía de la presión empresarial. A esto se agrega la intromisión del Fondo Monetario Internacional y la nueva política de topes salariales durante el periodo de López Portillo.

El expediente del petróleo no hizo posible la refuncionalización del régimen de acumulación y del modo de regulación, debido en gran parte a la forma en que se administraron los recursos petrole-



ros y al peso de la deuda externa y su servicio, contraídos para financiar la inversión petrolera. Por una parte se efectuó una significativa transferencia de fondos provenientes del petróleo al sector privado, los cuales no se invirtieron productivamente sino que se dedicaron a la especulación y posteriormente se fugaron del país. Por otra, el incremento sin precedente de las importaciones y el elevado servicio de la deuda, propiciaron la crisis del sector externo y la devaluación del peso frente al dólar, lo cual exacerbó la fuga de capitales. La caída de los precios internacionales del petróleo en 1981 marca no sólo el fin del auge petrolero mexicano, sino también el inicio de la crisis financiera más aguda por la que atraviesa el país.

La legitimidad del Estado, que había comenzado a verse resentida por el estallido estudiantil de 1968, se ve minada significativamente durante el sexenio de Luis Echeverría, principalmente frente a los empresarios. López Portillo logra restablecer la "confianza" empresarial por un corto lapso, pero disminuye sensiblemente en 1981 con los recortes presupuestales y se pierde por completo en septiembre de 1982 con la nacionalización de la banca privada y el control de cambios.

La administración de Miguel de la Madrid hereda en 1982 la crisis y un nivel bajo de legitimidad difícil de recomponer. Por una parte, el nivel de legitimidad es nulo frente al capital y por otra, la caída de los ingresos de los trabajadores merma la legitimidad del Estado frente a éstos. Es dentro de ese contexto, que la política de descentralización comienza a materializarse como una de las estrategias políticas para remontar la crisis. Así, dentro del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 1983-1988 (pág. 17) es presentada como "una reiterada de-

manda (de la sociedad) por descentralizar los distintos aspectos de la vida nacional y reforzar la capacidad de las autoridades y sectores locales para propiciar el desarrollo regional más equilibrado del país...”

Los objetivos que oficialmente se ha declarado se quieren alcanzar por medio de la política de descentralización, son los siguientes:

El objetivo político de la descentralización propone que los municipios y estados desarrollen funciones y competencias precisas para atender las demandas de la sociedad, de manera rápida y eficiente. En lo económico se busca una redistribución geográfica más equitativa de las actividades productivas, para mejorar la repartición del ingreso. En lo social se pretende que todos los mexicanos satisfagan cuando menos sus necesidades básicas de alimentación, agua potable, vivienda, salud, educación y esparcimiento, en sus lugares de origen. En lo cultural, significa rescatar las costumbres y tradiciones propias y fortalecer la identidad nacional. En lo administrativo se define el fortalecimiento de los gobiernos locales y los elementos para su mayor eficiencia, a través de la delegación de atribuciones y funciones federales y la transferencia y reubicación de unidades del Sector Público Federal y Paraestatal, en diversos puntos del país (SPP, *Descentralización*, FCE, 1988, pág. 23).

La acción de descentralizar se hace más funcional cuando se transfieren facultades hacia un organismo público descentralizado que forme parte de la administración pública federal. Es territorial cuando se traspasan programas y recursos hacia otros niveles de gobierno estatal y municipal. La delegación y la desconcentración son pasos previos que pueden facilitar el camino a la descentraliza-

ción. La primera consiste en la transferencia de funciones sin autonomía, mientras que en la segunda se sigue dependiendo jurídica, presupuestal y jerárquicamente de las dependencias y entidades públicas (Raúl Salyano, 1986, pág. 85)

En cuanto a la atención a este campo, la OMS considera que la descentralización puede apoyar una mayor coordinación de los servicios y una mejor respuesta a las necesidades de la localidad, mediante la delegación de la responsabilidad, la autoridad y los recursos tanto en niveles intermedios como de la comunidad (OMS, 1980).

En cuanto al sector de la salud y la seguridad social en México, ya desde el periodo de López Portillo (1976-1982) se empezó a considerar la centralización y la fragmentación de los servicios de atención de la salud como una carga que se magnificó al final del sexenio por la crisis financiera y la pérdida de legitimidad del Estado. Es así como, en el intento de prestar servicios de atención primaria de salud, se creó el COPLAMAR para la población de zonas marginadas. Se comenzó a desconcentrar la planeación a nivel estatal con los COPLADES, a través de los cuales los delegados federales comprometieron parte de su presupuesto en convenios con los estados. No obstante, en los hechos, en lugar de descentralizar se profundizó la centralización, en vista de que al IMSS le fue asignado el programa del COPLAMAR, por su capacidad para construir más de 3 mil clínicas rurales en menos de dos años. La nueva ola de centralización, como apuntan González Block *et al.* (1989, pág. 303) significó que la atención de la salud se dejó fuera de los cuerpos de planeación regional, ampliando la fragmentación y la imbricación entre el IMSS y la SSA.

La estrategia de la descentralización en el sector salud

La aguda crisis financiera en la que entra el país al final del periodo de López Portillo, confrontó a la administración de Miguel de la Madrid con problemas para financiar el gasto público, lo cual llevó aparejada una drástica reducción del gasto en salud y seguridad social. Tal como podemos observar en el cuadro 1, en 1982 el gasto en salud bajó un 3.7% con respecto a 1981, siguiendo una vertiginosa caída hasta alcanzar 38% en 1987. Mientras que el presupuesto de atención a la salud en la seguridad social bajó un 35.2% entre 1980 y 1987, el presupuesto para la población abierta cayó un 45%. Dentro de este contexto de crisis fiscal del Estado, sería apropiado ubicar la promoción del federalismo constitu-

cional por parte del gobierno, que enfatizó la descentralización de la autoridad, la desconcentración administrativa y la reforma fiscal para fortalecer las unidades básicas del gobierno. A través de la Secretaría de Programación y Presupuesto se incorporaron los planes de desarrollo de las entidades federativas dentro de un esquema global, con el objeto de paliar la crisis financiera del Estado (Beltrán y Portilla, 1986).

La crisis financiera del Estado llevó al gobierno de Miguel de la Madrid a adoptar una estrategia contradictoria en el sector de la salud y la seguridad social. Por una parte, se trató de incrementar la cobertura de los servicios de salud, sobre todo a nivel de atención primaria, y se efectuó una enmienda constitucional para proclamar el derecho universal a la misma; mientras, por otra, se dismiunía

Cuadro 1
Gasto en salud, 1980-1987
(millones de pesos de 1980)

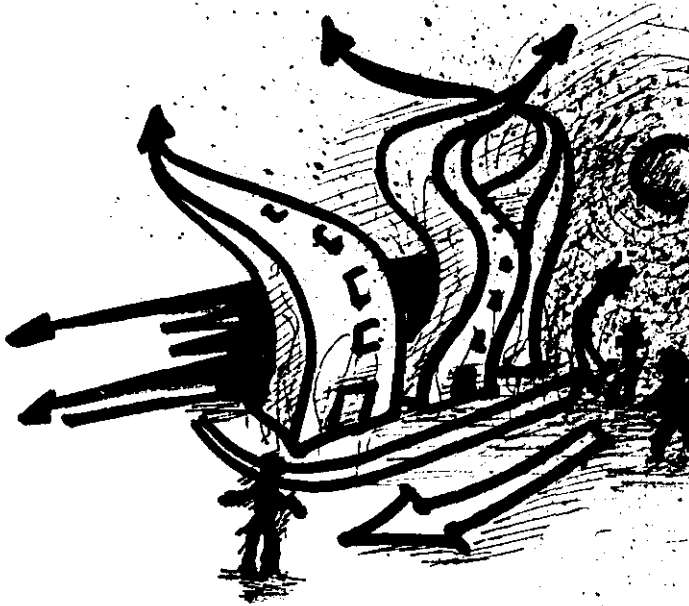
Año	Total	Seguridad social	Población abierta	d e c r e m e n t o s		
				Total	SS	PA
1980	94 427	67 310	27 117	0.0	0.0	0.0
1981	105 132	75 098	30 034	11.3	11.6	10.8
1982	90 941	66 565	24 376	-3.7	-1.1	-10.1
1983	79 994	55 065	17 930	-22.7	-18.2	-33.9
1984	73 494	54 139	19 355	-22.2	-19.6	-28.6
1985	72 136	52 195	19 941	-23.6	-22.5	-26.5
1986	61 839	44 431	17 408	-34.5	-34.0	-35.8
1987	58 570	43 643	14 927	-38.0	-35.2	-45.0

Fuente: C. Valdez, *Salud Pública de México*, vol. 30, No. 6, nov.-dic. 1988, con base en INEGI, *Estadísticas históricas de México*, INEGI, 1985, págs. 311-312; G. Soberón, "El cambio estructural en la salud", en *Salud Pública de México*, 1987; 29, págs. 127-179; Dirección General de Planeación y Presupuesto, SSA, datos no publicados; y Cuenta de la Hacienda Pública, datos no publicados.

drásticamente el gasto en este campo. Así, en los hechos, la descentralización de los servicios de salud abiertos a la población se enmarca dentro del esfuerzo de incremento de cobertura, convenciendo o quizá forzando a los estados a compartir los costos de los mismos.

La proclamación del derecho universal a la salud y otras medidas legislativas pretendieron legitimar a la SSA, que se erigió como cabeza de sector y se le encomendó la construcción y coordinación del SNS.³ Ello suscitó la oposición del IMSS, que muy probablemente veía en peligro su liderazgo dentro del programa de solidaridad, por lo que trató de adelantarse promoviendo la desconcentración en su estructura y elevando su participación en los Consejos de Solidaridad Social de los estados, así como con la SSA y demás instituciones de salud. En vista de los forcejeos entre el IMSS y la SSA, De la Madrid promulgó un decreto en 1984, por medio del cual fusionaba el programa de solidaridad social con los servicios proporcionados por la SSA, para crear nuevos organismos bajo la autoridad de los gobiernos estatales y el control normativo de la SSA (González-Block [et al.], 1989, pág. 304).

En septiembre de 1985, los sismos que sacudieron varias regiones del país afectaron mayormente a la capital y a las instalaciones hospitalarias. No obstante que esta catástrofe mostró dramáticamente los inconvenientes de la centralización, al perder el sector salud un gran número de recursos profesionales, de instalaciones y equipo de alto nivel, el grupo soberonista supo utilizarlo para promover el cambio estructural. El clamor contra el centralismo prácticamente limpió el camino para que se intentara con mayor énfasis descentralizar y desconcentrar los servicios.



El modelo de descentralización en el sector salud

En México el proceso descrito en líneas anteriores plantea una redistribución de las competencias y las decisiones entre los tres niveles de gobierno, y la integración orgánica de dichos servicios bajo la administración de los gobiernos estatales, como un medio para alcanzar los fines del SNS, es decir, avanzar hacia una cobertura universal de los servicios de salud y mejorar la calidad de éstos (G. Soberón [et al.], 1988, T.I, pág. 103).

El modelo de descentralización adoptado por el sector salud se empezó a perfilar a finales del sexenio de López Portillo, con la creación del Grupo de Coordinación de los Servicios de Salud dirigido por el doctor Guillermo Soberón, y en cuyo establecimiento tomó parte Miguel de la Madrid. Cuando este último accedió a la Presidencia de la República, adoptó las propuestas formuladas por dicho grupo, las cuales influyeron en la legislación y en las formas de la descentralización del sector salud.

Las directrices que Soberón y su grupo pusieron en marcha para conformar el llamado "modelo de descentralización del sector salud", son las siguientes:

- a) unificar los criterios de integración orgánica y la descentralización del Programa IMSS-COPLAMAR en sus aspectos laborales, patrimoniales, financieros, de recursos humanos, etcétera;
- b) la descentralización de la administración financiera y la transferencia patrimonial en uso gratuito en la SSA, la SEP, la SECOGEF, y la SEDUE;
- c) la conciliación y el registro de nuevas condiciones de trabajo entre la SSA y el Sindicato Nacional de

Trabajadores de la Salud (SNTSA), que coadyuvaran a la descentralización de las facultades patronales;

- d) la celebración entre la SSA y algunos estados del "Convenio Único de Desarrollo" (CUD) para descentralizar los servicios de salud;
- e) el programa contemplaba también la descentralización posterior de los estados a sus municipios (G. Soberón [et al.], 1988, T.I, págs. 104-105).

Con dicho modelo se dio cierta flexibilidad para adaptarse a las especificidades políticas, jurídicas y administrativas de las entidades federativas para minimizar la resistencia de éstas a la descentralización. De esta manera, las estructuras administrativas y las necesidades patrimoniales y de representación de los servicios descentralizados de salud, deberían adoptar las formas jurídicas que más les conviniese.

El modelo también precisó algunos aspectos importantes desde el punto de vista de la federación, que la sitúan en posición ventajosa y la salvaguardan de posibles responsabilidades y costos futuros. Entre otros, que las aportaciones estatales deben ser crecientes, lo cual paulatinamente liberaría a la federación de la carga financiera. La infraestructura federal fue cedida en usufructo y no en propiedad; se enfatizó la descentralización de las facultades patronales con respecto al sindicato, lo cual va encaminado a dispersar la negociación contractual.

Además, la SSA ha retenido una serie de facultades tales como: la expedición de normas técnicas y la supervisión de su cumplimiento; la planeación, programación y presupuestación de los programas, así como el apoyo logístico a las entidades estatales. Es decir, a estas últimas les corresponde la operación de los servicios y su intervención en la revisión

del Programa Estatal de Salud de que se trate. Continúan, por lo tanto, centralizadas y bajo el tutelaje del Gobierno Federal las decisiones sustantivas de los servicios de salud.

Metas y estrategias de consolidación de la descentralización

La descentralización de los servicios de salud abiertos a la población se concibió como un proceso gradual (según el Decreto del 8 de marzo de 1984), con una primera etapa de coordinación programática que abarcó el año de 1984 y una segunda de integración orgánica que comenzó en 1985, y que hasta el final del sexenio 1982-1988 tuvo como resultado la celebración de un acuerdo de coordinación de los servicios de salud con 14 entidades federativas.⁴ De esta manera desaparecen gradualmente los Servicios Coordinados de Salud Pública

que la SSA mantenía en los estados, así como los servicios de salud del Programa IMSS-COPLAMAR.

La consolidación del proceso de descentralización en los 14 estados con los que se celebraron acuerdos de coordinación, se pretende alcanzar mediante las siguientes estrategias:

- a) El fortalecimiento de los sistemas estatales de suministro de insumos, de conservación y mantenimiento, así como de información básica y vigilancia epidemiológica;
- b) impulsar el fortalecimiento municipal en materia de salud;
- c) vigorizar la participación comunitaria;
- d) impulsar la descentralización del sistema de regulación, control y fomento sanitarios en organización, normas, sistemas y elementos técnicos indispensables;
- e) fortalecer el nivel jurisdiccional y aplicar la legislación vigente (G. Soberón [et al.], 1988, T.I, pág. 110).



La orientación de estas estrategias conduce a preguntar por qué la federación quiere descentralizar: ¿es porque espera el logro de una mayor eficiencia en los servicios descentralizados, o porque espera una mayor autosuficiencia de las entidades federativas y una contribución cada vez mayor de éstas para que la carga presupuestal sea cada vez menor para la federación? Esta última hipótesis quizá podría confirmarse mediante el análisis del financiamiento de los servicios descentralizados.

El financiamiento de los servicios descentralizados de salud

En cuanto al financiamiento de los llamados servicios descentralizados, la estrategia se encaminó en dos direcciones: por una parte el incremento y la reorientación de los recursos financieros estatales y federales, y por la otra, la diversificación de las fuentes de financiamiento. La primera dirección pone énfasis en la participación financiera de los estados por medio del Programa Integral de Financiamiento e Inversión, a través del cual se fijan compromisos mutuos de aportación de recursos tanto para la prestación de servicios de salud, como para proyectos estratégicos de inversión y creación de infraestructura hospitalaria. La segunda dirección subraya la diversificación de las fuentes de fondos, en la que sobresalen las aportaciones estatales, las de cofinanciamiento y las aportaciones directas del público usuario,⁵ aunque también contribuyen instituciones como la Lotería Nacional y aún se recurre al endeudamiento externo, como en el caso del Programa México-BID para ampliar la cobertura de los servicios.

En las dos orientaciones el acento está puesto sobre la participación de las entidades federativas en el financiamiento de los servicios descentralizados de salud y en la creación de infraestructura. En cuanto a la diversificación de los ingresos, las tres primeras fuentes tienen como meta implícita la descarga financiera de la federación en el largo plazo.

El presupuesto global para los servicios de salud descentralizados bajó de 59 478 millones de pesos en 1985 a 28 629 en 1987. Estas cifras, a precios constantes de 1985, contrastan con la afirmación oficial de que "el presupuesto de los Servicios Estatales de Salud se elevó en un 60% en el trienio 1985-1987" (G. Soberón [*et al.*], 1988, T.I, pág. 121). En términos reales el presupuesto disminuyó en un 48.1% en el trienio, como se puede observar en el cuadro 2.

Veamos la evaluación oficial para poner en perspectiva el esfuerzo presupuestal de las entidades federativas descentralizadas:

Por parte de los gobiernos de los estados, la gran tarea es la de asumir de manera creciente la responsabilidad de la operación de los programas de salud proporcionando mayores apoyos presupuestales propios y del CUD. Si bien la aportación de los estados ha registrado un incremento gradual, de 2 mil millones de pesos en 1984 a 28 907 millones en 1987, debe tenerse en cuenta que en 1984 la aportación de los doce estados significó 10% de la aportación federal, 44% en 1985; 38% en 1986 y sólo 23% en 1987... (G. Soberón, [*et al.*], 1988, T.I, pág. 151).

La versión oficial deja en claro dos cosas:

1. que los estados deben asumir una mayor participación presupuestal para financiar los servicios de salud descentralizados; y

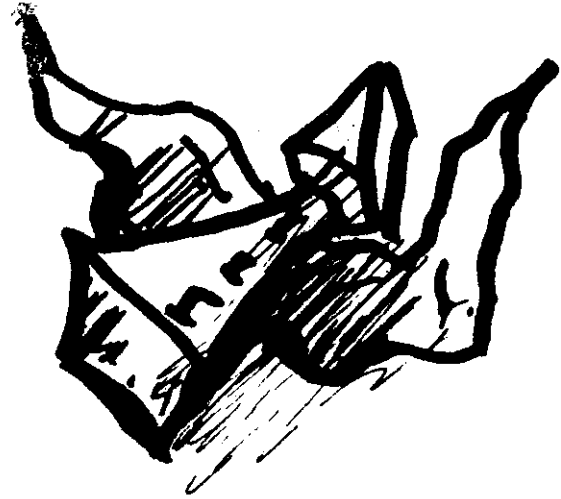
2. que la aportación de los estados dio un gran salto de 1984 a 1985, y que aun cuando ha disminuido en los años subsecuentes, de todas maneras están contribuyendo más con el esquema de la descentralización.

Las cifras que nos muestra el cuadro 2 indican que las entidades federativas participaron con un 28% del financiamiento en 1985, un 25% en 1986 y un 10% en 1987. De 1985 a 1987 la aportación federal fue de 76.8% (cerca de 103 mil millones de pesos a precios de 1985), mientras que la aportación estatal ascendió al 23.2% (poco más de 31 mil millones de pesos a precios de 1985). Véase el cuadro 2. La tendencia de la participación de los estados que nos muestran estas cifras son similares a las de la versión oficial, ya que los datos del cuadro 2 también son oficiales.⁶

En el rubro de inversiones la participación estatal también dio un salto de 275% de 1985 a 1986, aun cuando decreció significativamente en 1987. La participación estatal de 1985 a 1987 fue del 26.8% en el programa de inversiones, proporción que descarga de manera importante a la federación (véase el cuadro 2).

Es conveniente mencionar que en los estados descentralizados la captación y uso de cuotas de recuperación que se cobran al público usuario, constituyen una ampliación al presupuesto de los servicios. En 1986, los ingresos por cuotas ascendieron a 3 083 millones de pesos y para 1987 se estima que se elevaron a 4 250. Esto significa que contribuyen con cerca del 10% del gasto de operación de los Servicios Estatales de Salud (G. Soberón [et al.] 1988, T.I, pág. 147).

El cobro de cuotas de recuperación significa la transferencia de parte del costo de los servicios a los



usuarios. Aun cuando la cuota de recuperación no cubre el costo total del servicio, y a pesar de que es mucho más baja que lo que cobran los hospitales privados, su aplicación tiene efectos regresivos para quien las paga, sobre todo para los usuarios de bajos ingresos. Además, existe un elevado nivel de arbitrariedad en el cobro de cuotas, que las hace todavía más regresivas, tal como lo reportan Carlos Cruz R. y Martha Domínguez (1989):

En el Sistema Nacional de Cuotas de recuperación se detectaron las siguientes irregularidades: a) clasificación socioeconómica indiscriminada (el 67% de los usuarios están en el nivel más alto); b) cobros adicionales no autorizados en todos los casos; c) rezago de las cuotas con respecto a los costos; d) disponibilidad de pago adicional de un 109% con estados desconcentrados y 54% en el Distrito Federal; e) crecimiento de la proporción de las cuotas en el presupuesto del 23 al 34% en estados desconcentrados y reducción del 14 al 10% en el Distrito Federal.

La tendencia a la privatización de los servicios de salud y la descentralización

La descentralización no se concibe sólo como la creación de una estructura con múltiples centros de poder, autoridad y facultad de decisión autónomos, con el objeto de acceder a una vida más democrática y con un nivel más elevado de desarrollo: también se la piensa en cierta manera ligada a la corriente neoliberal como un medio para darle primacía al mercado. De esta manera, se afirma que la descen-

tralización "...debe entenderse, en el marco actual de la crisis (como) el espacio de apertura pública a las funciones y actividades civiles, tanto del sector privado como del social" (Raúl Salyano, 1986, pág. 86).

Por otro lado, la pérdida de legitimidad por parte del Estado, originada por la crisis, no sólo debe verse en términos internos, sino también externos, sobre todo si se toma en cuenta que el neoliberalismo se generó en los países centrales y se extendió a los periféricos a través de la crisis de la deuda externa. Se ha presionado a estos últimos, a

Cuadro 2
Financiamiento de los servicios de salud descentralizados, 1985-1987
(millones de pesos de 1985)

<i>Año</i>	<i>Fuente</i>	<i>Gasto Cte</i>	<i>Inversión</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>	<i>Decremento</i>
1985	Federal	34 954	7 720	42 674	72	0.0%
	Estatal	15 262	1 542	16 804	28	
		50 216	9 262	59 478	100	
1986	Federal	30 217	4 285	34 502	75	-22.5%
	Estatal	7 326	4 240	11 566	25	
		37 543	8 525	46 068	100	
1987	Federal	20 841	4 973	25 814	90	-48.1%
	Estatal	2 367	448	2 815	10	
1985-1987	Federal	23 208	5 421	28 629	100	-48.1%
	Estatal	86 102	16 978	102 990	76.8	
		24 955	6 230	31 185	23.2	
		110 967	23 208	134 175	100.0	
		82.7%	17.3%	100.0		

Fuente. G. Soberon *et al.* (1988, T.I) pág. 122, con base en SSA. Dirección General de Planeación y Presupuesto.



efectuar la apertura comercial, eliminar trabas a la inversión extranjera, someterse a programas de austeridad monetaria y financiera y, especialmente, al “adelgazamiento” del Estado. Es dentro de este contexto de acoso externo (con la complicidad de la burguesía local) que es conveniente examinar la “defensa de la rectoría” del Estado mexicano, como proponen G. Leal, A. Córdova y C. Ravhaev (1989, págs. 124 y 130) en un incisivo análisis sobre la crisis de la salud:

La organización del SNS establece claramente que su nuevo esquema opera bajo un rectorado estatal “moderno”, por el tipo de asignación que se le otorga a sus funciones. La Secretaría de Salud conduce los procesos, y entrega la operación de la asistencia social y la atención médica a las instituciones del Sector Salud. Se reserva la conducción; y el nombramiento de todas aquellas cabezas que no provengan de los organismos con carácter suprasectorial (...) Pero entrega al Sector Salud... la operación.

El ‘realismo’ ante el frente externo no excluye el pacto de concertación para el modelo de economía mixta. Y para garantizarlo está la nueva modalidad de rectorado estatal conduciendo al SNS. (...) ‘Modernización’ significa integración con la economía mundial, pese a las turbulencias recientes del frente externo.

Lo que habría que agregar es que en los hechos dentro del esquema de separación de la “conducción” y la “operación”, el sector privado también está entrando a los costos de “operación” reservados a las instituciones públicas de salud. Es aquí donde interviene otra de las facetas del proceso de descentralización. Antes de pasar al examen de cómo se está articulando la descentralización a la privatización de la medicina social, veamos la tendencia al crecimiento de los servicios médicos privados.

El incremento de los servicios privados de salud empezó antes de que entrara en vigor la política de descentralización. Durante la década de los setenta el sector privado avanzó más que el público en términos del valor de los servicios producidos, como muestran las cuentas nacionales. La participación de los servicios privados de salud dentro del PIB se dobló de 1970 a 1983 de 0.86% a 1.58%, mientras que el sector público tan sólo la incrementó de 1.11% a 1.56%, o sea que la proporción del valor de sus servicios con respecto al sector privado bajó de 56% del total en 1970, a 49% en 1983. No obstante el aumento de los servicios médicos privados, su cobertura poblacional es mínima: en 1978 su capacidad de cobertura era el 12.3% de la población, pero con un valor de servicios de 49.2% del total. Esto contrasta con la cobertura de los servicios públicos de salud que cubrían el 42%, con un valor del 50.8% del total (Víctor M. Soria 1988, pág. 193). Para 1986, los servicios médicos privados habían alcanzado un 53.1% dentro del PIB de la rama, mientras que los públicos se redujeron a 46.9% GES (J. Blanco, O. López y G. Cordova. 1988, pág. 1).

A pesar de que posteriormente a 1978 no han aparecido estudios sobre la cobertura real de los servicios de salud privados, la hipótesis de que han sobrepasado el nivel de ese año es plausible. De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud (1988), el 36.7% de los "casos que demandaron atención profesional" lo hicieron con un establecimiento o médico particular (Resultados Nacionales, cuadro núm. 79).

Algunas medidas relativas a la descentralización del sector salud favorecen directa o indirectamente el fortalecimiento de los servicios médicos

privados. Por ejemplo, la transformación en 1983 de los institutos nacionales de salud en organismos descentralizados,⁷ lo cual le da mayores facilidades al sector médico privado para ligarse a éstos, utilizándolos cada vez más como hospitales de tercer nivel (el más tecnologizado), sin tener que hacer la inversión correspondiente. El problema es que las cuotas que cargan sólo cubren una parte de los costos, por lo que subsidiarían cada vez más al sector médico privado.

Otra de las medidas fue la conversión de la producción estatal de biológicos en una empresa (Laboratorios Biológicos Mexicanos, S.A. de C.V.) con capital mixto mayoritariamente privado, pero que en su primera fase será sostenida con aportaciones del gobierno federal. Esta política se inscribe dentro de la estrategia de venta y desincorporación de empresas paraestatales y organismos públicos, la cual incluye a unidades que operan con ganancia. De esta manera, la producción de vacunas, sueros y otros biológicos estará sujeta al mercado y a la operación privada cuyo objetivo es la obtención de beneficios.

La política sanitaria también es funcional a la privatización de la medicina social. El énfasis en la atención primaria, la cual no garantiza más que una parte de la atención de primer nivel, así como el rezago en la inversión hospitalaria, apuntan hacia una profundización de la estratificación clasista de la atención a la salud.⁸ Dentro de esta lógica organizativa, como subrayan J. Blanco *et al.* (1988, pág. 3):

Se propone a la iniciativa privada la nada despreciable empresa de completar el esquema de servicios desarrollando el segundo nivel, con servicios hospitalarios "accesibles", en condiciones de atractiva rentabilidad. El crecimiento de los seguros médicos privados, como plataforma financiera para

la expansión de las instituciones privadas y los reclamos de la Cámara de Hospitales privados para el establecimiento de una política de subrogación y de compra de medicamentos a precios preferenciales (...) No extraña pues, que ya se dejen escuchar iniciativas de privatización: la Asociación Nacional de Industriales de la Transformación (ANIT), ha propuesto como medidas para la reactivación del mercado interno y la liberación del mercado de la fuerza de trabajo, que se eliminen las prestaciones a los trabajadores.

Los límites tempranos de la descentralización

Tal parece que el proceso de descentralización de los servicios de salud abiertos a la población alcanzó muy pronto sus límites. Prácticamente al final de 1986, el programa fue casi interrumpido cuando se habían descentralizado 12 entidades federativas, posteriormente sólo dos más lo hicieron. Parece que parte de la explicación de la interrupción de la descentralización está en el comportamiento del IMSS, cuyos intereses y su necesidad de legitimación frente a la Presidencia de la República, lo llevaron a "defender" sus programas de solidaridad social.⁹ También hay que observar que la cúpula de la SSA quiso llevar a cabo la descentralización sin despojarse de sus intereses de control centralistas y de su posición triunfalista que exacerbaron aun más la pugna institucional.

Al agravarse la crisis económica en los últimos tres años del sexenio de Miguel de la Madrid, junto con la disminución del presupuesto de la SSA, todavía más que el de la seguridad social, fue difícil contender la demanda de servicios de salud. Mientras que las instituciones de salud aumentaron, en-

tre 1982 y 1987, su volumen de servicios en un 6.9%, la población del país se incrementó en un 10.1% (Blanco [et al.], 1988, pág. 4).

Dentro de este contexto de crisis y de rivalidad institucional (entre la SSA y el IMSS), el proceso de descentralización no tuvo mayor oportunidad de implantación exitosa. Aunque es difícil separar el impacto de la crisis del de la descentralización, si el sector salud pusiera a disposición los datos globales, tal parece que se podría hacer un balance realista. Por el momento, sólo se pueden hacer algunas inferencias parciales.

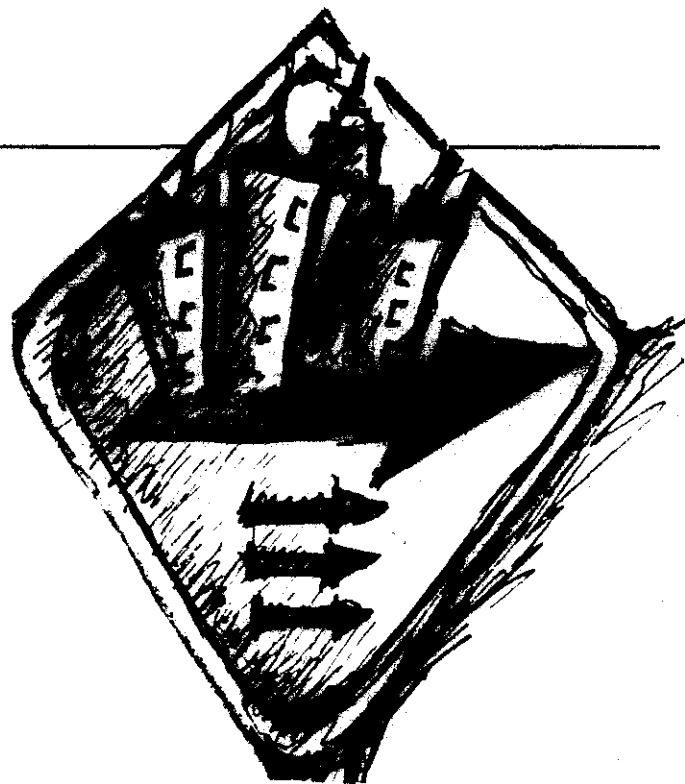
1. De acuerdo con el estudio de González-Block [et al.] (1989), acerca del programa de descentralización de los servicios de salud a población abierta, "los gobiernos estatales y municipales adquirieron una mayor responsabilidad en la atención de la salud pero la administración de los servicios, principalmente el control financiero y del personal, fueron reconcentrados por el poder federal, a lo largo de líneas de mando más integradas y menos burocráticas".
2. Se puede adelantar la hipótesis de que a pesar de que el programa de descentralización en algunos estados fue capaz de propiciar el aumento de los servicios de salud abiertos a la población, esto ayudó a la inequidad en la distribución de los servicios, en favor de las áreas urbanas. Así, "la descentralización se convirtió en una política ligada cercanamente a la modernización industrial y a la promoción de políticas de exportación que venían siguiéndose en el sector económico" (González-Block [et al.], 1989).
3. Habría que agregar la hipótesis de que el otro tipo de descentralización, la de los servicios de

salud, así como los espacios más amplios de manobra que el sector público abre al sector privado, sigue en pie por medio de la política neoliberal, ahora reforzada sobre bases similares por la administración salinista.

Hipótesis para la investigación futura y comentarios finales

La naturaleza clasista del Estado periférico y su derivación categorial, según el análisis de Salama, es pertinente para entender el contexto dentro del cual se desarrolla la política de descentralización en México. En primer lugar, la deducción lógica del Estado periférico lleva a entender la razón de su aparentemente desmesurada intervención. Así, en el caso de la política de descentralización en México, no es de extrañar que ésta no comience hasta que el Estado se decide a hacerlo. Tal parece que a pesar de los grandes costos de la centralización económica, los capitalistas se han mostrado poco activos para descentralizar territorialmente sus actividades.

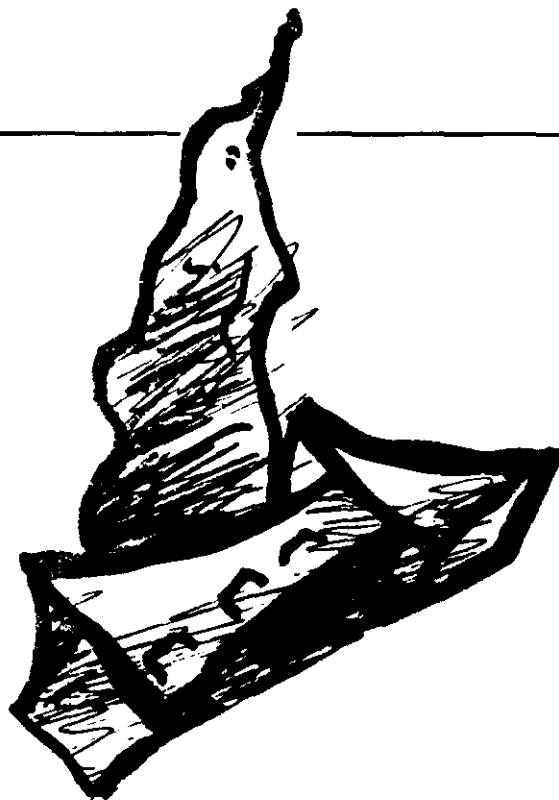
En cambio los capitalistas mexicanos sí han propuesto y empujado, apoyados en las directrices neoliberales, otro tipo de descentralización funcional de la propiedad y que consiste en la privatización de las empresas públicas. La adopción de una política abierta de privatización de una parte de la economía pública por el gobierno mexicano, creemos que obedece en buena medida a la presión internacional de los países avanzados valiéndose de la deuda externa, así como al acoso de los grandes capitalistas locales. La función del Estado periférico de apoyar la producción y reproducción del capital internacional, tanto como la pérdida de la legiti-



dad mercantil, hacen inteligible el comportamiento de la intervención estatal en México.

La política de privatización parecería contradecir la proposición de que la intervención estatal en los países subdesarrollados está centrada de manera importante en el sector productivo. A pesar de que la política de privatización ha hecho disminuir el papel del Estado como productor directo, es difícil esperar que disminuya significativamente la intervención estatal en la esfera productiva.

Hemos visto brevemente que la descentralización en México nace de las contradicciones generadas por el elevado nivel de centralización que se ha dado en el pasado —alimentado por el régimen de acumulación y el modo de regulación—, la cual impone costos sociales, económicos y políticos a la sociedad. La crisis estructural por la que atraviesa el país ha catalizado estas contradicciones, por lo



que el régimen político de Miguel de la Madrid decidió poner en marcha un programa de descentralización, uno de cuyos vértices está constituido por su aplicación al sector salud.

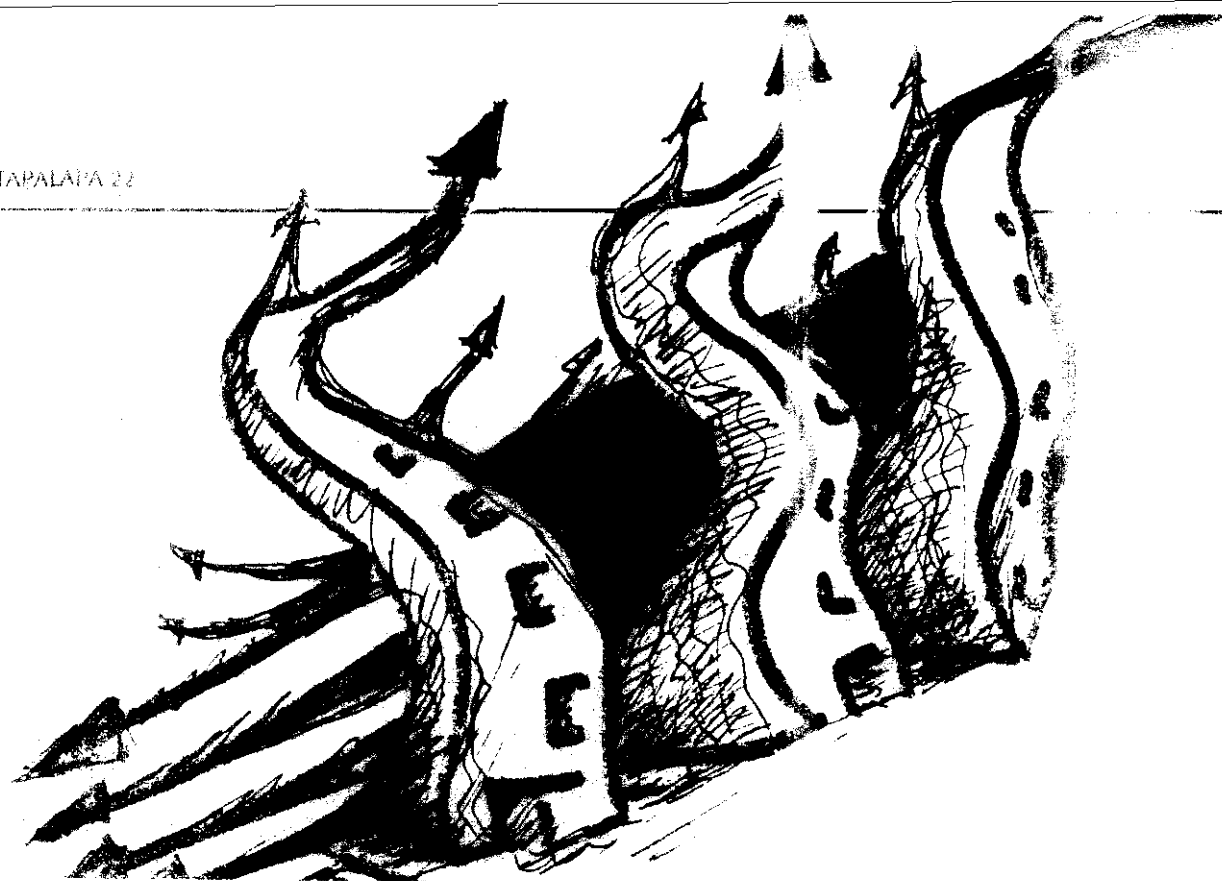
Por otro lado la política económica y social aplicada para tratar de salir de la crisis, ha sido predominantemente neoliberal, empujada por el llamado frente externo en el que entran las empresas transnacionales, las instituciones internacionales y los Estados-nación centrales. La política neoliberal propugnada por el frente externo y abrazada por los capitalistas locales, ha llevado a otra interpretación y puesta en marcha de la política de descentralización, como medio para privatizar la medicina social en México.

El modelo de descentralización de los servicios de salud abiertos a la población constituye tanto una tentativa para remontar la crisis, como para aumen-

tar la privatización. La crisis financiera del sector salud ha operado contra la descentralización efectiva de los servicios, pero en favor de la privatización, en el sentido de que la austeridad presupuestal inhibe el volumen y la calidad de aquéllos y deja, por falta de presencia, espacios libres al sector privado. Además se han tomado ciertas decisiones descentralizadoras que están propiciando la expansión de los servicios médicos privados sobre la base de la infraestructura pública.

Dicho modelo descentralizador tiene por detrás una concepción tecnocrática y eficientista, pero también conserva ciertas tradiciones centralistas conectadas al elitismo de los grupos de cúpula de la burocracia política. En este caso, el grupo soberonista trasladó la responsabilidad de la operación de los servicios, pero guardó una serie de actividades sustantivas, que como bien apuntan Córdova, Leal y Ravhaev caen dentro de la función de "conducción" como actividad de dirección y control separada de la "operación". Se trata de conservar la rectoría del Estado, a costa de transferir la operación, obligados por la astringencia presupuestal y el acoso de los capitalistas locales y externos.

La descentralización no ha tocado la parte medular de lo que quizá podría llamarse un Estado de bienestar periférico, es decir, la seguridad social. Si bien se está efectuando una regionalización de los servicios en el IMSS y en el ISSSTE, y se ha realizado cierta desconcentración y delegación de autoridad, en los hechos se actúa como si la centralización fuera la más efectiva. Como hemos visto, la descentralización llegó sólo a una parte de los servicios de salud abiertos a la población; los que se consideran dentro de la asistencia social y no dentro de la protección social.

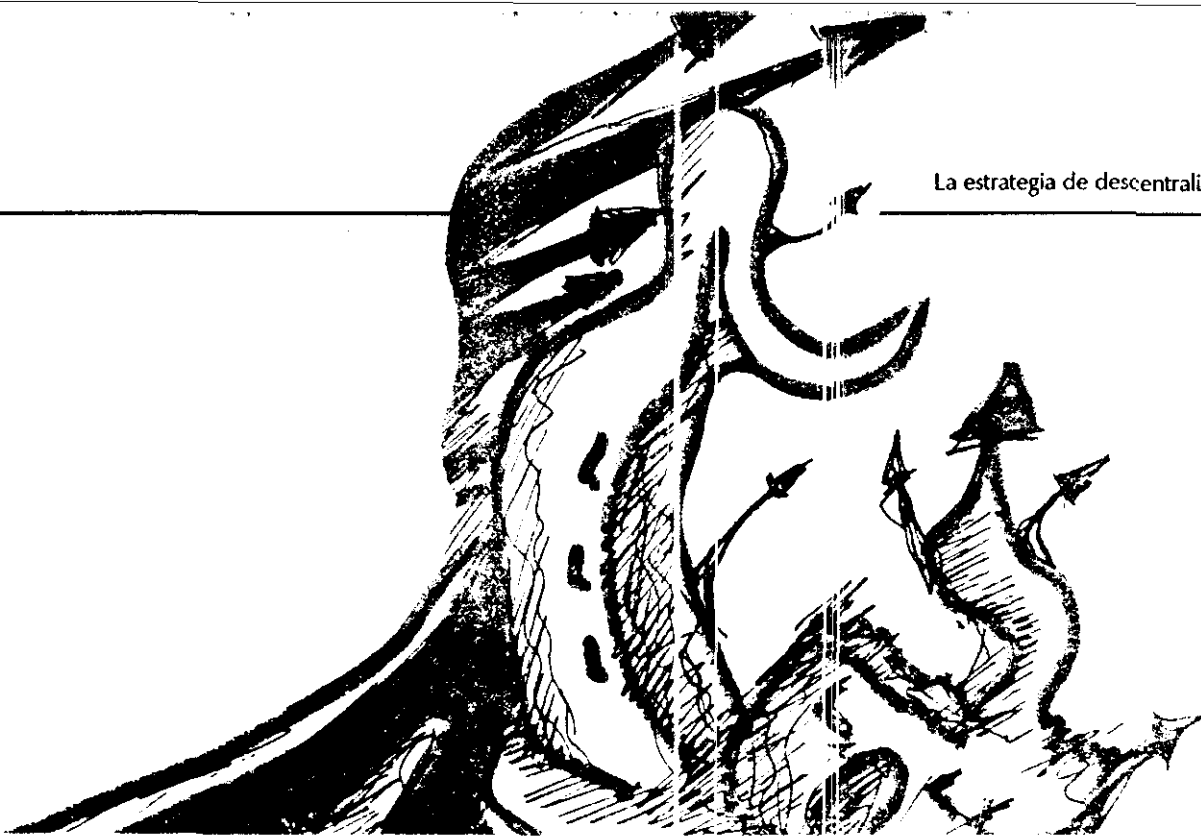


En los hechos, la descentralización se llevó a cabo en aquellos estados que ya tenían cierta autonomía financiera y en los que el IMSS tenía programas de solidaridad débiles. Las mismas cifras oficiales confirman también que los estados descentralizados elevaron su contribución financiera, lo cual permitió paliar parcialmente la crisis. Los estados centralizados también se vieron obligados a incrementar su contribución a los servicios de salud locales, logrando un mayor nivel de participación financiera que los mismos descentralizados, como apuntan González-Block *[et al.]*.

No se puede, por ahora, hacer un juicio global sobre la efectividad de la descentralización, porque el proceso está inmerso dentro de la crisis financiera y porque carecemos de datos sobre la mayoría de los estados descentralizados. La hipótesis de trabajo

para futuras investigaciones, que se derivan del trabajo de González-Block *[et al.]* propone que la descentralización es capaz de incrementar el volumen de servicios, pero lleva aparejada la elevación de la inequidad para los municipios más pobres, en vista de su dispersión y lejanía, falta de recursos humanos y poca capacidad de negociación para conseguir fondos federales.

Lo que sí empieza a emerger, a pesar de la política triunfalista oficial que oculta datos sobre morbilidad y cuyo aparato propagandístico se ha encargado de difundir el aumento del volumen y calidad de los servicios —lo cual es falso en términos de la aguda crisis financiera del Sector—, es que el nivel de salud de los mexicanos está descendiendo de manera dramática. Aunque en este trabajo no abordamos el tema, las mismas Encuestas Naciona-

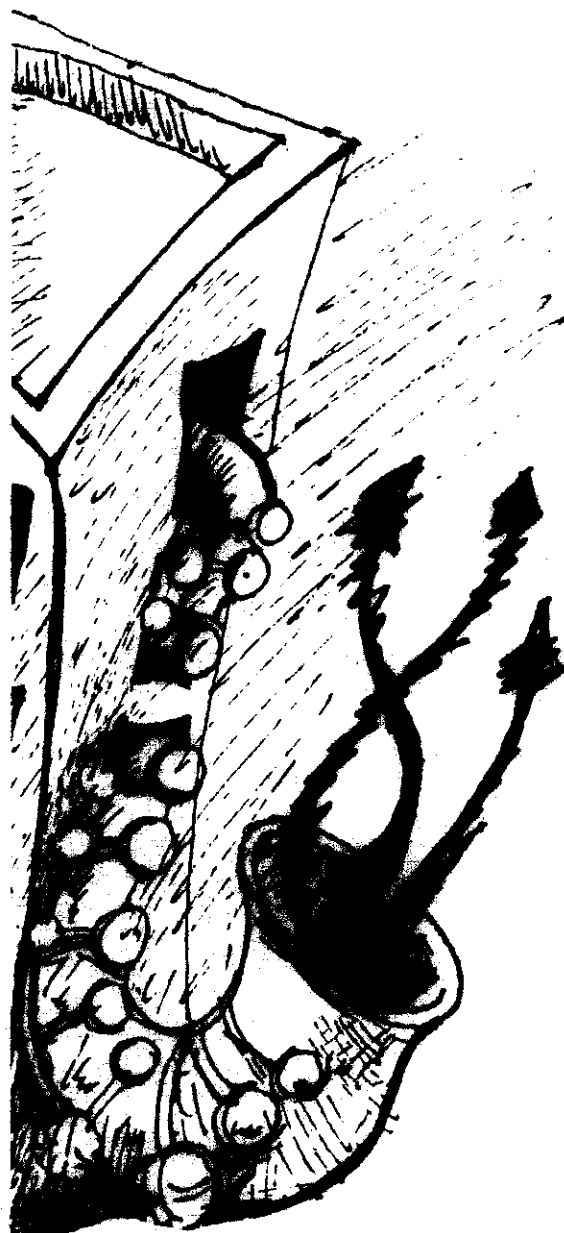


les de Salud, poco accesibles al público y tildadas por el mismo aparato oficial de contener fallas metodológicas y de levantamiento, muestran un panorama desolador sobre todo de la mortalidad infantil. Evaluaciones como las del Grupo de Estudios en Salud (1988) también muestran el retroceso en este campo, el cual se refleja en la reaparición de patologías infectocontagiosas que estaban bajo control, el incremento de la desnutrición y el extenso inventario de enfermedades crónicas que sufren los mexicanos.

En este contexto, la hipótesis más plausible no es la propuesta por González-Block y otros, sino que la descentralización fracasó por inanición y por la rivalidad institucional entre el IMSS y el grupo que comandaba la SSA enmarcada en sus intereses políticos y sus preconcepciones organizativas. La descentralización puesta en práctica desde arriba no derivó en un proceso orgánico que hundiera

sus raíces en los otros niveles de poder. Tal parece que uno de los posibles escenarios es la reversión de los programas de solidaridad descentralizados al IMSS.

A pesar de que no hay datos disgregados de los servicios médicos privados, las cuentas nacionales muestran que han ido creciendo desde los años setenta y que han sobrepasado, en su participación dentro del P.B de la rama, a los servicios médicos públicos. La hipótesis de una creciente privatización de la medicina social es plausible en términos de la descentralización de los institutos nacionales de salud, el incremento de la subrogación de las instituciones de seguridad social, la adopción en el sector público de esquemas complementarios, de seguros de gastos mayores contratados con empresas privadas, los sistemas de prepago en los servicios privados, y la desestatización y desnacionalización de la indus-



tria farmacéutica. Además, los vacíos que deja la austeridad presupuestal del sector y la misma política sanitaria, dirigida a la atención primaria masiva, han abierto la puerta para que el sector privado se introduzca en la atención a la salud de segundo nivel.

Los sismos de 1985 dejaron ver el bajo nivel de legitimidad del régimen político. La pérdida de vidas e instalaciones fue dramática y demostró los altos costos de la centralización de los servicios de salud. Estos acontecimientos empujaron el programa de descentralización, que tuvo un alcance limitado, ya que no pudo extenderse a la mayoría de los estados.

La hipótesis de que por detrás de la política de descentralización se esconde el propósito de legitimación del Estado, es plausible en vista de la política de aumento de cobertura, a pesar del decremento en el gasto federal. A primera vista parece contradictoria, pero está en línea con la necesidad de legitimación ante la clase trabajadora marginada y de la desactivación del conflicto social.

El análisis de Salama sobre la legitimidad mercantil es muy pertinente. A la luz de la política neoliberal que busca promover la vigencia del mercado y el adelgazamiento del Estado, dentro de la reestructuración capitalista para salir de la crisis, la descentralización también lleva consigo la legitimación mercantil.

Bibliografía

- Banco Mundial, *Financing health services in developing countries. An agenda for reform*, B.M., Washington, D.C., 1987.
 Beltrán, U. y S. Portilla, "El proyecto de descentralización del gobierno mexicano 1983-1984", en B. Torres [ed.] *Descentra-*

- lización y democracia en México, El Colegio de México, México, 1986.
- Blanco, J. [et al.], "Contribución al análisis del sexto informe de gobierno 1988. Salud y seguridad social", Grupo de Estudios en Salud, México, 1988.
- Córdova, A., "La salud en crisis: un balance sexenal", en *Iztapalapa*, año 9, núm. 18, julio-diciembre, UAM-I, México, 1989.
- Cruz C. y Domínguez M., "Equidad en el cobro por servicios médicos", INSP, Centro de Investigaciones en Salud Pública, México, 1989.
- Ewald, F., *L'état providence*, Grasset, París, 1983.
- González-Block, M. [et al.], "Health services decentralization in Mexico: formulation, implementation and results of policy" en *Health policy and planning*, Oxford Univ. Press, 1989.
- Lautier, B., "La genese de l'état-providence en Europe et en Amerique Latine: mimetisme, parodie ou voie alternative?", G.R.E.I.T.D. IEDES-París I, 1989.
- Lautier, B., *Seminario de economía informal*, Antología Convenio UAM-G.R.E.I.T.D., *Iztapalapa, México, 1990*.
- Nacional Financiera. *La economía mexicana en cifras*, 10a. Ed. Nacional Financiera SNC, México, 1988.
- Organización Mundial de la Salud *Formulating strategies for health for all by the year 2000*, OMS, Ginebra, 1980.
- Poder Ejecutivo Federal, *plan nacional de desarrollo 1983-1988 y 1989-1994*, SPP, México, 1983 y 1984.
- Salama, P. y Mathias G., *L'état surdeveloppé. Des métropoles au tiers monde*, La Decouverte, París, 1983.
- Salama, P., "Notas sobre el seminario: Estado, crisis y democratización", 26 mayo-2 junio, UAM-X, México, 1989.
- Salama P. y J. Valier, "Legitimité, démocratie dans la crise financière", UFR, Sc. Economiques, mimeo, 1990.
- Salyano, R., "Convenciones para el análisis de la centralización, desconcentración y descentralización de la vida nacional", en *Gaceta de Administración Pública Estatal y Municipal*, No. 20-21, octubre 1985-marzo 1986, INAP, México, 1986.
- Soberón, G., "El cambio estructural en la salud", en *Salud Pública de México*, vol. 29: 1-177, 1987.
- Soberón, G. et al., *La salud en México: testimonios 1988*. T.I, *Fundamentos del cambio estructural*, T.III, *Desarrollo institucional*, FCE, México, 1988.
- Soria, V., "La crisis de la protección social en México. Un análisis de largo plazo con énfasis en el período 1971-1985", en *Testimonios de la crisis. Vol 2 La crisis del Estado del bienestar*, Siglo XXI-UNAM, México, 1988.
- Soria, V., "Contradicciones de la Salud. Comparación entre México y Brasil", *Excelsior*, Sec. Metropolitana, 8 artículos a partir del 19 de octubre, 1989.
- Soria V., "La crise du système de santé mexicain: une analyse de la periode 1970-1985", en *Sciences sociales et santé*, vol. VII, núm. 3, septiembre, París, 1989.
- SPP, *Política Social*, Cuadernos de Renovación Nacional, FCE, México, 1988.
- SPP, *Descentralización*, Cuadernos de Renovación Nacional, FCE, México.
- Valdez, C. (1988), "Apuntes sobre el financiamiento de la salud en México", en *Salud pública de México*, vol. 30, núm. 6, México, 1988.

Notas

- 1 Para un mayor detalle véase al artículo de P. Salama y J. Valier en este número de la *Revista IztaPalapa*.
- 2 En los países subdesarrollados el Estado no se deriva del capital, a diferencia de los países avanzados, como postula la escuela de Frankfurt, sino de la "economía mundial constituida" (EMC), la cual está conformada por los países dominantes del centro y los dominados de la periferia en la época del imperialismo de acuerdo con P. Salama y G. Mathías (1983).
- 3 Los lineamientos del PND 1983-1988 en materia de salud, así como los de la Ley General de Salud y el Plan Nacional de Salud, tienen como antecedente la creación en 1981 de la Coordinación de Servicios de Salud de la Presidencia de la República a cargo del doctor Guillermo Soberón, cuyos trabajos, junto con los resultados de la Consulta Popular sobre Salud y Seguridad efectuada durante la campaña de Miguel de la Madrid, constituyeron la materia prima para el diagnóstico y los lineamientos contenidos en el libro *Hacia un sistema nacional de salud*, publicado por la UNAM en 1983. El Dr. Soberón fue nombrado Secretario de Salud en el gobierno de De la Madrid, por lo que la aplicación de los lineamientos tuvo continuidad a pesar de los obstáculos presentados por el fraccionamiento preexistente del sector salud.

- 4 Las entidades federativas en las cuales se descentralizó los servicios de salud son: Tlaxcala, Morelos, Guerrero, Jalisco, Baja California Sur, Tabasco, Sonora, Nuevo León, Querétaro, Guanajuato, Colima, estado de México, Aguascalientes y Quintana Roo, en donde reside el 42% de la población del país.
- 5 Entre las fuentes federales están las asignaciones de los COPLADES que sostienen las unidades del antiguo programa IMSS-COPLAMAR, el IMSS, el ISSSTE y otros organismos públicos aplican recursos para atención preventiva, campañas educativas, programas de inmunización, higiene y prevención de accidentes en el trabajo, planificación familiar, etcétera. Los fondos aportados por los estados para los servicios descentralizados se asignan en un 90% para gastos corrientes y un 10% a programas de inversión, aunque la distribución real fue del 73 y 27%, respectivamente, entre 1985 y 1987.
- 6 La cifra para las entidades federativas mencionada arriba de 28 907 millones de pesos en 1987 difiere con la de 15 012 millones para ese mismo año, utilizada para construir el cuadro 2, y que una vez deflactada con base en 1985, se redujo a 2 815 millones de pesos.

- 7 El presupuesto anual que manejan los institutos proviene, en un 20% de las cuotas de recuperación, ingresos por atención a enfermos privados, servicios médicos subrogados de otras instituciones del sector salud y de actividades docentes (G. Soberon, [et al]. 1988, T. III, pág. 13).
- 8 (J. Blanco [et al]., 1988, pág. 3) hablan de un nivel masificado con servicios de bajo costo a nivel de atención primaria; de otro nivel con atención especializada a grupos de trabajadores estratégicos (a.g. a petroleros y empleados bancarios), en la que se entrecuzan los servicios de la medicina privada con la alta especialidad de los centros médicos e institutos públicos. Finalmente, para los cuadros gerenciales, así como para la burguesía transnacional queda la opción de la atención médica en el extranjero, cara y dispendiosa de divisas.
- 9 La jurisdicción de la atención abierta a la población corresponde más naturalmente a la SSA, sin embargo, desde la administración de López Portillo el IMSS fue capaz, política, financiera y administrativamente, de capturar el Programa del COPLAMAR.

