

La descentralización de la salud en México, hacia el diseño de políticas públicas en gobiernos locales

The Health Decentralization in México, Towards Local Government Policies

José Luis Coronado Ramírez*
Celso Ramón Sarmiento Reyes**

Resumen

Este trabajo penetra en uno de los temas básicos de la construcción de los sistemas de Salud Pública en México: la descentralización. No sólo como un marco y un antecedente de la estructura actual de la oferta de servicios, desde los años ochenta del siglo pasado, sino como un proceso esencial relacionado con el diseño de políticas públicas y el peso que día con día se incrementa en los gobiernos locales.

Se define y argumenta el concepto de descentralización; se recuerdan sus antecedentes sobresalientes; se trata la experiencia en las instituciones de Salud Pública en México y se concluye reflexionando en las implicaciones en los gobiernos locales a partir de la planeación como una puerta de entrada al diseño de políticas públicas en los ámbitos locales de salud.

Abstract

This work introduces us to one of the basic issues on the construction of Public Health systems in Mexico: the decentralization. Not only as a framework and background to the current structure of supply of services, from the eighties of last century, but as an essential process related to the policy design and its weight in local government.

It defines and argues the concept of decentralization, recalls his background and his experience in the Public Health institutions in Mexico, and concludes by reflecting on the implications for local government from the planning, as a gateway to the policy design in local health areas.

» **Palabras clave:** Descentralización, Salud Pública, gobiernos locales.

» **Key words:** Decentralization, Public Health, local government.

Introducción

Ha sido difícil abstraerse de la propaganda oficial en torno a la descentralización como panacea en materia política y administrativa, porque a partir de los años ochenta del siglo pasado se ha visto singularmente incorporada en el discurso político y penetrado en las estructuras gubernamentales, desde los altos niveles administrativos hasta los estratos operativos en prácticamente todos los rincones del país.

No obstante los cambios efectuados en las esferas administrativas educativas y sanitarias, se ha analizado poco el conjunto de sus efectos en la tendencia burocrática centralista que pervive, así como al contexto económico, político y social de nuestro país. Por ello, el objetivo inmediato del presente texto es observar con detalle los hechos que anteceden y acompañan las políticas de descentralización que nos permitirán acercarnos a la comprensión de sus efectos y a las bondades, si las tiene, en la tarea de aproximarse al mítico ideal modernizante contemporáneo.

Un punto de referencia para esta parte de la posición que al decidir entre políticas centralistas o descentralizadas, previa discusión ideológica y po-

».....»

*Doctor en Ciencias Sociales. Profesor e Investigador de Tiempo Completo. Secretario Académico de la División de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de Guanajuato, México. JoseL.CoronadoR@gmail.com.

** Doctor en Ciencias Sociales. Profesor e Investigador de Tiempo Completo de la Licenciatura en Desarrollo Regional y de la Licenciatura en Administración Pública en la División de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de Guanajuato, México. celso@leon.ugto.mx.

lítica, implica una idea de avance y superación, aun cuando pudiera calificarse de mítica, debido a las ventajas de la modernidad idealizadas¹ y aún implícitas en los discursos cotidianos en torno al progreso y al desarrollo.² Los seres humanos en países no desarrollados estamos esperanzados en vivir mejor. En el fondo nuestra visión optimista del mundo, aun cuando pretende ser un poco más crítica, es todavía compartida.

Un primer paso es definir un marco de comparación con el cual se contrastará lo ocurrido; es decir, que no se puede discutir de procesos descentralizadores sin dejar más o menos establecido en qué consisten, a partir de las diferentes propuestas literarias en boga, intentando aclarar desde un principio un concepto tan matizado y asociado a los cambios sociales actuales. Posteriormente se abordarán los rasgos más sobresalientes del contexto nacional en el cual han ocurrido y se han propuesto políticas asociadas al federalismo y la descentralización. Y al final se dejan las repercusiones observadas en las políticas sociales en el sector salud, en el cual se han llevado a la práctica (a la par que en educación), el conjunto de prácticas descentralizadoras.

Acerca del concepto de descentralización

En la actualidad se encuentran diferentes aproximaciones al concepto mismo, dado que se complica el panorama con su uso y, sobre todo, mal uso. Se puede partir de que la descentralización es lo opuesto a la centralización, pero con ello no nos acercaremos mucho a su definición. Sobre todo porque, aún viviendo casi 30 años de experiencias más o menos cercanas a la descentralización, ésta no se percibe con claridad. Tal vez por conocer y vivir más cercanamente todavía los procesos centralizados que los descentralizados.

La descentralización es básicamente un proceso de decisión en la que ocurre una transferencia de autonomía; es decir, una institución o un funcionario público traslada la posibilidad y responsabilidad (o un conjunto de ellas) de llevar a cabo una decisión de política pública, de un ámbito central (nacional o federal) a otro no centralizado (estatal o municipal), reconociendo su derecho y su capacidad de ejercer

tal decisión. En el caso de políticas de descentralización, la naturaleza del proceso es en esencia administrativa y tiene ligados procesos de carácter político, económico y social.

Un argumento en favor de su naturaleza administrativa lo observamos con el hecho de que un proceso de descentralización bien ocurre en un gobierno federal o en uno unitario, dependiendo más que nada de la naturaleza del problema acerca del cual se decide. La diferencia será que en la forma de gobierno federal la descentralización se negociará entre los ámbitos de gobierno y a partir de consensos se delimitará su intensidad y alcances. En un gobierno de forma unitaria, simplemente se transferirán las funciones y atribuciones necesarias desde el gobierno central.

Generalmente se acepta que la descentralización es una transferencia de funciones de gobierno, entendidas como las capacidades de intervenir en la solución de problemáticas concretas a través de políticas públicas diseñadas e instrumentadas desde el propio ámbito donde se generaron y donde actuarán. Es claro que las funciones de gobierno son más amplias que las administrativas e implican otros tipos de procesos, fundamentalmente políticos encaminados a legitimarse, que intervienen y delimitan las opciones administrativas en forma.³

Antecedentes del proceso de descentralización en México

El centralismo político y administrativo como ejercicio de gobierno es lo que realmente tiene ricos antecedentes en México; incluso como una interesante herencia de los españoles desde el siglo XVI y toda la Colonia. En el siglo XIX hubo periodos considerados ya clave en las posibilidades de modificar tal centralismo; entre 1823 y 1847 se construyó uno de los antecedentes formales de mayor repercusión en la estructura federal de nuestros días: la Constitución de 1824 que resolvía las tensiones entre las regiones y el centro o, si se prefiere, entre las élites regionales y la nacional.⁴ Se afirma que fue imposible instrumentarlo, pero sin duda contribuyó a iniciar la construcción de una nación, aun cuando el éxito haya sido sólo parcial desde el punto de vista jurídico, ya que en

sucesivas etapas históricas resurgiría el centralismo político-militar, además de las invasiones y guerras regionales. Es hasta la Constitución de 1857 cuando deja de cuestionarse intensamente la estructura federal de gobierno.

Fernando Silva⁵ menciona que es a partir de los años setenta del siglo pasado que hubo una acción más clara e integrada hacia un desarrollo regional equilibrado con políticas públicas que incidieron tanto en algunas regiones particulares de México, como el Istmo de Tehuantepec, o como en Baja California, donde se crearon incentivos para la inversión en zonas preferenciales. Señala una diferencia sutil, pero con marcado énfasis, en lo que sería conocido con el membrete de “desarrollo compartido”, que pretendía concretar la idea de programas intersectoriales y aplicados a microrregiones. Y eran eso efectivamente, planes y programas aplicados sectorialmente desde el centro.

La coordinación intergubernamental es referida por Aguilar Villanueva⁶ desde mediados de la década de los setenta del siglo pasado con la creación de instrumentos administrativos orientados en un inicio para las entidades federadas menos desarrolladas. En su trabajo se refiere a los Comités Promotores del Desarrollo de los Estados (COPRODES) y a los Convenios Únicos de Coordinación (CUC). Se crearán organismos gubernamentales para el desarrollo regional como la Comisión Nacional de Desarrollo Regional, la Dirección General de Desarrollo Regional de la Secretaría de la Presidencia y los COPRODES organizados desde el centro y se irá ampliando el panorama de la política pública orientada al desarrollo regional y hacia los problemas municipales. Para la década de los ochenta, la política se mantuvo y la planeación todavía conservó su retórica “descentralizante”, comenzando a incrementar los instrumentos de planeación regional.

Fue notable el esfuerzo de llevar la planeación hacia los municipios para concretar ejercicios de participación en la estrategia y en las preferencias de los agentes locales;⁷ en particular los Comités de Planeación del Desarrollo Estatal (COPLADES). Ese esfuerzo tuvo una amplia aceptación en los municipios significativamente urbanizados que no contaban con

la influencia dominante de una ciudad capital, así como en aquellos en los que el desarrollo propio se consideraba intermedio y cuyo ejercicio democrático se requería para recibir mayores beneficios de la planeación sectorial; en particular los derivados de los Convenios Únicos de Desarrollo (CUD), instrumentos por medio de los cuales se pretendió dar un marco jurídico a las inversiones conjuntas Federación-Estados-Municipio.

Se tiene como resultado, entonces, que la descentralización como política federal ha venido fortaleciéndose en diversos ámbitos regionales; al mismo tiempo han existido una serie de constantes en el ejercicio de cada sector con verdaderos callejones sin salida. Por ejemplo en la educación, cuyos efectos negativos hasta la fecha son una verdadera evidencia del grado de pauperización del sector y de los atrasos en niveles escolares del conjunto de la población. O en el de salud, cuando las descentralizaciones fueron verdaderas luchas por mantener influencia y supremacía en los segmentos del sector.

Al finalizar el siglo XX los procesos descentralizadores comenzaban a experimentar trabas serias y resultados pingües, que sugerían un discurso agotado ante una realidad empecinada en conservar sus rasgos autoritarios y centralistas con un avance a destiempo y muy heterogéneo en la práctica, dada la diversidad de intereses por parte de los diferentes agentes, tanto del centro como de cada estado y región. En particular las numerosas etapas y sus desfases no serían alguna traba al cumplimiento de los programas; empero lo que se adjudicaría a las condiciones de las regiones involucradas, se puede adherir ahora a la escasa continuidad y poca concertación intersectorial, así como unas incipientes relaciones intergubernamentales, cuando de políticas públicas en estados y municipios se trata.

No existe todavía una autonomía en la administración de recursos, salvo la que establece el Artículo 115 de la Constitución. No se considera que la solución se ubique en intentar hacer más eficientes a las instituciones de la Federación cediendo lo que hasta esa fecha han considerado su responsabilidad, puesto que lo único que realizará es una “transferencia de funciones burocráticas” hasta los lugares y regiones

que se estime conveniente. Y eso implica solamente un criterio (o mejor dicho que privilegia solamente un criterio): el administrativo. Para cumplir con una mayor cantidad de funciones, se requiere forzosamente una mayor cantidad de atribuciones y una muchísimo mayor confianza en la capacidad de decisión autónoma. El caso de la Salud Pública lo hace evidente. En sentido figurado, aumentar la burocracia estatal y municipal con los problemas que se derivan de ello, no es negativo en sí mismo, sino las diferentes implicaciones de su organización, así como su capacidad y autonomía técnica.

La experiencia centralización-descentralización en la Salud Pública

La formación de lo que actualmente denominamos Sistema Nacional de Salud es una nomenclatura reciente. Sin embargo, tiene su historia y nos revela mucho de los esfuerzos y de las frustraciones de personalidades e instituciones por cumplir con la función elemental de garantizar el acceso a la atención médica a la población mexicana, a través de sus diversos subsistemas, entre los que destacan el de seguridad social y el denominado asistencial.

El primero de ellos lo representa, de entre otros, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y ha contado con la infraestructura en salud de mayor complejidad y envergadura de todo el país. Brinda atención a población con derechos laborales amparados en la Constitución mexicana y atiende a poco menos de la mitad de la población total de país.

El segundo, está representado por la Secretaría de Salud (SS) y brinda atención a la población abierta. Junto con el programa IMSS-Oportunidades atiende, en papel, otro 40% de la población nacional; es decir a la población no amparada por el Artículo 123. Además de asumir funciones sanitarias de supervisión y control epidemiológico para toda la población nacional, derivadas de la misma Carta Magna y de la Ley General de Salud. Aquí se incluyen todos los institutos nacionales de salud, plausiblemente concentrados y centralizados.

A partir del 2003 la SS diseñó e implementó una política pública de gran alcance que ha pretendido brindar una cobertura de atención médica a esta población, creando un Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como “seguro popular”. Éste fue considerado desde su inicio como el “brazo operativo del Sistema”,⁸ cuya esencia busca todavía la cobertura universal de servicios de salud, a través del aseguramiento público y voluntario de personas que no son derechohabientes en alguna otra institución. Este seguro incluye 266 intervenciones médicas descritas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud. Su limitación principal es que sigue funcionando como un enorme subsidio, sin lograr, por múltiples causas (calidad, cobertura, eficiencia, etc.) convencer a estratos no ubicados en extrema pobreza a asegurarse y pagar anticipadamente los servicios que brinda el sistema.

Al lado y como parte de este segmento gubernamental operan también instituciones como el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y el de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA). Además existen paralelamente los centros de salud universitarios y unidades de la Cruz Roja Mexicana que fundamentalmente procuran atención de primer nivel en la modalidad de primeros auxilios, transportación de lesionados y urgencias médicas, sin descuidar su intervención en situaciones de vulnerabilidad social a través de acciones humanitarias. Todos ellos con una participación intensa en la prestación de servicios, pero modesta en la cobertura nacional.

Además, se ha formado y reconfigurado paulatinamente un sector particular de la salud, con empresas privadas cada vez más amplias y complejas. De los sanatorios asistenciales religiosos, cuyo origen se remonta al siglo XVI pero de carácter civil hasta el siglo XIX con las leyes de Reforma; a los actuales consorcios hospitalarios se llega en inicios del siglo XXI a una variedad amplia de empresas aseguradoras, con mayor influencia en las principales ciudades del país. Tampoco es despreciable el número de mexicanos, en estados fronterizos que utiliza los servicios médicos en el extranjero, principalmente Estados Unidos.

¿Cómo se llegó a esta segmentación? Ya en 1934 se conformaron los primeros organismos regionales de Salud Pública, curiosamente con sus propias reglamentaciones estatales y agrupados en las coordinaciones estatales (Servicios Coordinados de Salud Pública) y cuya función era la de coordinarse con los esfuerzos del gobierno federal. Se tenía una oportunidad interesante para esa época; es decir, partir de la necesidad real de cada territorio estatal —por muy disímulo que se considere— para cubrir las funciones propias con criterios propios y autonomía. En esa época el Departamento de Salubridad llegó a asignar hasta 40 veces más recursos per cápita a los Servicios Ejidales Cooperativos, funcionando en solamente 13 estados por su importancia económica en la producción agrícola, que a los Servicios Coordinados de Salud de los estados.⁹ Ello no duraría mucho tiempo, “el ímpetu centralizador que caracterizó a la vida nacional, llevó, a la práctica, a convertir esas unidades en dependencias federales”¹⁰ y se fue consolidando una centralización de los servicios de salud, durante cerca de 50 años.

En el intervalo de los años treinta a los ochenta las instituciones de salud se diversificaron y especializaron en diferentes rubros. Lo que implicó un esfuerzo posterior de “sectorización” que significó el agrupamiento de todo servicio público de salud bajo la coordinación de la secretaría del ramo. El clímax de la centralización, interpretado como un paso obligado para una posterior descentralización.

Hasta principios de los años ochenta la prioridad fue la ampliación del sistema con el propósito de avanzar en la cobertura a población marginada a través de diversos programas. En esa década se inició el Programa IMSS-Coplamar, cuyo inicio formal de actividades fue en 1979, en coordinación con el Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, que daría origen posteriormente, en 1989 al programa IMSS-Solidaridad y después en 2002 al IMSS-Oportunidades.¹¹ El 25 de agosto de 1982 fue creada la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, habiéndose logrado elevar a rango constitucional un año después (el 30 de agosto de 1983) el derecho a la protección de la salud con carácter universal.

De 1988 a 1994 la descentralización durmió el sueño de los justos, sin mayor preocupación, dado que la política centralista de atención a la pobreza denominada Programa Nacional de Solidaridad tuvo el papel protagónico en la atención a la población abierta, dependiendo directamente del Ejecutivo Federal. Una vez transcurrida la epopeya presidencialista, y con la pena de contar con menores recursos que descentralizar y más población depauperada que atender, de 1996 a 1998 se concluyó con la transferencia de “obligaciones operativas” al resto de los estados.

Es obvio que para algunas entidades fue positiva esta política, en particular para aquellas en las que el rezago era mayor o la amplitud y complejidad del sistema hicieron una transferencia de “menos” problemas. Pero para las entidades con situaciones demográficas complejas y de notable jerarquía, dicha política nada resolvió. Solamente evidenció la incapacidad de la burocracia estatal para asumir los compromisos que ella misma debía dimensionar y —con sus propios recursos y particularidades— enfrentar.

Este proceso de descentralización fue demagógicamente titulado “modernización” del sector salud, haciendo la distinción entre dos ámbitos: uno el normativo, de competencia exclusivamente federal; y el operativo, a cargo de los servicios estatales y de las instituciones federales prestadoras de servicios.¹⁰ Haciendo énfasis en dos reordenaciones, una dentro del pacto federal —que sería la descentralización no lograda— y otra territorial —la cual corresponde directamente a una desconcentración—.

Si el centralismo transformó todo el sistema de salud inhibiendo la actuación estatal y “federalizando” al personal y sus capacidades técnicas a lo largo de aproximadamente 50 años, una reforma puramente funcional no tuvo mayor trascendencia en el involucramiento de amplios sectores sociales en las decisiones locales, ni fortaleció alguna práctica democrática. Solamente las entidades regionales fueron llevadas de la mano (con normas, criterios y financiamiento negociados con los gobiernos estatales) a cumplir metas y coberturas dictadas desde el centro.

Los ejercicios de evaluación reportan resultados tan disímiles entre sí, como lo son las realidades económicas y políticas a lo largo del país. Para 1992, Miguel Ángel González-Block¹² había encontrado la causa del no cumplimiento del programa de descentralización, insistiendo que el verdadero problema fue la “crisis económica” del momento y evaluando positivamente lo logrado hasta ese momento. Pero en 1993 se publicó un breve pero revelador ejercicio en el que se concluía que “la desconcentración administrativa era realmente muy difícil de tipificar como un proceso de descentralización” y aportaba evidencias claras de las limitaciones al mismo.¹³

Avanzados los años noventa se plantea ya la posibilidad de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) auspiciados por la Organización Panamericana de la Salud como un paso más en el proceso de descentralización:

Los Sistemas Locales de Salud pueden otorgar el ámbito adecuado para lograr la participación social, la acción intersectorial, la efectiva descentralización y el control de las decisiones y el uso de los métodos más efectivos de planificación y gestión en función de las necesidades de cada grupo de población.¹⁴

Para que comiencen a constatarse resultados se afirma que el potencial de los SILOS “va a depender de la capacidad de gestión y coordinación sectorial e intersectorial a nivel local”.¹² Lo que nos hace reflexionar seriamente en la carencia de experiencia en el ejercicio de la participación social, planificación y gestión por los agentes locales. Y no se desestiman tales posibilidades.

La oferta vigente, en materia de servicios de salud, está enmarcada en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, emitido por el Poder Ejecutivo Federal como mandato al Artículo 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de las distintas leyes de planeación vigentes.⁹

La inquietud actual en la oferta de servicios de Salud Pública para el gobierno federal mexicano, tal como en la década pasada, se centra en la solución a los problemas crónicos en cuanto a la coordinación

y el funcionamiento del sistema de salud nacional, reconociendo la forma “casual, segmentada y acumulativa”⁹ del modelo con severos problemas de una participación escasa del ámbito privado, que “no protege a las familias frente a gastos extraordinarios” y con un sistema público que enfrenta rendimientos decrecientes en calidad y eficiencia, así como duplicidades e insuficiente cobertura. Todo ello, al parecer, en forma importante para todas las regiones del país, por la semejanza con la totalidad del sistema, con la clara excepción de las grandes ciudades mexicanas.

El gobierno federal, al finalizar el siglo pasado, se planteó la necesidad de revisar la fuerte liga del sector con la planta productiva para transformarla en un sistema de amplia cobertura, dirigida a una población abierta. A pesar de valorarse como pernicioso el hecho de no mantener una cobertura mínima (de aproximadamente 10 millones de habitantes en todo el país) y tomando en cuenta la posibilidad de una participación mucho más activa del sector privado en la oferta de servicios; al finalizar el siglo XX tuvo una cobertura, en el país de 30% en camas censables, 34% en médicos y 32% en consultas médicas.

Además del punto anterior, es ahora de sumo interés el hecho de considerar la propuesta de “programas regionales” dadas las características de las distintas partes del territorio; aunque, realmente, viendo con detenimiento su descripción, da la impresión de establecer programas nacionales con aplicaciones diferenciadas a distintos estados de la República y no programas propiamente regionales. En esa línea se encuentra el proceso de descentralización propuesto, en el que se plantea que los estados cuenten con “un mayor margen de acción y autodeterminación que les permita cumplir con sus propios medios los objetivos nacionales”.⁹ En otras palabras, se pretendió turnar a los estados aquellas funciones que la Federación no ha logrado realizar satisfactoriamente como promoción, servicios preventivos, atención médica, fomento sanitario y sistemas de información. El único problema pendiente fue el cómo.

A principios del siglo XXI, como se mencionó arriba, la estructura de la población sujeta a atención médica quedó estructurada en tres grandes estratos

o segmentos. Primero, el sujeto a reglamentaciones contractuales laborales y fuertemente ligado al aparato productivo nacional, a quienes la atención médica es brindada por ley y bajo condiciones negociadas de manera centralizada, básicamente por la Ley del Seguro Social; está constituido por la población derechohabiente o legal. El IMSS tiene la mayor cobertura de este estrato. También se consideran los sistemas de seguridad social y médica que brindan protección a burócratas federales y estatales, donde sobresale el ISSSTE y, en mucha menor medida, los relacionados con instituciones militares. Todos con sus propias leyes y reglamentaciones. En este estrato los recursos utilizados provienen fundamentalmente de los ingresos gubernamentales, distribuidos como partidas y fondos gubernamentales transferidos y ejercidos por las entidades e instituciones responsables, donde los derechohabientes aportan recursos en forma parcial.

Segundo, el estrato que comprende a miembros de empresas familiares e independientes, como profesionales, comerciantes, pequeños propietarios o ejidatarios, cuyas opciones están en la estructura privada paralela al sistema de salud pública o en su inclusión voluntaria a esta última. Sus decisiones están ligadas a la dinámica del mercado de servicios privados en salud, aun cuando cuantitativamente se presume un grupo reducido, sin embargo hacen falta mayores datos. Está constituido por el total de la población que posea capacidad de pago del servicio demandado. En este estrato el usuario aporta casi la totalidad de los recursos utilizados. Recientemente se publicó un reporte especial de los servicios de salud privados,¹⁵ del cual se extraen conclusiones interesantes, como que este sector asiste preferentemente en un segundo nivel de atención, con marcado énfasis en medicina especializada y a considerable distancia de la medicina preventiva y popular; prefiriendo espacios urbanos y comercialmente redituables.

Y tercero, el grupo de los marginados, cuyas demandas son actualmente consideradas dentro de la “población abierta” y sujeta a programas específicos en franca desconcentración administrativa, lista para emprender nuevos derroteros regionales. Es la población no derechohabiente y que no posee capacidad de pago para servicios personales de salud. A ellos

los gobiernos orientó el principal interés político con el “seguro popular”. Aquí se ubica el mayor número de mexicanos en situación de pobreza de capacidades.

Conclusión

La planeación y la descentralización de la Salud Pública son una puerta abierta para el diseño de políticas públicas en gobiernos locales.

La planeación como herramienta para alcanzar niveles de bienestar deseables ha transitado como concepto y como realidad por senderos de aplicaciones generalmente desafortunadas. Teóricamente se vislumbra como John Friedmann¹⁶ la propone en los marcos de procesos sociales de reforma, aprendizaje, de movilidad y de análisis de política recapitando en los primeros planteamientos dados por Alfred Weber como el concepto básico de la ideal y típica construcción de la burocracia como la racionalizada y racionalizante institución contemporánea por excelencia para lograr fines como la coordinación, la evaluación y el control de acciones con una jerarquía necesaria. De tal manera que la planeación se considera un elemento en la burocratización de la vida; “el más racional medio para ejercitar el control sobre los seres humanos”.

La planeación desde el principio fue vista como una alternativa de política, siendo una de las fuerzas racionalizadoras en la vida social. Es por ello que los planeadores eran provocados con frecuencia a observar los procesos políticos como un obstáculo hacia la materialización de la razón en el mundo. En este sentido, Weber contribuyó en la fractura entre la política y la planeación, al sugerir la separación del estudio objetivo de lo que “realmente existe” de lo que “debería existir” (tal parece que hace referencia a las consecuencias de acciones en el futuro). Y hasta la fecha la discusión se mantiene.

Ahora bien, por una parte la planeación es concebida generalmente como aquella que incide en la producción y distribución de la riqueza, intentando disminuir las desigualdades sociales antes que las regionales y, por otra, es obvio que ello no es suficiente dadas las disparidades regionales, incluso en ámbitos estatales y frecuentemente municipales.¹⁷

Si bien se considera que una política económica nacional tendiente a disminuir las disparidades sociales y a elevar el nivel de vida de la población debe existir como tal; también se debe tomar en cuenta que las disparidades regionales son una traba para el desarrollo económico del todo nacional. Al menos en México esto es muy evidente. Sin regiones con una fortaleza económica y por lo tanto democrática, las políticas económicas sectoriales serán un fracaso.

Otro estudioso de la planeación y el desarrollo regional, Sergio Boisier,¹⁹ nos introduce en la búsqueda de opciones cuyos planteamientos destacan la oportunidad brindada por los procesos de descentralización política y territorial haciendo énfasis en el fortalecimiento del “débil eslabón de la equidad” y las posibilidades de un mejor acceso a recursos socialmente escasos, entre los que incluiríamos, por supuesto, a la salud. Nos acerca a lo que denomina una nueva dimensión de las políticas públicas, haciéndonos repensar la variable tiempo, en función de los ajustes culturales necesarios para los procesos de descentralización.

En el caso de México, existen tres ámbitos formales de gobierno: el central o nacional, el estatal y el municipal. En ellos tres reside formalmente una soberanía que define la estructura de su propio gobierno, con las funciones administrativas más o menos claras que se derivan de sus respectivas constituciones, leyes y reglamentos. Las capacidades y la legitimidad de los ámbitos estatales y municipales dependen en la práctica de la madurez económica y sociopolítica de la entidad y la articulación de diversos niveles de desarrollo de sus propias regiones. Existen 31 unidades administrativas estatales (y el Distrito Federal) y un poco más de 2400 municipales. Estas últimas son las que consideramos como organizaciones de gobierno locales.

Los gobiernos locales en México, aun cuando legalmente son fáciles de definir, ya que constitucionalmente tienen un cuerpo jurídico y normativo bien establecido, en los hechos existe gran heterogeneidad en sus capacidades e independencia de acción. Observamos desde municipios altamente industrializados y densamente habitados, con predominio de zonas urbanas definidos por una ciudad o siendo perimetrales a ellas; hasta los municipios

totalmente rurales, poco habitados y relativamente desarticulados de la economía nacional. Las asimetrías son tan amplias que resulta difícil caracterizar un solo tipo de gobierno local, con rasgos homogéneos en cuanto a sus capacidades jurídicas y de autonomía reales. Ése sería el primer gran problema en torno a las posibilidades de descentralización de determinadas políticas públicas hacia los ámbitos locales de gobierno.

De acuerdo con la teoría, la implantación de una política pública también trae a colación cómo se relacionan las esferas políticas y administrativas en la puesta en marcha de las acciones acordadas. Son de dos formas: primero de manera tradicional y jerárquica, arriba-abajo (esfera política decide, esfera administrativa pone en marcha). Y segundo, de manera “descentralizada”, de abajo hacia arriba, en la que los gobiernos locales deciden las dimensiones de sus programas y los tipos de servicios que prestarán (siempre dentro de los marcos normativos de la agencia federal en cuestión), buscando coincidir con los objetivos (que comparten) de los gobiernos central y estatal.

Es necesario remarcar que en esta segunda práctica de instrumentar políticas públicas, el ciudadano se ubicará mucho más cercano, tanto a sus gobernantes como a la administración encargada de resolver su problema o atenderlo. La política pública, en este caso, se someterá más directamente al juicio ciudadano y a la valoración de ella por el impacto causado, legitimándose o no ante la población en forma estrecha y constante.

Un último punto a discutir será en cuanto a las responsabilidades del gobierno local. Y es aceptable pensar que tanto la dimensión de las capacidades, como la eficacia y eficiencia del gobierno local le permitirán o no adquirir tales y tan deseables responsabilidades. Pero recordemos que no podemos pedirle peras al olmo. De poco sirve que las leyes y los reglamentos tengan bien definidas las funciones gubernamentales en el nivel municipal si sus gobiernos se enfrentan a una heterogeneidad de situaciones donde, en un extremo, las capacidades locales están limitadas por tales reglamentaciones y un centralismo evidente; y, en el otro extremo las capacidades locales reclaman apoyo y correspon-

sabilidad constante de instancias estatales y/o federales. La centralización y la descentralización de los servicios personales de salud reclaman análisis de cada caso y decisiones acordes con las capacidades de cada gobierno local.

Si los gobiernos locales no tienen la capacidad política ni administrativa de participar en las soluciones a sus problemas prioritarios, entonces dependerán de políticas públicas centralistas como única vía efectiva (temporal o no) de solucionar reactivamente las apremiantes necesidades locales, aun cuando ocupe su silla en la mesa de negociaciones. Sólo con una participación política ciudadana estrecha (en el marco federalista de preferencia) y con la profesionalización de la burocracia (en ámbitos de su competencia), se iniciará la adquisición de capacidades y responsabilidades en los ámbitos locales. Y la responsabilidad será compartida, legitimada y evaluada por los ciudadanos, determinando incluso cuales serían tales responsabilidades.

Es indiscutible que las diferentes dimensiones políticas, económicas, culturales y ambientales reclaman acuerdos en su abordaje, porque existen problemas que trascienden lo local y cuya solución solamente tiene opciones claras con enfoques globales o nacionales. De la misma forma, existen problemas de carácter económico laboral, urbano territorial o socio-cultural que distribuirán competencias y responsabilidades distintas en lo estatal o lo local.

Finalmente es importante reflexionar en los resultados evidentes de las políticas descentralizadoras de los servicios de salud en México. Además de las buenas intenciones y de los intentos por hacer universal los servicios de salud a los mexicanos, debemos reconocer que los procesos descentralizadores han sido insuficientes, erráticos y mal orquestados.

La realidad epidemiológica actual permite reconocer lo evidente: los estados y municipios de México no cuentan con personal ni recursos para enfrentar con sus propios medios los retos epidemiológicos que se vislumbran. Lejos de aprovechar la incipiente descentralización y el flujo de recursos vía programas sexenales y presupuesto federal para optimizar su infraestructura y capacidades,

los estados han repetido la lección mal aprendida por la Federación durante los 50 años anteriores: inflar los servicios hospitalarios y burocratizar al personal médico en niveles poco vistos en otros países. No es un problema de escala, es de organización.

Las políticas erráticas han tenido su impacto, pocos o casi nadie se detienen a pensar que no se ha permitido consolidar ningún sistema estatal (o regional) de salud fuera del centro. La investigación y las decisiones importantes en políticas públicas en salud siguen siendo tomadas en la capital de la República. El flujo de recursos para la salud a las entidades (y sus municipios) depende de gestiones y coyunturas políticas nacionales. No de las propias necesidades locales. Los problemas regionales de salud como dengue, paludismo, influenza, VNO, son monitoreados y controlados todavía desde lugares remotos. Cuando los insuficientes recursos (humanos y tecnológicos) no son capaces de detectar y combatir por sí mismos los brotes epidémicos.

Las consecuencias económicas de las epidemias trascienden la capacidad sectorial, pero no le quitan su cuota de responsabilidad al sector salud. Sigue siendo válida la reflexión de Platón cuando señalaba que una mejor ciudad se lograría con ciudadanos sanos. Parecería entonces que el centralismo resolvería la capacidad de reacción ante los eventos epidemiológicos; sin embargo, es todo lo contrario. Se deben fortalecer la vigilancia epidemiológica local, la organización hospitalaria en el ámbito estatal y la atención primaria en el municipal. Debe realizarse investigación, construirse laboratorios, incentivar una mejor distribución de medicinas y, por supuesto, mejorar la organización intergubernamental, dentro del Sistema Nacional de Salud y fuera de él.

Referencias bibliográficas

1. Solé Carlota. Modernidad y modernización, México: Universidad Autónoma Metropolitana y Anthropos. 1998. 305 p.
2. Wallerstein I. Después del liberalismo. México: UNAM-Siglo XXI. 1998. 268 p.
3. Bañón R, Carrillo E. La legitimidad de la Administración Pública. En: Bañón R, Carrillo E, compiladores.

La nueva Administración Pública. Madrid: Alianza Editorial; 1997. p. 51-75.

4. Zoraida VJ. La Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos 1824. En: Galeana P, compiladora. México y sus Constituciones. México: FCE-Archivo General de la Nación. 1998. p. 78-95.

5. Silva F. Planeación regional y descentralización. En: Blanca Torres, Descentralización y democracia en México. México: Colegio de México. 1986. p. 135-159.

6. Aguilar-Villanueva, LF. El Federalismo mexicano: Funcionamiento y tareas pendientes. En: Hernández-Chávez, coordinadora. ¿Hacia un nuevo federalismo? México: FCE-COLMEX. 1996. p. 138-160.

7. Instituto Nacional de Administración Pública. Guía Técnica No. 10. La Planeación del Desarrollo Municipal. México: Centro de Estudios de Administración Municipal del INAP; 1985. p. 3.

8. Ortiz M. El Seguro Popular. Una crónica de la democracia mexicana. México: FCE-INSP-SS-Fundación Mexicana para la Salud; 2006. p. 10.

9. Poder Ejecutivo Federal. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. México: PEF. 1995. p.2-72

10. Jeannetti DE. Descentralización de los servicios de salud. En: Torres B, compiladora. Descentralización y democracia en México. México: Colegio de México; 1986. p. 175-203.

11. Frenk J, Gómez-Dantés O. Para entender el sistema de salud en México. México: Nostra Ediciones; 2008. p. 26.

12. González-Block MA. La descentralización del sector salud en México. Alcances y limitaciones de los sistemas locales de salud. Salud Pública Mex 1992; 34: 117-33.

13. Cardozo-Brum M. La descentralización de servicios de salud en México. Gestión y Política Pública. 1993; 2(2): 365-91.

14. Naciones Unidas, OMS-OPS. Programa Regional de Promoción y Protección de la Salud. Ciudades y Municipios Saludables. En: OPS. Ciudades. Análisis de la coyuntura, teoría e historia urbana. 1997. No.33, 53- 58.

15. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Estadísticas del sector salud y seguridad social. Aguascalientes: INEGI. 2000. p. 141-335.

16. Friedmann J. Planning in the Public Domain: From Knowledge to Action. Princeton: Princeton University Press; 1987. p. 87- 136.

17. Coronado-Ramírez JL. Políticas públicas de Atención primaria a la salud en la Frontera Norte de México [Tesis doctoral]. México: El Colegio de la Frontera Norte, A. C. 2004. p. 3.

18. Boisier S. Las relaciones entre descentralización y equidad. Revista de la CEPAL, 1992; 46: 113-31.