



**El Colegio  
de la Frontera  
Norte**

**LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE  
SALUD EN BAJA CALIFORNIA. AVANCES Y  
LIMITACIONES DE UN PROCESO NACIONAL EN  
MARCHA 1988-2004.**

Tesis presentada por

**Martha Cecilia Jaramillo Cardona**

para obtener el grado de

**DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES CON  
ESPECIALIDAD EN ESTUDIOS REGIONALES**

Tijuana, B. C.  
2007

Para  
Alejandro y María Lucía  
Con todo mi amor

## **Agradecimientos**

Al Colegio de la Frontera Norte. Por todo el apoyo otorgado durante estos cuatro años y la oportunidad que me han dado para lograr realizar un sueño más y hacerme sentir parte de este país.

Al doctor Guillermo Alonso Meneses, quien permaneció siempre en contacto durante el proceso de internación para ingresar a México, y me ofreció toda la ayuda para lograr una culminación exitosa del trimestre.

Al doctor Vicente Sánchez Munguía, director de esta investigación por todo el respaldo brindado durante el proceso de elaboración de éste trabajo.

A cada uno de los lectores por las observaciones y sugerencias realizadas, han sido muy importantes y sugerentes para continuar trabajando y ampliando esta investigación.

A cada uno de los profesores con los que tuve oportunidad de compartir clases y espacios académicos. De cada uno recibí una contribución para encausarme en el mundo de la academia.

A las personas del Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD), en especial al doctor Francisco Vera González Secretario de Salud, al Licenciado Sergio Javier Berreyez Chong Titular de la Unidad de Asuntos Jurídicos y Ana Monje Uriarte de la oficina de información, por la disponibilidad en brindarme la información requerida.

A la Secretaría de Salud Federal, en especial al doctor Rafael Lozano de la Dirección General de Información, al doctor Francisco Javier Díaz de la Coordinación General de los Institutos

Nacionales de Salud y a la Licenciada María Victoria Castro Borbonio Subdirectora de Integración y Difusión de Información, por toda la información brindada en forma oportuna.

A Alma, Rita, Ofelia, quiénes estuvieron siempre dispuestas a brindarme toda la ayuda en el trámite de ingreso al país.

A Germán, por su apoyo incondicional y siempre oportuno.

A mi familia, por que a pesar de la distancia, siempre han estado presentes, haciéndome sentir cerca de ellos.

A mis compañeras y compañeros del doctorado por la amistad y el cariño que me han brindado desde que arribe a este país.

A mis amigas y amigos de mi patria chica, Rosa Alba, Fanny, Evita, Ricardito, Nacyri, Marino, Nellita, Blanca, Elena, Marina, por no olvidarme y estar presentes con sus mensajes y llamadas.

## Índice Temático

El Colegio	1
<b>0. Introducción</b>	<b>13</b>
<b>i. Estructura de la investigación</b>	<b>16</b>
<i>Capítulo I: La descentralización del Sector Salud: una mirada desde las políticas públicas y las relaciones intergubernamentales</i>	<b>19</b>
<b>1.1 Las políticas públicas y la descentralización: una contribución a las decisiones gubernamentales</b>	<b>19</b>
1.1.1 <i>Las políticas públicas: aspecto fundamental a la hora de implementar la descentralización</i>	23
1.1.2 <i>Etapas de las políticas públicas</i>	26
1.1.3 <i>Las políticas públicas y la gestión intergubernamental (GIG)</i>	29
<b>1.2 Las relaciones intergubernamentales y la descentralización: aspecto fundamental que trasciende las pautas de actuación de un gobierno</b>	<b>31</b>
1.2.1 <i>Concepto de las relaciones intergubernamentales (RIG)</i>	31
1.2.1.1 <i>Modelos de relaciones intergubernamentales</i>	34
1.2.1.2 <b>Fuente:</b> Tomado de Wriqth (1997) <i>Instrumentos de las relaciones intergubernamentales</i>	36
1.2.2 <i>La importancia de las relaciones intergubernamentales (RIG) en la descentralización</i>	40
1.2.3 <i>Las relaciones intergubernamentales (RIG) y la gestión intergubernamental (GIG)</i>	44
<b>1.3 La descentralización como proceso dinámico: un paso del centralismo a la autonomía</b>	<b>45</b>
1.3.1 <i>La descentralización: un concepto complejo</i>	50
1.3.2 <i>Razones que originaron la descentralización</i>	53
<b>Capítulo II: La descentralización de la salud en México: un proceso continuo de cambio</b>	<b>61</b>
<b>2.1 Implantación de la estrategia descentralizadora</b>	<b>65</b>
<b>2.2 Factores que afectaron el proceso de descentralización de los servicios de salud</b>	<b>67</b>
<b>2.3 Primeros estudios realizados para analizar la política de descentralización de los servicios de salud en México</b>	<b>70</b>
<b>2.4 El nuevo modelo de descentralización de los servicios de salud en México</b>	<b>75</b>
<b>2.5 Propósitos del nuevo modelo de descentralización de los servicios de salud en México</b>	<b>80</b>
<b>2.6 El papel de las entidades federativas en la provisión de servicios de salud</b>	<b>83</b>
<i>Capítulo III: Cambios recientes en el sector salud. Hacia una redefinición de los servicios de salud</i>	<b>86</b>
<b>3.1 La evaluación en la prestación de servicios de salud y los nuevos retos</b>	<b>86</b>
3.1.1 <i>Antecedentes de la evaluación de los servicios de salud en México</i>	88
3.1.2 <i>Ámbitos en los que se desarrolla la evaluación de los servicios de salud en México</i>	93
<b>3.2 Categorías principales de análisis: aspectos importantes para redefinir el sistema de salud</b>	<b>95</b>
3.2.1 <i>Resultados de las reformas en salud planteadas en México por los diversos gobiernos</i>	97
3.2.2 <i>La equidad: una mirada del concepto desde una dimensión integral</i>	100
3.2.3 <i>Disponibilidad: una forma de llegar a la cobertura total</i>	105
3.2.4 <i>La accesibilidad: una meta que hay que lograr</i>	108
3.2.5 <i>La calidad: un compromiso humano</i>	110

<b>Capítulo IV: Antecedentes de la Descentralización del Sector Salud en Baja California</b>	<b>115</b>
<b>4.1 Aspectos generales del estado de Baja California</b>	<b>115</b>
4.1.1 Características geográficas	116
4.1.2 Aspectos sociodemográficos	116
4.1.3 Aspectos generales de la salud en Baja California	119
4.1.4 Perfil general de salud de la población de Baja California	122
<b>4.2 La política de descentralización del sector salud en Baja California</b>	<b>128</b>
4.2.1 Primera etapa de la reforma (1984-1988)	128
4.2.2 Segunda etapa de la reforma (1996 en adelante)	134
4.3.3 Acciones realizadas por el gobierno estatal en la segunda etapa	139
4.3.3.1 Gobernadores Héctor Terán Terán (1995-1998) y Alejandro González Alcocer (1998-2001)	139
4.3.3.2 Gobernador Eugenio Elorduy Walther (2002-2007)	141
<b>Capítulo V: Resultados de la investigación</b>	<b>144</b>
<b>5.1 Aspectos metodológicos de la investigación</b>	<b>144</b>
5.1.1 Instrumentos de recolección	145
5.1.2 Análisis e interpretación	146
<b>5.2 Análisis de la equidad, disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud en Baja California, 1996-2004</b>	<b>148</b>
5.2.1 Información para analizar estas variables	148
5.2.2 Las variables equidad y disponibilidad	148
5.2.2.1 Las variables equidad y disponibilidad desde el punto de vista de los reportes estadísticos	150
5.2.3 Variable accesibilidad	161
5.2.3 Variable calidad	167
5.2.4 La equidad, disponibilidad, accesibilidad y calidad desde el punto de vista presupuestario	174
<b>Capítulo VI: Análisis de la información</b>	<b>187</b>
<b>6.1 Aspectos generales</b>	<b>187</b>
<b>6.2 Acciones del gobierno del estado de Baja California en la descentralización del sector salud: un análisis desde los planes y programas</b>	<b>190</b>
<b>6.3 Análisis de la descentralización de la salud desde los resultados estadísticos</b>	<b>194</b>
<b>6.4 Análisis de los problemas de salud en el estado a la luz del Acuerdo Nacional y del Acuerdo para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en Baja California</b>	<b>196</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>199</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>203</b>
<b>Glosario General</b>	<b>218</b>
<b>Anexo 1 Esquema sobre el proceso jurídico de la Política de descentralización de la salud en México</b>	<b>226</b>
<b>Anexo 2 Acuerdo nacional para la descentralización de los servicios de salud</b>	<b>227</b>
<b>Anexo 3 Acuerdo para la descentralización integral de los servicios de salud en la entidad.</b>	<b>234</b>

## Lista de figuras

<b>Nombre</b>	<b>Pág.</b>
Figura No. 1. Aspectos en los que debe centrarse el proceso de la política pública	24
Figura No. 2. El ciclo de las políticas públicas	26
Figura No. 3. Ejes de relaciones distintas en gobiernos con tres niveles local, intermedio y nacional	43
Figura No. 4. Ámbitos Internos de Evaluación	94
Figura No. 5. Ámbitos Externos de Evaluación	94
Figura No. 6. Premisas para lograr la calidad en los servicios de salud	112
Figura No. 7. Algunos aspectos relacionados con la valoración de la calidad	113
Figura No. 8. Sistema actual de salud en México	120
Figura No. 9. Determinantes de la situación de salud	125
Figura No.10. Objeto y bases generales del Acuerdo de Coordinación firmado entre el gobierno federal y estatal, 1988	131
Figura No.11. Facultades y obligaciones del gobierno estatal con la firma del Acuerdo de Coordinación entre el gobierno federal y estatal, 1988	133
Figura No. 12. Aspectos relevantes del Acuerdo Nacional para la descentralización de los Servicios de salud 1995-2000	135
Figura No.13. Aspectos relevantes del Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en el estado de Baja California	137
Figura No.14. Modelo para analizar la información recolectada	146
Figura No.15. Hipótesis en términos de variable para el análisis	147
Figura No.16. Variables Equidad y disponibilidad en términos de indicador	149
Figura No.17. Dimensiones, indicadores e índices de las variables Equidad y Disponibilidad	151
Figura No.18. Financiamiento de la salud en el nivel federal y estatal	175

## Lista de tablas

<b>Nombre</b>	<b>Pág.</b>
Tabla No. 1. Indicadores de resultado establecidos en el Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006	90
Tabla No. 2. Lineamientos para la preparación de perfiles de Sistemas de Salud	124
Tabla No. 3. Recorrido histórico de los marcos jurídicos en cuanto al sector salud en el estado de Baja California	138



## Lista de cuadros

<b>Nombre</b>	<b>Pág.</b>
Cuadro No. 1. Población total de Baja California según condición de uso de servicios de salud e institución, año 2000	121
Cuadro No. 2. Recursos físicos y materiales, estado de Baja California, población abierta y asegurada 1996-2004	152
Cuadro No. 3. Comparativo recursos físicos y materiales, Población abierta y asegurada Estado de Baja California 1996 – 2004	154
Cuadro No. 4. Comparativo estatal y nacional de recursos físicos y materiales Población abierta y asegurada estado de Baja California 1996 – 2004	155
Cuadro No. 5. Disponibilidad de recursos físicos y materiales, entre Población abierta De Baja California 1996 – 2004	156
Cuadro No. 6. Disponibilidad de recursos físicos y materiales, entre población asegurada de Baja California 1996 – 004	156
Cuadro No. 7. Recursos humanos, población abierta y asegurada Estado de Baja California 1996 – 2004	157
Cuadro No. 8. Comparativo de recursos humanos población abierta y asegurada 1996 – 2004	158
Cuadro No. 9. Comparativo estatal y nacional de recursos humanos, población abierta y asegurada 1996 – 2004	159
Cuadro No. 10. Disponibilidad de recursos humanos entre población abierta de Baja California 1996 – 2004	159
Cuadro No. 11. Disponibilidad de recursos humanos entre población asegurada de Baja California 1996 – 2004	160
Cuadro No. 12 Acceso a servicios básicos de salud de la población abierta y asegurada 1996 – 2004	162
Cuadro No. 13 Acceso de la población infantil a los esquemas de vacunación 1996 – 2004	164
Cuadro No. 14 Estados mejor evaluados en trato digno en unidades de Primer Nivel 2001	171
Cuadro No. 15 Estados mejor evaluados en trato digno en unidades de Primer Nivel 2002	172

## Lista de gráficos

<b>Nombre</b>	<b>Pág.</b>
Gráfico No. 1. Indicadores básicos para medir disponibilidad México 1988 – 2002	106
Gráfico No. 2. Población de Baja California entre 1980 a 2005	117
Gráfico No. 3. Población total de Baja California según condición de uso de servicios de salud e institución, año 2000	122
Gráfico No. 4. Las diez primeras causas de muerte en el estado de Baja California, 1996-2004	127
Gráfico No. 5 Acceso a servicios básicos de salud de la población abierta y asegurada 1996 – 2004	163
Gráfico No. 6 Acceso a servicios básicos de salud de la población abierta y asegurada 2004	163
Gráfico No. 7 Acceso al esquema básico de vacunación población menor de cinco años 1996 – 2004	164
Gráfico No. 8 Tiempo de espera en consulta externa 2001 – 2004 estado de B. C. con relación a los tres primeros estados que presentan el menor tiempo	169
Gráfico No. 9 Tiempo de espera en urgencias 2001 – 2004 estado de Baja California, Con relación a los tres primeros estados que presentan el menor tiempo	170
Gráfico No. 10 Lugar ocupa por México en gasto en salud frente a los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) como porcentaje del PIB, 2002	176
Gráfico No. 11 Gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto de Baja California con respecto al Promedio Nacional y a los dos estados del país con el PIB más alto del 2001 al 2004	177
Gráfico No. 12 Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total, de Baja California con respecto al Promedio Nacional y a los tres estados del país con el gasto público más alto del 2001 al 2004	178
Gráfico No. 13 Relación entre gasto estatal y federal al financiamiento de la salud de la población no asegurada de Baja California con respecto al estado con la participación más alta del país del 2001 al 2004	179
Gráfico No. 14 Cobertura de aseguramiento en salud y proporción de gasto de bolsillo en países de la OCDE, frente al estado de Baja California y el promedio del país, año 2000	181
Gráfico No. 15 Comparativo de la disponibilidad de camas censables entre la OCDE, frente al estado de Baja California y el país, año 2004	182
Gráfico No. 16 Comparativo entre gasto en salud para población asegurada y no asegurada por estados año 2002	183
Gráfico No. 17 Comparativo recursos físicos por estados, año 2002	185
Gráfico No. 18 Comparativo recursos humanos por estados, año 2002	186

## **Lista de anexos**

Anexo No. 1. Esquema sobre el proceso jurídico de la descentralización de la salud en México.

Anexo No. 2. Acuerdo Nacional para la descentralización de los Servicios de salud 1995-2000.

Anexo No. 3. Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud firmado entre el federal y el gobierno de Baja California.

## 0. Introducción

La descentralización del sector salud en México, iniciada durante la década de los ochenta, hizo que cada estado tuviera que adoptar y adaptar las nuevas disposiciones legales del gobierno de la Federación en dos líneas: la forma en que fueron asimiladas las competencias y atribuciones legales correspondientes a los servicios de salud y cómo las nuevas atribuciones fueron aplicadas y orientadas a las necesidades de la población, en cuanto a los servicios públicos de salud se refiere. Esta nueva responsabilidad originó una serie de transformaciones en el ámbito económico, político y social que llevaron tanto al gobierno federal como a los estatales a la redefinición de las funciones y atribuciones en cada uno de estos aspectos, con el fin de cumplir con el objetivo trazado por el gobierno central: proveer servicios de salud con eficiencia, calidad y equidad a la población abierta.<sup>1</sup>

Bajo esta perspectiva, es importante considerar cómo las reformas políticas deben coincidir con la necesidad de modificar el rol de los gobiernos, redefinir las responsabilidades funcionales entre los diferentes niveles de la estructura político-administrativa y redimensionar el sector público para darle mayor autonomía a los niveles más próximos a la acción concreta. De ahí la importancia de que las reglas del juego institucional se preocupen por proporcionar un marco económico estable, definir políticas de regulación e implementar políticas de redistribución de ingresos en beneficio de los sectores más pobres (Rosenfeld, 1994).

Para responder al objetivo de esta investigación se requiere analizar la literatura (Valdés, 1988; Cabrero, 1993 y 1998; Finot, 1997; Rodríguez, 1997; Cardozo, 1998; Ornelas, 1998; Di Gropello y Cominetti, 1998; Burki *et al.*, 1999; Bronfman y Castro, 1999; Moreno, 2001; Merino, 2003; Fajardo, 2004, y FUNDAR, 2004) relativa a las políticas de descentralización de la salud y sus efectos en todos los países que las han implementado. En México, la política de ese tipo que se

---

<sup>1</sup> La población abierta es aquella que no está afiliada a una institución de salud ya sea pública o privada (Ley General de Salud, última reforma aplicada, 19 de enero de 2004). Esta población está constituida por las personas de más bajos ingresos de las zonas tanto urbanas como rurales.

llevó a cabo coincide con el proceso que ha derivado en una profundización de la desigualdad en la prestación de los servicios públicos de salud, ya que no eliminó la ineficiencia y falta de calidad de éstos, no logró abatir la dependencia de los estados y municipios respecto del gobierno central y, por el contrario, generó confusión en relación con las atribuciones de los distintos niveles de gobierno, creando mayores vacíos en la prestación con equidad, eficiencia y calidad de los servicios públicos de salud y en la rendición de cuentas al respecto.

Teniendo en cuenta lo anterior, y analizando algunos estudios realizados acerca de múltiples experiencias de descentralización en diversos países (Cabrero, 1993 y 1998; Cardozo, 1998; Rodríguez, 1997; Ornelas, 1998; Di Gropello y Cominetti, 1998; Burki *et al.*, 1999) se puede advertir que la descentralización se ha puesto en práctica con distintos niveles de intensidad y profundidad según el país que se analice. También ha tenido diferentes impactos en los gobiernos locales, en la institucionalidad regional o municipal, en la provisión de servicios, en la participación de la comunidad y, lo que es más importante, en las nuevas relaciones que estas reformas han inducido entre los distintos niveles de gobierno y la comunidad.

Para el caso de los estados de la federación mexicana, los cambios que se han originado en el sector de la salud con la descentralización son diversos en cada uno de ellos, y esto ha dependido de distintos factores, como la etapa en la que cada entidad firmó el acuerdo de transferencia, la forma en la que instrumentó las políticas públicas locales de salud, los recursos económicos disponibles, las capacidades del recurso humano existente para instrumentar los cambios o el modo en que se replanteó la política de salud.

Ante esta perspectiva, en el presente trabajo hacemos un estudio, que pretendemos exhaustivo, de los antecedentes del proceso de descentralización de los servicios de salud en México, de los decretos y acuerdos firmados por los gobiernos federal y estatales y de las diversas investigaciones hechas para conocer los impactos de la política de descentralización en la vida nacional e internacional, con el objetivo de dar respuesta a dos preguntas que consideramos básicas: ¿cuál es el nivel de incidencia que la política de descentralización de los servicios públicos de salud

en Baja California ha tenido frente a las necesidades de la población en la región y en relación con los objetivos (o propósitos) de la iniciativa de descentralización? y, a ocho años de estarse implementando la política de descentralización de los servicios públicos de salud en el estado, ¿cuáles son los aspectos, que deben ser replanteados para lograr los objetivos trazados en el diseño de esta política?

De igual manera, considerando que el objetivo central de la descentralización del sector salud en México, planteado desde 1983 en el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y en el Programa Nacional de Salud,<sup>2</sup> fue hacer más eficientes los servicios, ampliar su cobertura y elevar la calidad de los mismos, esta investigación pretendió dar respuesta también a la siguiente hipótesis: la descentralización de los servicios de salud en Baja California no ha logrado alcanzar sus objetivos sustantivos en términos de disponibilidad, accesibilidad, equidad y calidad.

De alguna manera, el éxito de la aplicación de una política se basa en la voluntad, creatividad y visión estratégica de los gobiernos para llevarla a cabo, en las relaciones intergubernamentales e institucionales que se establecen, en la capacidad de gestión de quienes son responsables de implementarla, etc., de ahí que para esta investigación sea prioritario visualizar y analizar cómo los gobiernos municipales del estado de Baja California, con las características regionales que los distinguen, han asimilado este proceso a lo largo de siete años.

Bajo este panorama, nuestro estudio se enfoca específicamente en conocer, caracterizar y analizar las diferentes actuaciones del gobierno de Baja California para implementar la política de descentralización de los servicios públicos de salud dirigidos a la población abierta, desde el momento en que fue firmado el acuerdo de coordinación,<sup>3</sup> en 1996, hasta el 2004.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup>Decreto con el que el Ejecutivo federal establece las bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (Diario Oficial de la Federación, 30 de agosto de 1983) y decreto con el que se aprueba el programa sectorial de mediano plazo denominado Programa Nacional de Salud 1984-1988 (Diario Oficial de la Federación, 9 de agosto de 1984).

<sup>3</sup> Acuerdo de Coordinación que celebran las Secretarías de Salud, de Hacienda y Crédito Público, de Contraloría y Desarrollo Administrativo y el Estado de Baja California para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en la

El objetivo de conocer en forma específica las acciones del gobierno estatal obedece a que un proceso de esta magnitud conduce a una serie de reajustes en el ámbito administrativo (asignación de recursos, responsabilidades, etc.), político (redistribución del poder y de las decisiones, manejo de relaciones intergubernamentales, etc.) y social (atención a las necesidades de salud de la población con eficiencia y eficacia, interacción con las organizaciones civiles que reclaman la participación en el proceso, etc.), elementos que se deben analizar con detalle para visualizar los efectos que pueden tener las nuevas decisiones.

Para desarrollar esta investigación realizamos el análisis desde una perspectiva político-institucional; es decir, los ejes centrales fueron dos enfoques: el de la escuela del *análisis de políticas públicas*, por un lado, y el *estudio de las relaciones intergubernamentales*, por el otro. Aunado a ello, va también de la mano el tema de la descentralización de los servicios de salud, junto con las cuatro categorías centrales (disponibilidad, accesibilidad, equidad y calidad) que se tuvieron en cuenta para realizar el análisis de la información y lograr finalmente dar respuesta a las preguntas e hipótesis planteadas.

#### **i. Estructura de la investigación**

La investigación consta de seis capítulos. En el primero se plantean las consideraciones teóricas, que incluyen el *análisis de políticas públicas* y el *estudio de las relaciones intergubernamentales*. En este capítulo también se analiza el concepto de *descentralización* y las razones que la originaron. En el segundo capítulo describe el proceso de descentralización en México.

El tercer capítulo está enfocado en una discusión teórica sobre las cuatro categorías centrales del análisis (disponibilidad, accesibilidad, equidad y calidad), cuya finalidad es responder

---

Entidad (20 de agosto de 1996). Este acuerdo fue firmado por cada estado durante la primera (1983) y segunda fase (1993) que tuvo la política de descentralización de la salud en México.

<sup>4</sup> Este período es elegido porque Baja California y Chihuahua fueron los últimos estados en firmar el acuerdo de transferencia. Para el caso de Baja California, la firma se dio en 1996; es decir, 13 años después de haberse iniciado el proceso de descentralización de la salud en el país.

las preguntas y la hipótesis planteadas. Esta discusión se hizo con base en las propuestas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las leyes y decretos del sector salud aprobados en México relacionados con estos conceptos y las diferentes teorías que han surgido sobre lo que estos indicadores significan respecto a los servicios de salud.

En el cuarto capítulo se hace una descripción general del estado de Baja California, además de un rápido análisis de lo que ha sido la descentralización del sector salud en la entidad. Incluye temas tales como las características geográficas y demográficas del estado, el perfil general de la salud de la población bajacaliforniana y los aspectos más sobresalientes de la política de descentralización del sector salud en el estado en dos períodos de gobierno: el que empieza en 1995 con Héctor Terán Terán como gobernador y termina en 2001 con el interinato de Alejandro González Alcocer, y en el que el gobierno de Baja California firma el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud para la Entidad (1996), y el que va de 2002 a 2004, que corresponde a la primera mitad de la administración de Eugenio Elorduy Walter.

El quinto capítulo comprende los resultados de la investigación, que incluyen: *i) documentación relacionada con el incremento de los recursos humanos: número de médicos, odontólogos, enfermeras, promotores, etc., en relación con el indicador sectorial en el país; ii) documentación concerniente al incremento de los recursos físicos y materiales: número de hospitales, centros de salud, ambulancias, camas, etc., comparada con el indicador sectorial en el ámbito nacional, y iii) documentación de los reportes presupuestarios y el financiamiento de la salud en los órdenes federal y estatal.*

Es necesario apuntar que la información recolectada se obtuvo de los reportes e informes emitidos por la Secretaría de Salud, el Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD)<sup>5</sup> (que reúne información de las tres jurisdicciones sanitarias de Baja

---

<sup>5</sup> El ISESALUD es un organismo público descentralizado de la administración pública y tiene a su cargo el ejercicio de las atribuciones y facultades que le confiere la Ley Orgánica de la Administración Pública, la Ley para el Control de



California, localizadas en Mexicali, Tijuana y Ensenada),<sup>6</sup> los planes de los gobiernos estatales de Héctor Terán Terán y Alejandro González Alcocer, y de Eugenio Elorduy Walther, así como información del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

En el sexto capítulo se presenta un análisis de los resultados teniendo en cuenta el marco teórico y la hipótesis que se habría de comprobar. Finalmente, se presentan las conclusiones de la investigación, la bibliografía, un glosario de términos relacionados con el tema y los anexos.

---

Vigilancia de los Organismos Descentralizados, Empresas de Participación Estatal y Fideicomisos del Estado de Baja California, las leyes General y Estatal de Salud, los reglamentos, decretos, acuerdos y demás disposiciones emanadas del gobernador constitucional del estado, en su calidad de presidente de la junta (Reglamento Interno del Instituto de Servicios de Salud Pública (ISESALUD) del Estado de Baja California, publicado en el Periódico Oficial, tomo CVII, núm. 3, 21 de enero del 2000).

<sup>6</sup> Las jurisdicciones sanitarias se encuentran ubicadas en áreas geográficas determinadas por los criterios normativos que regulan la materia y son consideradas como oficinas representativas del propio ISESALUD (Reglamento Interno del Instituto de Servicios de Salud Pública (ISESALUD) del Estado de Baja California, publicado en el Periódico Oficial, tomo CVII, núm. 3, 21 de enero del 2000).

# **Capítulo I: La descentralización del Sector Salud: una mirada desde las políticas públicas y las relaciones intergubernamentales**

## **1.1 Las políticas públicas y la descentralización: una contribución a las decisiones gubernamentales**

Para entender por qué la descentralización es una política pública y como debe implementarse, es necesario analizar lo que representa. Por ejemplo, Tamayo (1997) define las políticas públicas como el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios. Desde este punto de vista, las políticas públicas se pueden entender como un proceso que se inicia cuando un gobierno o un directivo público detecta la existencia de un problema que, por su importancia, merece su atención y termina con la evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o modificar ese problema.<sup>7</sup>

Hablar de políticas públicas es hablar de decisiones del gobierno que incorporan la opinión, la participación, la corresponsabilidad y el uso de recursos económicos de los ciudadanos en su calidad de electores y contribuyentes. Bajo esta perspectiva, disminuye el protagonismo gubernamental, aumenta el peso de los individuos y de sus organizaciones, y se abren nuevas formas de diseño y gestión de las políticas: singulares, descentralizadas, subsidiarias y solidarias, corresponsables, con las que gobierno y sociedad enfrentan en conjunto los problemas colectivos (Aguilar, 1992).

Estas definiciones plantean cómo la descentralización, vista como política pública, abre espacios para que sociedad y gobierno establezcan relaciones abiertas y puedan tomar decisiones conjuntas en la búsqueda de un objetivo común; espacios en los que la participación es fundamental

---

<sup>7</sup> Es necesario mencionar la importancia que tiene la identificación y definición del problema para la formulación de las políticas públicas, pero además, lo que implica este proceso (Aguilar, 1992; Subirats, 1994; Tamayo, 1997).

para llevar a la práctica los planes, programas y proyectos orientados a mejorar la calidad de vida de la población.

Esta mirada es una forma de acercar el gobierno a los ciudadanos y hacerlos parte, de esta manera, de los esfuerzos de democratización.<sup>8</sup> La posibilidad de promover una efectiva participación ciudadana en el ámbito local es, desde el punto de vista político, uno de los argumentos que justifican un traspaso de responsabilidades a los gobiernos regionales y locales (Ocampo, 1998). La descentralización también obedece a las demandas políticas localizadas para disponer de una mayor autonomía, permitir y/o albergar diversas políticas, tener mayor eficacia en la planificación y administración, fortalecer la responsabilidad política y ofrecer espacios de formación o laboratorios de democracia (Smith, 1985).

De ahí la necesidad de resaltar que la dimensión de política pública que debe tener toda descentralización hace de ésta un paso para lograr la redistribución del poder político; es decir, descentralizar las responsabilidades significa reforzar el poder decisorio de los gobiernos territoriales y, al mismo tiempo, debilitar la posición de algunos actores centrales, aludiendo con ello no sólo a la burocracia federal sino también a otros actores, como los sindicatos, por ejemplo, que actúan en forma centralizada. De hecho, indirectamente, una reforma de este tipo puede redistribuir el poder entre los distintos grupos sociales (Di Gropello *et al.*, 1998).

Otro valor de la dimensión de política pública que se le debe dar a los procesos descentralizadores, consiste en permitir la atomización de algunos conflictos (incluyendo los sindicales) para debilitar, entonces, su alcance. Esto significa que la descentralización debería, mediante la gestión compartida de las responsabilidades, aumentar la participación ciudadana y, por lo tanto, impulsar la democratización (Di Gropello *et al.*, 1998). En esta dimensión, según Wolman

---

<sup>8</sup> La democratización es un aspecto importante para la reforma del Estado en América Latina, ante todo, porque afecta la dinámica y el ritmo del proceso. Muchas de las reformas dependen de la creación de nuevas instituciones, de cambios constitucionales o de modificaciones profundas en el sistema administrativo, que afectan el *statu quo* de diversos grupos, algunos atrincherados desde hace décadas en el aparato estatal. Estas demandas democráticas se han incrementado y tienen un enorme peso en la población, hecho que puede ser visto claramente en el proceso de descentralización política que viven los diversos países latinoamericanos (documento del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo –CLAD–, 1998).

(1990), la descentralización política se orienta al impacto de las estructuras de adopción de decisiones en los supuestos valores de la descentralización: la eficacia, la diversidad, la innovación política, la participación y la distribución de los beneficios de las políticas.

Es por eso que desconocer la dimensión que la descentralización tiene como una política pública nos llevaría a desconocer los fines valiosos que persigue: la estabilidad política y un gobierno democrático (Oates, 1972). Pero hay mucho más en juego, y este aspecto se orienta a que la descentralización puede mejorar la eficiencia y la capacidad de respuesta del gobierno. Según este argumento, la delegación de las decisiones de asignación de recursos en los dirigentes elegidos localmente puede mejorar el equilibrio entre la combinación de servicios producidos por el sector público y las preferencias de la población local. De esta forma, la descentralización también puede mejorar la gerencia de los servicios públicos, puesto que gracias a esta evidente proximidad es posible exigir a los funcionarios locales que se hagan más responsables por su desempeño (Ostrom *et al.*, 1993).

Pero es necesario, en esta discusión de las políticas públicas, ver cómo aun éste es un tema abierto a la discusión, dado que ha generado una serie de corrientes a las que se concede diversa importancia, como el racionalismo y el incrementalismo, entre las principales.

La diferencia fundamental entre ambas corrientes es la importancia que conceden al análisis de políticas para influir en ellas y mejorar su elaboración (Tamayo, 1997). Para los *racionalistas* es posible, mediante el análisis, que las decisiones públicas se equiparen a las decisiones que adoptan los ingenieros, los industriales o los estrategas militares, decisiones cuantificables, operativas, guiadas por criterios de eficacia en la consecución de los objetivos y de eficiencia económica, en los que la preocupación no es sólo qué hacer sino también cómo hacerlo (Quade, 1989).

La elaboración de políticas públicas basadas en el *modelo racionalista* intenta sustituir la intuición, la opinión y la experiencia de quien decide por un conjunto de técnicas y métodos precisos que le ayuden a encontrar, no una decisión cualquiera, sino la mejor decisión.<sup>9</sup>

Los *incrementalistas*, por el contrario, abundan en el carácter elusivo, complejo, fragmentado y a veces incomprensible de los procesos sociales sobre los que las políticas públicas intentan influir, de modo que el análisis de políticas poco puede hacer para ordenar el cambio en presencia de factores como las relaciones entre los distintos niveles de gobierno, la divergencia de intereses, la inexistencia de objetivos claros y compatibles, y las presiones de individuos, grupos y empresas (Tamayo, 1997).

La elaboración de políticas públicas desde el *modelo incremental* es más descriptivo que prescriptivo y se basa, en buena medida, en la observación del comportamiento cotidiano de los *policy makers* (Lindblom, 1991). Lindblom no admite que el análisis racional sea el factor principal en el proceso de elaboración de la política pública; de ahí que haga énfasis en la necesidad de tener claro que las políticas públicas se elaboran a través de los distintos mecanismos con los que la gente ejerce control, influencia o poder sobre otros; es decir, suscribe que la interacción política entre los individuos y los grupos sociales es el factor que más condiciona la elaboración de las políticas públicas.

Lindblom concluye que el análisis de políticas es siempre partidario, pues los individuos usan “los recursos analíticos solamente para impulsar sus propios intereses”. Además, insiste en la naturaleza permanente de buena parte de los problemas públicos, de modo que las decisiones casi nunca son inéditas; por el contrario, la decisión de hoy forma parte de una larga cadena de decisiones pasadas, de errores y de logros, de ensayos mediante diferentes medios y de precedentes.

---

<sup>9</sup> Simón (1957) hizo la formulación más completa del modelo racional, que se asemeja al esquema de “acción racional respecto a fines” de Max Weber. El modelo de Simón contiene cuatro pasos, que de cumplirse darían lugar a una elección racional: el establecimiento de los objetivos, el establecimiento de las alternativas, la valoración de las consecuencias de las alternativas y la comparación de las alternativas. No obstante, el mismo autor concluye que este modelo es impracticable en la realidad, debido a las limitaciones que merman la capacidad de quien decide; pero a la vez expresa que este modelo es ideal para conocer en qué medida los procesos reales de adopción de decisiones se aproximan o desvían del mismo modelo. A esto lo denominó “el modelo de racionalidad limitada”.

Finalmente, uno de los críticos de estos modelos expone:

*La exploración mixta incluye elementos de ambos enfoques, empleando dos cámaras, por así decir: una cámara de gran angular que cubriría todo el campo, pero sin gran detalle –la visión estratégica, racional del problema–, y una cámara que se enfocaría a aquellas áreas que, reveladas por la primera, merecen un examen a profundidad –las alternativas organizativas y políticamente viables– (Etzioni, 1967).*

Analizando los dos modelos, Tamayo (1997) expone:

*Que el decisor público debe tener en cuenta en el momento de la formulación no sólo la racionalidad, los valores de eficacia y eficiencia económica que recomienda una política intachable desde el punto de vista técnico, sino también la viabilidad y legitimidad política, el valor de la sensibilidad democrática, que recomienda tener en cuenta quién gana qué y quién pierde qué con cada alternativa.*

En resumen, las diferentes teorías, enfoques y modelos presentan una gran variedad de alternativas para poder diseñar e implementar políticas públicas. Lo importante aquí es no perder de vista, en el momento en que se diseñe una política pública, sea de salud, educación o transporte, etcétera, la oportunidad que ofrece la categoría de “política pública”, en un proceso como la descentralización, para poder participar como ciudadanos en la toma de decisiones.

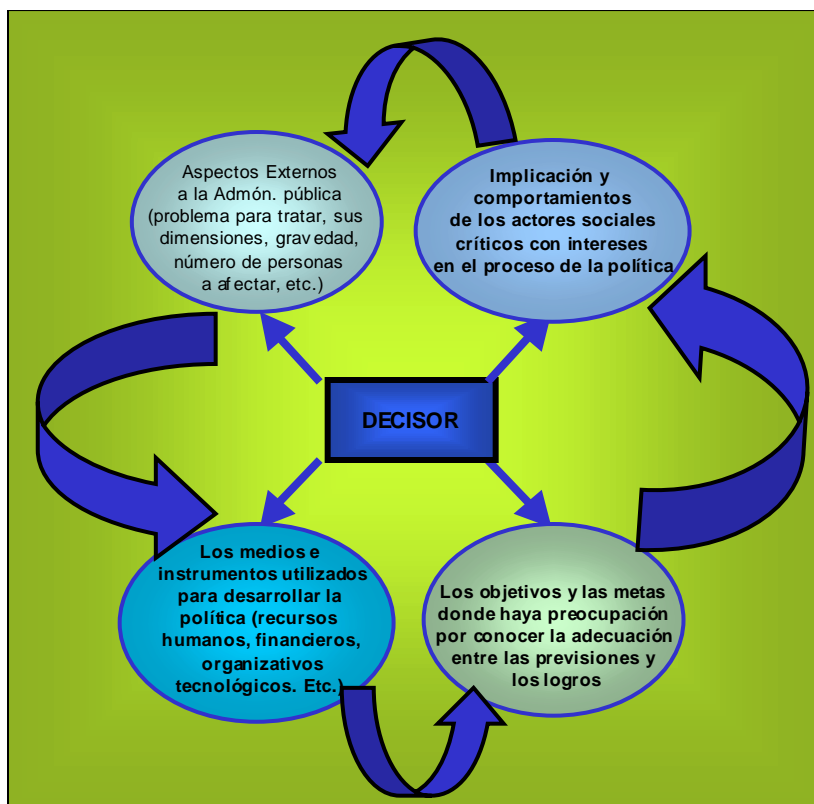
### ***1.1.1 Las políticas públicas: aspecto fundamental a la hora de implementar la descentralización***

En un proceso como la descentralización, lo que cuenta es la calidad de las políticas públicas que se analizan, se diseñan, se deciden y se desarrollan. El esfuerzo intelectual y práctico ha de centrarse en el proceso de la política, en sus condiciones de consenso, corrección y factibilidad, en su formación, implementación, impacto y evaluación (Aguilar, 1993).

En este orden de ideas y retomando a Tamayo, el análisis de políticas públicas se puede ver como un conjunto de técnicas, conceptos y estrategias que provienen de diferentes disciplinas que intentan mejorar la calidad de esos procesos, para lograr a través de los diversos recursos un buen impacto. El análisis de políticas es “investigación para la acción”, y su objetivo central debe ser contribuir para que quienes toman las decisiones respondan a los diversos interrogantes que se les

presentan a la hora de diseñar e implementar una política pública. Para Tamayo, analizar una política pública implica “desmenuzar” todo el proceso de esa política, y para ello expone algunos aspectos en los que un responsable de decidir sobre ella debe centrarse.

**Figura No. 1**  
**Aspectos en los que debe centrarse el proceso de la política pública**



**Fuente:** Elaboración con base en la propuesta de Tamayo (1997).

En la figura 1 se puede observar cómo la persona que toma las decisiones debe contar con todos los elementos para diseñar e implementar una política en la que los actores sociales deben ser considerados, no como simples objetos dentro del problema, sino como sujetos que forman parte de él y que, a la vez, pueden aportar en la solución del mismo; es decir, una política en la que los actores sociales constituyan un ser dinámico que sea parte del problema y parte de su solución. Éste es un verdadero proceso de una política pública, aspecto que deben ir trabajando los responsables de

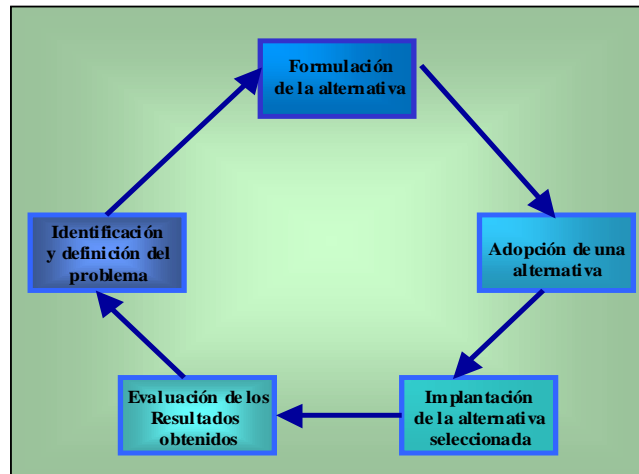
tomar estas decisiones con el fin de lograr que esta propuesta sea, no sólo una construcción conceptual, sino una herramienta real de uso.

Si se analiza en este contexto la política de descentralización de los servicios de salud, es muy importante reconocer cómo las etapas o fases de las políticas públicas están ligadas con un nexo de dependencia y que cualquier decisión que se tome en alguna de ellas afecta a las posteriores y eventualmente a las anteriores. El análisis de estas fases debe hacerse de forma responsable, por lo que el papel del analista debe ser aplicar en la medida de lo posible todos sus conocimientos técnicos, las experiencias y la visión política del problema, con el fin de aportar toda la información calificada que sea necesaria para que los responsables de la política tengan herramientas suficientes en los procesos de los que son responsables. Como lo enfatiza Tamayo, la riqueza del análisis radica en la capacidad del analista para integrar y ordenar lógicamente las decisiones y comportamientos de los administradores y de los actores sociales involucrados en un proceso como éste, y lograr finalmente el impacto social esperado con eficiencia, eficacia y efectividad.

Otro aspecto fundamental en este contexto es el ciclo de las políticas públicas. No se puede olvidar en el proceso de diseñar e implementar una política pública la importancia que cada fase tiene en el ciclo, de ahí que en el momento de diseñar una política pública sectorial (la salud, en este caso) los responsables de esta tarea deben estar conscientes de la responsabilidad que tienen de llevar a cabo este proceso por el impacto masivo. La relación que mantiene cada fase en el ciclo de las políticas públicas es de total dependencia una de otra; de ahí la insistencia en el cuidado y en el tacto con que se deben analizar, dado que cualquier decisión que se tome puede desencadenar una serie de efectos, positivos o negativos, en el momento de diseñar e implementar una política pública (Tamayo, 1997; Aguilar, 1992).



**Figura No. 2**  
**El ciclo de las políticas públicas**



**Fuente:** Tomada de (Tamayo, 1997).

### ***1.1.2 Etapas de las políticas públicas***

Como se desprende de la figura 2, es necesario recalcar la importancia que tiene cada una de las diferentes fases en el ciclo de las políticas públicas, tanto para el diseño como para la puesta en marcha de las mismas. Así mismo, debe considerarse el papel destacado que cada una de ellas tiene en el ciclo, a la vez que la necesidad de incorporar a los actores sociales como parte interesante del proceso. Por tal razón es necesario integrar las propuestas, opiniones y sugerencias expuestas por los actores sociales involucrados en el proceso para lograr los objetivos previstos en la elaboración de las políticas públicas.

Si se analiza cada etapa, es necesario considerar el peso que tiene en ella la participación de los actores sociales, aspecto que repercutirá al final del proceso, debido a que esa participación brinda a los responsables finales más herramientas y argumentos en la elección de las mejores opciones para superar los problemas que se desea abordar teniendo en cuenta el impacto que tiene la salud para lograr el desarrollo de las naciones.

Primera fase del ciclo: *identificación y definición del problema*. Por tradición, no se le ha dado mucha importancia a esta fase, que es relegada para buscar alternativas de solución. La preocupación por la selección de la mejor alternativa soslaya la importancia de la definición de los problemas (llamada también “definición de los problemas públicos”).

Retomando a Tamayo, es importante anotar que en esta fase una de las primeras tareas del analista de políticas es identificar a los actores con algún tipo de interés en el problema y reconstruir las definiciones desde la forma en que esos actores lo perciben. Una definición del problema debe apoyarse en herramientas políticas (consultas, reuniones, intercambios de información, negociaciones, etc.) y luego en técnicas instrumentales (delimitación del problema, número de personas afectadas, comprensión de las posibles ramificaciones, evaluación de la gravedad e intensidad del problema, etc.), para que así el problema sea visto y analizado desde perspectivas diferentes para, a la vez, encontrar aquella que debe ser considerada la prioritaria para diseñar la política que pueda potencialmente dar solución real al mismo.

Finalmente, la definición del problema es una decisión de gran importancia, que marca fuertemente el posterior desarrollo de la política pública, al reducir el ámbito de las posibles alternativas que se deben considerar. Es necesario recordar que una definición inadecuada del problema está en la base del fracaso de muchas políticas públicas.<sup>10</sup>

Segunda y tercera fase: *formulación y adopción de las alternativas de solución*. Incluye el establecimiento de las metas y objetivos, la detección y generación de los posibles caminos – alternativas– para llegar a los objetivos, y la valoración y comparación de los impactos de esas vías alternativas para seleccionar una o una combinación de ellas (Tamayo, 1997). Es una tarea exclusiva de los actores políticos, porque para que una política sea pública debe estar investida de

---

<sup>10</sup>. Se debe recordar que en esta fase es muy importante realizar varios pasos para llegar a definir el problema (la detección de los problemas, el diseño de la agenda y el deseo de crecer de las organizaciones públicas).

legalidad; es decir, que sólo desde el ámbito público se puede formular una política pública,<sup>11</sup> pero esto no quiere decir que se desconozcan las propuestas hechas por los diferentes actores sociales.

Cuarta fase: *adopción e implantación de la alternativa seleccionada*. Debe distinguirse de la simple puesta en marcha de una política, ya que la implantación de una alternativa seleccionada es el proceso de interacción entre los objetivos y los resultados; debe considerarse como un proceso, no como un momento. Es necesario que se entienda como un proceso de ensamblaje, donde la combinación de determinados elementos –recursos financieros, recursos humanos, normas, decisiones y capacidades administrativas– concurre en el logro final de la alternativa seleccionada, con los resultados esperados.<sup>12</sup>

Quinta fase: *evaluación de los resultados obtenidos*. Es la última del proceso de la política pública, pero esto no implica que deba aplicarse en ese orden; es necesario recordar que este proceso es cíclico, por lo que la evaluación puede ser la primera. El análisis de los resultados será el que lleve a una revisión del estado del problema que puede conducir a una nueva política, a la continuación de la existente o a su terminación. Tal como lo plantea Tamayo, la evaluación de políticas no es un simple instrumento técnico; es también un mecanismo político de primer orden. En los sistemas democráticos los productos de la evaluación tienen diferentes utilidades políticas: de control, de presentación de resultados, de legitimidad, de mantenimiento de la confianza, etcétera.<sup>13</sup>

La evaluación cumple la función política de ofrecer un mecanismo de justificación de las actuaciones ante los clientes/ciudadanos, incluso en los casos en que ésta constituye sólo una representación simbólica de la responsabilidad pública, sin consecuencias prácticas de tipo

---

<sup>11</sup> En esta fase, por ejemplo, Tamayo (1997) hace alusión a la influencia que tienen dos corrientes principales que se han generado en torno a esta fase: el racionalismo y el incrementalismo.

<sup>12</sup> En esta fase se manejan diversas formas de implementación de las políticas públicas (modelo *top-down*, la implantación como proceso de interacción entre las condiciones iniciales y los resultados esperados, como proceso de ensamblaje, el modelo *bottom-up*).

<sup>13</sup> Esta fase incluye diversas propuestas para evaluar una política pública, desde la evaluación anticipativa hasta la evaluación democrática, todas orientadas a encontrar una forma más viable de hacer evaluaciones reales del impacto.

correctivo. La última justificación de la evaluación es, pues, el ejercicio de la responsabilidad política y la búsqueda de lo que se ha denominado “eficacia democrática” (Bañon y Carrillo, 1994).

La evaluación, como el análisis de políticas, no es una disciplina autónoma, sino que toma de las disciplinas científico-sociales lo que necesita para realizar una “aplicación sistemática de los procedimientos de la ‘investigación social’ para valorar la conceptualización, el diseño, la implantación y la utilidad de los programas de intervención social” (Rossi y Freeman, 1989). La meta general de la evaluación es producir información que sirva para orientar y valorar las decisiones vinculadas al diseño, la gestión y el futuro de las políticas públicas.

En resumen, la elaboración e implementación de políticas de descentralización de los servicios de salud representa una oportunidad de excepción para modificar la institucionalidad existente y desarrollar una nueva que reduzca al máximo las oportunidades y la disposición para hacer un uso ilegítimo de los bienes colectivos o de la autoridad en beneficio privado, lo que hace que esta política, bien implementada por el Ejecutivo, con una amplia participación de los diversos actores sociales, genere en los entes subnacionales la oportunidad de administrar los recursos para cubrir las necesidades más perentorias de la población, y proveer así servicios con calidad, cobertura y accesibilidad. Un ejemplo sería incrementar el acceso a los servicios de salud de la población abierta<sup>14</sup> de Baja California.

### ***1.1.3 Las políticas públicas y la gestión intergubernamental (GIG)***

La gestión intergubernamental hace referencia a las transacciones diarias o relaciones informales entre los elementos gubernamentales que componen un sistema político-administrativo. En calidad de función de las relaciones intergubernamentales (RIG), la gestión marca el proceso de logro de

---

<sup>14</sup> Es decir, aquellas personas que no poseen la capacidad de pago para acceder a estos servicios, como la han denominado, para el caso de México, las políticas de descentralización trazadas desde los años ochenta.

objetivos, puesto que constituye un proceso mediante el cual los empleados encaminan sus actuaciones hacia objetivos concretos (Agranoff, 1997).

En relación con lo anterior, el estudio de las redes en la puesta en práctica de políticas intergubernamentales lleva a centrar más la atención en la GIG como un enfoque para resolver problemas a través de los contactos y las comunicaciones. En un estudio realizado en el Reino Unido, Rhodes descubre una serie de estrategias de gestión que muestran las reglas de juego que caracterizan a las unidades de gobierno, y las resume así: utilización burocrática de los recursos, incorporación de las autoridades locales en los procesos de decisión del centro, consulta con las autoridades locales, negociación e intercambio de los recursos, confrontación por la inconformidad, búsqueda de aliados en los otros gobiernos, negociación a que cada unidad de gobierno persiga su propia política, incentivos financieros que se ofrecen, creación de competencias profesionales y simplificación profesional al dividir los problemas (Rhodes, 1985).

Teniendo en cuenta el papel que desempeñan los gestores públicos en la implantación de programas intergubernamentales, Rosenthal (1984) recalca que esta GIG es diferente, porque la responsabilidad de realizar un servicio o garantizar su cumplimiento generalmente incumbe a una organización, pero su consecución corre a cargo de otras, lo que obedece, según el autor, a que existen condiciones de esta forma de gestión indirecta: responsabilidades compartidas entre los diferentes niveles de gobierno o las organizaciones involucradas; opiniones diferentes entre las diversas agencias gubernamentales, por ejemplo, respecto a los objetivos del programa; que el programa y las relaciones entre los gestores estén ya en marcha, y que los mecanismos o instrumentos se especifiquen para intercambio de recursos e información.

Estos estudios han hecho surgir una gran variedad de técnicas de GIG útiles en ciertas situaciones, ya sea por separado o en combinación con otros. Son diez los planteamientos más utilizados: planificación estratégica, liderazgo y visión; contactos entre los empleados públicos; influencia de los recursos intergubernamentales y privados; fomento de la capacidad; exenciones, programas modelo y programación especial; desregulación y flexibilidad regulatoria negociada;

elaboración conjunta de políticas o colaboración en el proceso de la elaboración de políticas; disminución del alcance de la supervisión central; cooperación horizontal/desarrollo de redes, y reorganización gubernamental/enfoques del grado de eficiencia (Agranoff, 1988; Agranoff, 1989).

## **1.2 Las relaciones intergubernamentales y la descentralización: aspecto fundamental que trasciende las pautas de actuación de un gobierno**

### **1.2.1 Concepto de las relaciones intergubernamentales (RIG)**

El objetivo principal de este apartado es analizar la implementación de la política de descentralización de la salud en el estado de Baja California a la luz del enfoque de las relaciones intergubernamentales, apoyado en las políticas públicas y la gestión. Este enfoque es considerado de gran importancia en el desarrollo de esta investigación, porque ayuda a entender mejor la distribución de competencias en los tres órganos de gobierno en este proceso descentralizador. Para conocer cómo se desarrolló este proceso, empezaremos por conceptualizar a las RIG.

La noción de *relaciones intergubernamentales*, según Wright (1997), sigue la definición propuesta por Anderson (1960): "...un importante contingente de actividades o interacciones que tienen lugar entre unidades de gobierno de todo tipo y nivel territorial de actuación". Pero según Agranoff (1997), las RIG deben trascender las pautas de actuación gubernamental constitucionalmente reconocidas e incluir, al mismo tiempo, una amplia variedad de relaciones entre el nivel nacional y el local, entre el nivel intermedio (estatal, regional o provincial) y el local, y/o entre las distintas unidades del gobierno local.

Las RIG se han convertido en lugar común entre quienes investigan la naturaleza de las negociaciones e interacciones de los tres órdenes de gobierno (Ugalde, 2002). Su utilidad radica en que éstas van más allá del análisis de las estructuras legales; es decir, tienen una clara orientación no jurídica. De ahí que se diga que los enfoques intergubernamentales no son jurídicos, si no por el contrario en ellos se contemple una alta variedad de organizaciones, conductas y pautas (Agranoff,

1997). En este sentido, las RIG, en su calidad de enfoque relativamente nuevo, no conllevan la carga política que ha acompañado a algunos sistemas de gobierno, como el federalismo. Es, precisamente, la connotación apolítica que tienen las RIG lo que incrementa su utilidad analítica (Wright, 1981).

Es necesario aclarar que las RIG no son exclusivas de los gobiernos federales; su origen se remonta a los años treinta en Estados Unidos, pero sin duda es un concepto que puede ser aplicable a diferentes sistemas de gobierno.

Como expone Eleazar (citado por Agranoff, 1997), las RIG no pretenden sustituir conceptos tales como el federalismo o la estructura de los sistemas unitarios, sino, por el contrario, ayuda a complementarlos; esto, a la vez, contribuye a tener en cuenta las nuevas realidades políticas y administrativas fruto de la expansión de los gobiernos.

Pero para entender mejor este concepto es necesario conocer los cuatro rasgos distintivos señalados por Wright (1997).<sup>15</sup> Ellos son:

- ***El número y la variedad de las unidades gubernamentales:*** Las RIG trascienden las pautas de actuación gubernamental reconocidas por la Constitución e incluyen una amplia variedad de relaciones entre los diversos ámbitos gubernamentales (nacional/local, intermedio/estatal, regional o provincial y local, y/o entre las diferentes unidades del gobierno local).
- ***El número y la variedad de funcionarios públicos que intervienen:*** En las RIG el recurso humano es importante. Éste está constituido por las actividades y actitudes del personal al servicio de las unidades de gobierno. De esta manera, Wright sostiene que, en sentido estricto, “no existen relaciones entre los gobiernos y que únicamente se dan relaciones entre las personas que dirigen las distintas unidades de gobierno”.
- ***La intensidad y regularidad de los contactos entre los funcionarios:*** En las RIG, las interacciones entre los empleados públicos suponen continuos contactos e intercambios de

---

<sup>15</sup> Es necesario aclarar que aunque estos rasgos distintivos se presentan para Estados Unidos, pueden ser de utilidad en otros contextos.

información y de puntos de vista, Wright opina que una de las preocupaciones más importantes de los participantes en las relaciones intergubernamentales es conseguir que los asuntos “salgan adelante”, propósito que se alcanza mediante diversos mecanismos informales, prácticos y orientados a fines concretos, desarrollados en el marco formal y legal en que se desenvuelven los distintos actores. Otra característica, según este autor, es que cualquier tipo de empleado de gobierno es, al menos potencialmente, un participante en los procesos intergubernamentales de adopción de decisiones. En este sentido, también se incluyen las personas que ocupan cargos de elección y que elaboran las políticas en todos sus niveles, así como gran parte de los empleados públicos, especialmente los que desarrollan programas del Estado de Bienestar (Rose, 1984).

- ***La preocupación por cuestiones de política (centrada principalmente en las finanzas):*** La dimensión política de las RIG es el conjunto de las intenciones y acciones (o inacciones) de los empleados públicos, incluyendo las consecuencias de dichas acciones. De ahí que la dimensión política que caracteriza a las RIG exige el examen de las interacciones entre los distintos actores de los diferentes niveles de gobierno que participan en la formulación, instrumentación y evaluación<sup>16</sup> de las políticas públicas.

Teniendo en cuenta lo anterior, la forma y el contenido de las normas que rigen las relaciones intergubernamentales implican un delicado equilibrio entre los intereses del gobierno central en el desempeño de los gobiernos subnacionales, por una parte, y las demandas de autonomía local, por la otra. Una reglamentación detallada resulta más adecuada en algunas

---

<sup>16</sup> Citando a Subirats (1994), me parece importante incluir la evaluación como “el proceso evaluador, que descompone o define los problemas sobre los que hay que actuar y el marco o arena propio de cada política; donde se identifiquen los individuos y los grupos afectados por esa política, se constaten las premisas o hipótesis de partida del programa y su priorización, se relacionen las asunciones de partida con las demandas constatadas; y se estudie el trabajo de síntesis de la información disponible”, lo que corrobora la necesidad de hacer de la evaluación un proceso ineludible en la formulación, gestión e implementación de las políticas públicas, y a la vez verla como una compañera amigable en la resolución de los problemas, olvidando el concepto “juzgador” con el que en la actualidad se le ve.

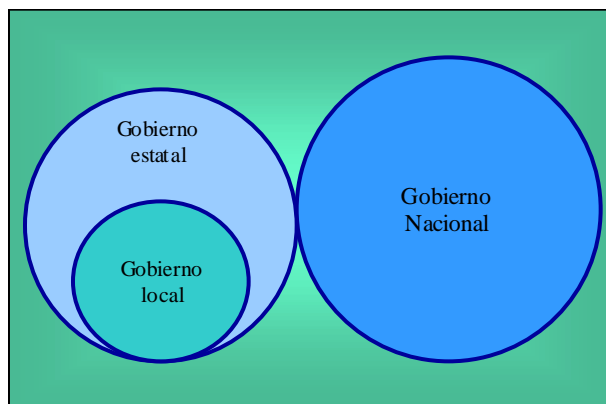


situaciones que en otras. Cuando los gobiernos subnacionales actúan de agentes del gobierno central, los reglamentos centrales son necesarios para asegurar que cumplan con su cometido. Por más descentralizado que sea un país, el gobierno central no deja de requerir que los subsidios de asistencia social financiados con fondos nacionales sean distribuidos de conformidad con los criterios federales (Burki *et al.*, 1999).

### **1.2.1.1 Modelos de relaciones intergubernamentales**

Estos modelos, aunque sencillos, posibilitan observar el entramado intergubernamental y también permiten la formulación de hipótesis (Wright, 1997). Los modelos muestran tres tipos de autoridad: coordinada (autonomía), dominante o inclusiva (jerarquía) e igual o superpuesta (negociación).

- **Modelo de autoridad coordinada:** Separa al gobierno nacional de los gobiernos estatales; sin embargo, incluye las unidades locales en los gobiernos estatales con dependencia. Aquí hay independencia y autonomía, y cada uno gobierna en su respectivo marco de acción.

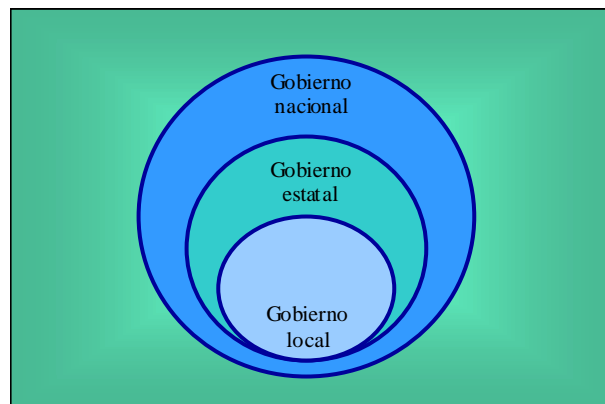


**Fuente:** Tomado de Wrioth (1997)

- **Modelo de autoridad dominante o inclusiva:** Expresa una naturaleza esencialmente jerárquica de la autoridad. Este modelo se basa en la suposición de que el gobierno nacional siempre trata de aumentar su capacidad para influir, lo que supone que las relaciones de dependencia implican pautas de poder. Como se puede apreciar en la gráfica, este modelo está representado por círculos concéntricos que disminuyen de tamaño: del nacional al estatal y al local.

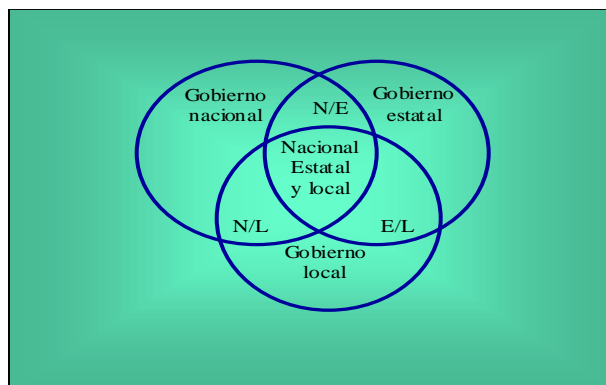
El área que está cubierta por cada círculo representa la proporción de poder ejercida por esa jurisdicción respecto a las demás. Este modelo pretende mostrar que la autoridad es jerárquica y se basa en la suposición de que el gobierno nacional desea expandir su poder hacia los estados y las unidades locales.

En este modelo, de acuerdo con Wright, son posibles dos estrategias: *a)* la reducción de los diversos poderes de los estados o de las localidades, o de ambos, y *b)* el aumento de las atribuciones del gobierno nacional (aumenta el círculo), aunque al mismo tiempo los poderes estatal y local pueden recibir o no aumento de poder (el gobierno decide si ensancha o no esos círculos).



- **Modelo de autoridad igual o superpuesta:** Presenta a las RIG como una conducta pautada, interdependiente y negociada entre funcionarios nacionales, estatales y locales. Muestra tres características: *a)* las áreas considerables de operación gubernamental incluyen, en forma simultánea, unidades o funcionarios nacionales, estatales y locales; *b)* las áreas de autonomía o de independencia de una sola jurisdicción y de plena discrecionalidad son relativamente pequeñas, y *c)* el poder y la influencia de cualquier jurisdicción o funcionario están limitados, aspecto que conduce a la negociación.

En este modelo, según el autor, los contactos y los intercambios entre funcionarios pueden ser simultáneamente cooperativos y competitivos; los factores determinantes tal vez incluyan problemas de política, la categoría de los funcionarios, las inclinaciones partidistas de los participantes y el electorado (local, estatal o nacional) representado. Este modelo es el que se adapta mejor a los acuerdos que implican negociación y caracteriza a las RIG contemporáneas.



**1.2.1.2 Fuente:** Tomado de Wriath (1997) *Instrumentos de las relaciones intergubernamentales*

Los modelos de referencia sugieren que las RIG se llevan a cabo de diversas formas, siendo los siguientes instrumentos una ayuda que contribuyen a entender mejor las RIG desde la perspectiva de Agranoff (1997).

- **Las relaciones fiscales intergubernamentales:** Para algunos expertos las relaciones fiscales son la esencia de las RIG, debido a la disponibilidad de los datos y a su planteamiento económico en lo que al gobierno se refiere. Pese a que la relación fiscal es fundamental, Agranoff sostiene que las determinaciones políticas y administrativas son más importantes para comprender las RIG.

En la mayoría de los países la asignación de las transferencias de los ingresos es competencia del gobierno central, independientemente de la forma en que sean gestionados, y ello genera que los controles del gasto sean impuestos por los niveles superiores del gobierno sobre los niveles inferiores. En este sentido, las subvenciones se han convertido en el principal mecanismo fiscal para conceder ayuda. Las tres principales formas son: *a)* las transferencias no condicionadas de fondos destinados al funcionamiento de los gobiernos subnacionales; *b)* las subvenciones en bloqueo o de amplio propósito, que están dirigidas a áreas específicas sin desglosar el gasto, y *c)* las subvenciones nacionales con propósito restringido, en las que se especifican las áreas a las que se destinarán y están sujetas a controles legales estrictos.

- **Las subvenciones intergubernamentales:** Dos de estas subvenciones –las que tienen fines específicos y en bloque – potencian una mayor interdependencia. Por ello Agranoff plantea que

algunos autores, como Oates (1972) y King (1984), afirman que estas ayudas financieras subvencionan programas que reportan beneficios al margen de la jurisdicción, puesto que actúan como un mecanismo de transferencias de fondos eficaces y a veces equitativos y pueden equiparar la capacidad fiscal de distintas jurisdicciones.

Otros autores<sup>17</sup> hacen alusión a lo que generan estas subvenciones en el nivel local. Aquí sobresalen dos aspectos, uno se relaciona con el beneficio de las subvenciones, y en este sentido analizan que las subvenciones que no están condicionadas se quedan en el destino original, y el otro concierne a la manera en que los gobiernos locales, cuando ven eliminadas estas subvenciones, recurren a la alza de los impuestos para cubrir la financiación perdida. En estas condiciones, Rose (1984) llama la atención en la necesidad de analizar los vínculos intergubernamentales que originan las subvenciones concedidas.

- ***La regulación intergubernamental:*** Ésta se refiere al conjunto de acciones realizadas por los gobiernos centrales, o de nivel superior, que establecen normas destinadas a influir en la conducta de los gobiernos subnacionales/subordinados. En este sentido la discusión es amplia, y aquí sobresale un aspecto clave en las RIG: el territorio. Un ejemplo de ello es dilucidar si la regulación debe ser una función del gobierno central o si las normas deben variar de acuerdo con las circunstancias locales, lo mismo que si los marcos legales deben ser competencia nacional, local o negociada.

De ahí que la regulación de las RIG no debe estar mediada sólo por asuntos económicos; es necesario incluir cuestiones de viabilidad política y efectividad de los programas. Cualquier programa de regulación efectivo se basa en criterios tanto políticos como económicos. Se suele decir que un programa regulador necesita tener un adecuado soporte político, estar basado en una teoría reconocida que identifique los principales factores y relaciones causales que afectan a los objetivos políticos, contener una estructura legislativa de implementación, considerar la asignación

---

<sup>17</sup> (Inman, 1989; Oates, 1990; Gramlich, 1987; Mirando, 1990)

de las agencias colaboradoras y poseer la capacidad de actuar e interactuar con sus colaboradores (Mazmanian y Sabatier, 1983, y Reagan, 1987, citados por Agranoff, 1997).

Esto exige la fijación de objetivos y programas más claros, y el establecimiento de los criterios de actuación que deben seguir los políticos y administradores de una forma más interactiva (Agranoff, 1997). Más importante aún, la eficacia intergubernamental requiere una adopción compartida de decisiones, es decir, crecientemente descentralizada, flexible e integrada, que implique diversos programas. Como consecuencia de esta tendencia, muchos países están empezando a prestar atención a las evaluaciones de las actuaciones y su rendimiento, en vez de enfocarse en los controles de cumplimiento, interesados ya en una gestión<sup>18</sup> basada en los resultados.

- ***Las estructuras gubernamentales:*** El interés por las estructuras de gobierno como indicadores de su conducta y de la política pública tiene implicaciones para las RIG. En un estudio realizado por Lijphart (1984), donde analiza 21 sistemas, establece dos grandes tipos de estructura gubernamental: el modelo mayoritario, que se caracteriza por sus estructuras unitarias y centralizadas, y el modelo de consenso, generalmente de corte federal y descentralizado. En este sentido, la clasificación de Blondell (1982) se basa en dos dimensiones: la de gobiernos unificados en contra de gobiernos divididos y la de adopción de decisiones jerárquicas en contra de la toma de decisiones colectivas.

En estas estructuras gubernamentales los gobiernos regionales están adoptando configuraciones federales, que los hacen más poderosos que meras autoridades descentralizadas, equiparándolos con los gobiernos intermedios de los sistemas federales (Agranoff, 1993; Monreal, 1986).

Por otro lado, es necesario mencionar aquí los tres cambios organizativos que prevalecen y que afectan las RIG: la consolidación de las organizaciones gubernamentales locales, la creación de

---

<sup>18</sup> Es importante mencionar a Aguilar (1992) quien haciendo referencia a la gestión, habla de la necesidad de una “**gestión pública inteligente**”, capaz de eliminar deficiencias, desvíos, incumplimientos, particularmente en las políticas que se encargan de las funciones básicas del gobierno frente a los ciudadanos.

las asociaciones intermunicipales y la intervención de las organizaciones no gubernamentales en la gestión de programas. En todos los países están naciendo estructuras regionales emergentes que afectan las pautas de las RIG introduciendo nuevos niveles de contacto interactivo (Agranoff, 1997).

- **Las fuerzas políticas:** La existencia de fuerzas políticas, sin duda, propone un marco interesante para el análisis político de las RIG en un país concreto (Rhodes y Wright, 1987). Desde el punto de vista de estos autores, el análisis político se refiere a la valoración política de las RIG como una comparación de los entornos de los gobiernos nacionales. Destacan tres importantes factores políticos unificadores de interés general: **la estructura institucional o legal**. Aquí las RIG tienen su punto de partida en un entendimiento del marco constitucional, legal y operativo sobre las interacciones políticas; **la ideología de las élites centrales**, por la que los autores identifican la igualdad normativa, el reformismo tecnocrático y el bienestar distributivo como las modalidades de respuesta ideológica del liderazgo político (esto incluye la ideología de la descentralización), y **el sistema de partido**, en el cual los partidos políticos son importantes medios de la política de las RIG. Para Rhodes y Wright, los partidos se encuentran entre los principales motores políticos, pues han moldeado las RIG, al tiempo que éstas han hecho lo mismo con los sistemas, configurándose mutuamente en términos políticos. Conjuntamente, los tres componentes –instituciones, ideologías y partidos políticos– ofrecen un marco útil para reflexionar sobre la política de las RIG (Agranoff, 1997).

- **Las acciones burocráticas y las comunicaciones intergubernamentales:** Teniendo en cuenta que las relaciones predominantes de las RIG son las actuaciones de los empleados públicos que ponen en práctica programas, estos comportamientos se han convertido, sin duda alguna, en un elemento esencial. Anderson (1960) considera que los “seres humanos desempeñando sus funciones públicas son los determinantes reales de cuáles serán las relaciones entre las unidades de gobierno. Por consiguiente, el concepto de RIG tiene que formularse básicamente en términos de relaciones y conductas humanas”.

En este contexto, por ejemplo, los papeles técnicos desempeñados por los empleados del gobierno central en las RIG constituyen otro importante elemento de actuación (Agranoff, 1997). En este sentido, las llamadas relaciones o lazos de confianza vinculan a los actores de las RIG y estos vínculos suelen nutrirse de valores y vocabulario común; la relativa autonomía de los departamentos del gobierno central para adoptar decisiones intergubernamentales claves; las relaciones de confianza producidas por los contactos continuos; los efectos distributivos de las subvenciones, que amplían el alcance de los programas, mejoran las carreras democráticas y “atan” los compromisos de recursos u otras consideraciones, y la representación de intereses especiales a través de los vínculos asociativos de los empleados públicos (Breton y Wintrobe, 1982, y Dupuy, 1985, citados por Agranoff, 1997).

### ***1.2.2 La importancia de las relaciones intergubernamentales (RIG) en la descentralización***

Las RIG constituyen una dimensión muy importante de los procesos de descentralización. Es indudable que existen muchos otros elementos de gran trascendencia que se deben observar en el contexto de la descentralización y cuyo análisis puede mejorar su comprensión. Por esa razón se insiste en analizar los problemas vinculados a las RIG y su influencia en la formulación e instrumentación de las políticas públicas en un entorno político descentralizado. Eso hace necesario recordar que estas relaciones se encuentran afectadas por las características formales y el funcionamiento efectivo del sistema político en los distintos niveles de agregación territorial. Un ejemplo de ello es la diferencia conceptual entre los “Estados federales” y los “Estados unitarios”, y lo que esto implica en las interacciones entre las distintas unidades de gobierno (Jordana, 2002).

Frente a las fuertes tradiciones centralistas de los Estados latinoamericanos, la nueva modalidad de gobierno en niveles múltiples hizo aflorar, aunque de forma bastante limitada inicialmente, un nuevo tejido de relaciones económicas, políticas y administrativas entre los distintos niveles de gobierno presentes en cada país. Este tipo de relaciones es lo que hoy se denominan

“intergubernamentales” (Jordana, 2002). Como es lógico, estas relaciones han sido analizadas desde distintas perspectivas teóricas y sus fortalezas y debilidades son ampliamente conocidas en los países más desarrollados (OCDE, 1997; Benz, 2000). Sin embargo, en América Latina las relaciones intergubernamentales se encuentran aún en construcción debido al reciente desarrollo de los procesos de descentralización –en muchos aspectos en fase de construcción o de revisión–, por lo que su estudio se encuentra en ciernes (Méndez, 1997; Jordana, 2001).

En este sentido, con la descentralización se rompe esta relación jerárquica o, para ser más precisos, se atenúa, ya que los políticos locales ahora deben su cargo al electorado, lo que hace que se sientan cada vez más motivados por una carrera política, cuyo éxito depende de las relaciones con los grupos de interés local y con los líderes de su partido (Burki *et al.*, 1999).

Por tanto, la descentralización no implica la soberanía subnacional, sino un nuevo conjunto de normas que definen la relación entre el gobierno nacional y los gobiernos subnacionales y sustituyen las reglas de la burocracia jerárquica. (En la práctica, este contraste entre regímenes autoritarios y regímenes descentralizados es algo exagerado. Pocos regímenes autoritarios en América Latina han logrado gobernar sin conceder algún grado importante de autonomía e influencia a los grupos de interés subnacional.)

Las RIG en los procesos de descentralización ofrecen la posibilidad de que los gobiernos subnacionales sean más sensibles a las necesidades y preferencias específicas de la población de cada jurisdicción, para de esta manera adaptar los bienes públicos locales que suministran y que sean más acordes con las demandas ciudadanas (Oates, 1999).

En este orden de ideas, la ausencia de relaciones intergubernamentales con una visión más amplia, es decir, de incorporación de los diversos actores sociales, hace que las propuestas que se discutan y se consoliden para implementar una política como la descentralización carezcan de fortaleza y, sobre todo, de diseños acordes con las necesidades reales de cada región.

Por ello es pertinente retomar a Wolman (1990) y sus tres dimensiones de la centralización-descentralización: *a)* la política, que hace referencia a la concentración y distribución de la toma de



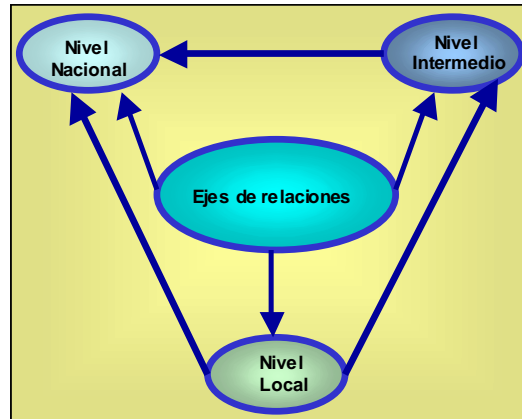
decisiones; *b*) la administrativa, relativa a la concentración o dispersión de la discreción administrativa, y *c*) la económica, que trata de la localización de las decisiones económicas. Estas dimensiones deben ser consideradas por las RIG. Según este marco, los actores intergubernamentales deben tener en cuenta: *a*) la gama e importancia de las funciones subnacionales, *b*) la autonomía concedida a los gobiernos subnacionales por delegación legal, *c*) la capacidad de los gobiernos subnacionales para captar recursos del sector público y *d*) el grado de dependencia de los gobiernos subnacionales respecto del financiamiento del gobierno nacional.

De acuerdo con lo anterior, Rodees (1981) afirma que las RIG deben trascender la dicotomía asumida del agente/colaborador subnacional y contemplar la centralización-descentralización como un conjunto de interacciones que ocurren en un marco de dependencia de poder. En esta dirección, Thompson (1967) sugiere que las relaciones central-locales se pueden examinar bajo la premisa de que las organizaciones gubernamentales se necesitan mutuamente para conseguir recursos y que la posesión de éstos es el elemento clave del poder. Por tanto, dice Thompson, hay que contemplar la centralización-descentralización como una relación recíproca que depende del control de los recursos.

En esta tendencia cabe destacar que hay mayor complejidad en las RIG cuando existen tres niveles de gobierno (local, intermedio y nacional) que cuando únicamente hay dos niveles (local y nacional). Con tres niveles se pueden producir simultáneamente tres ejes de relación distintos (local-intermedio, intermedio-nacional y local-nacional), mientras que con dos existe un solo eje (figura 3).

Si en los países con tres niveles administrativos existe descentralización política para los tres, se puede suponer que aumentará el nivel de complejidad de las RIG, en comparación con los países en donde las autoridades de uno de estos niveles están supeditadas jerárquicamente al nivel superior. Por lo general, este es el caso de los gobiernos intermedios nombrados por las autoridades nacionales, o en otras palabras, donde existe sólo descentralización administrativa (Jordana, 2002).

**Figura No. 3**  
**Ejes de relaciones distintas en gobiernos con tres niveles local, intermedio y nacional**



**Fuente:** Elaboración basada en lo expuesto por Jordana (2002).

Lo anterior hace ver en forma más clara lo que plantea Agranoff (1997) ante la percepción errónea que se tiene de que las RIG representan únicamente un fenómeno exclusivo de los países con sistemas federales, en los que el poder está dividido. Por el contrario, la práctica de las RIG prevalece en casi todos los sistemas, incluso en los llamados “sistemas unitarios”. La experiencia, como sostiene Ostrom (1985), muestra que ninguna democracia reserva todas las prerrogativas de gobierno a una sola entidad, y este autor agrega que los procesos de gobierno se realizan mediante múltiples estructuras de decisión, lo cual implica configuraciones multiorganizativas.

Por sus alcances y por el impacto que tiene en el desarrollo local y estatal, esta dimensión debe contar con una verdadera capacidad gubernamental, para que ejerza influencia sobre los cambios a la vez que genere la capacidad de adoptar decisiones políticas informadas e inteligentes, captar, absorber y gestionar recursos, y evaluar las actividades en desarrollo a fin de orientar la actividad futura para diseñar e implementar políticas públicas efectivas (Agranoff, 1997).

En estas circunstancias, se llama la atención para que en un proceso como la descentralización de los servicios de salud esté presente una propuesta de gestión intergubernamental con enfoque estratégico orientado a una verdadera gestión de las relaciones, que permita romper con el esquema tradicional de formular políticas públicas en forma vertical. En este

sentido, las RIG contribuyen notablemente a generar propuestas innovadoras tendientes a lograr eficacia, eficiencia y efectividad en su diseño e implementación.

### ***1.2.3 Las relaciones intergubernamentales (RIG) y la gestión intergubernamental (GIG)***

Las nuevas estructuras gubernamentales, sin duda alguna, conducen a una alineación de las estructuras gubernamentales tanto nacionales como subnacionales, a la vez que propician la creación de otras nuevas con el único fin de facilitar el funcionamiento del Estado y acomodar las nuevas y emergentes demandas políticas (Dente y Kjellberg, 1988; Page y Goldsmith, 1987, en Agranoff, 1997). Se puede adelantar, entonces, el fortalecimiento de los gobiernos regionales como una alternativa a la consolidación de los gobiernos locales, lo que a la vez le da gran valor al concepto de gobierno autónomo como un nuevo modelo de gobierno subnacional (Agranoff, 1997).

Es indudable que la descentralización incluye una devolución de responsabilidades operativas en la que la diversidad de las políticas públicas constituye un motivo más de preocupación en el proceso; por ello, el aspecto meramente administrativo ya no es la preocupación central de las políticas descentralizadoras. Como resultado de estos cambios, el énfasis de los gobiernos nacionales en las RIG ha ido generando cambios en la definición de los detalles de “la prestación de servicios” u “operaciones” de un marco legislativo apropiado, lo que también posibilita la flexibilidad en la ejecución (Agranoff, 1997).

Paralelo a la delegación de programas, los gobiernos nacionales han iniciado un desplazamiento hacia abajo (gobiernos subnacionales) de las cargas financieras; esto obedece, por una parte, a la creciente demanda política de servicios sociales y, por la otra, al decrecimiento de los recursos en el nivel central, lo que ha generado la necesidad del gobierno nacional de gestionar la política fiscal mediante el control del gasto de los gobiernos subnacionales (Walker, 1991; Eleander y Montin, 1990). En esta dirección, para muchos observadores este control nacional sobre las finanzas supone una tendencia contraria a la descentralización de los programas (Agranoff, 1997).

Finalmente, en esta relación RIG/GIG el mayor interés debe dirigirse a la eficacia en la gestión de las políticas. No basta con la gestión intergubernamental; es necesario también realizar ajustes a los programas y lograr así la efectividad o eficacia de los mismos. Tradicionalmente, los temas administrativos de preocupación en las RIG se han basado en la vigilancia legal, en auditorías fiscales e inspecciones, por lo que el enfoque de la GIG busca limar diferencias y fraguar los compromisos marginales para lograr resultados. La eficacia intergubernamental requiere una adopción interactiva de decisiones (es decir, crecientemente descentralizada, flexible e integrada) que implique diversos programas (Agranoff, 1991, 1992; Osborne, 1990). Esto ha originado cambios en la actuación de los gobiernos, ya que las evaluaciones se orientan a las actuaciones y rendimientos, en vez de a los controles de cumplimiento, interesados ya en una gestión basada en los resultados (Wholey, Abrahamson y Bellavista, 1986, citado en Agranoff, 1997).

### ***1.3 La descentralización como proceso dinámico: un paso del centralismo a la autonomía***

Una de las reformas institucionales más importantes que se han desarrollado en el mundo desde los años setenta es la descentralización del aparato estatal. El centralismo ha hecho que, a través de la historia, las entidades subnacionales estén en constante lucha por ganar autonomía y tener más independencia administrativa. En los últimos 20 años, los debates sobre si estas entidades debían continuar subordinadas al poder nacional hizo surgir todo un movimiento para otorgarles una serie de responsabilidades en la planeación y administración de programas, planes y proyectos para el desarrollo regional y local, acordes con las necesidades de cada una de ellas. Esto hace que nazca la descentralización con el objetivo principal de brindar más autonomía a quienes por décadas dependieron de un gobierno central.

No obstante, aún hoy y desde los años ochenta, este debate se mantiene sin lograr esclarecer las verdaderas responsabilidades de los estados o departamentos, de los municipios y del gobierno central; de ahí que analizar la descentralización sea muy importante, debido a que su eficiencia está

todavía en debate, puesto que, durante su implementación en varios países, ha presentado diversas deficiencias que no se han podido aún superar.

Los diferentes estudios realizados para analizar la ejecución de la política de descentralización han encontrado muchos vacíos legales que han hecho de esta política algo todavía incipiente y de poco estudio en aspectos específicos tales como el legal, el económico y el de impacto social.

En cuanto a América Latina, se puede decir que ha contado con una larga tradición de gobiernos centralizados, y por eso, para comprender los motivos que han impulsado la descentralización en este continente, es necesario primero entender los orígenes del centralismo que la precedió.

Según algunos observadores, la centralización se remonta a la época colonial. El legado de España a América Latina fue una tradición de centralización extrema en la toma de decisiones de Estado, un control autocrático que reflejaba los mecanismos de los que por tradición se valía la Corona para resolver los conflictos con las élites locales de España (medidas similares también se adoptaron en las leyes para América Latina), y el temor de la Corona a perder el control de los adelantados: los primeros exploradores que establecieron sus propios dominios en el “nuevo” continente (Nickson, 1995).

Los historiadores también advierten las raíces culturales y económicas del centralismo en aspectos tales como: *a)* la aceptación de la autoridad fomentada por la modalidad del catolicismo practicada en la región (autoritaria y aliada con grupos conservadores), *b)* la profunda desigualdad en las relaciones sociales, *c)* la alta concentración de la propiedad de la tierra (lo que a su vez fijó los límites económicos entre patrones y peones), *d)* el bajo nivel de educación prevaleciente y *e)* la marginación de los pueblos indígenas de la política nacional (Domínguez, 1994, citado en Burki *et al.*, 1999). Así mismo, el centralismo fue una reacción a las guerras civiles que se sucedieron a lo largo y ancho de la América de habla hispana en el siglo XIX y una condición vital para consolidar el Estado-nación (Germani y Silvert, 1994, citado en Burki *et al.*, 1999).

Hacia los años sesenta se percibió un aumento en las funciones del gobierno central. La rápida urbanización descubrió la incapacidad de los gobiernos locales para satisfacer las progresivas demandas de infraestructura urbana. Casi todos los gobiernos latinoamericanos reaccionaron, no fortaleciendo a los gobiernos municipales, sino creando nuevas entidades estatales que relevaran a las municipalidades en su función formal de prestadoras de servicios en el ámbito local. La consecuencia fue que durante las décadas de los cincuenta y sesenta se llevó a cabo un amplio proceso de “desmunicipalización”, y la responsabilidad por la prestación de servicios tan importantes como suministro de agua potable, transporte, vivienda pública, atención de salud primaria y educación fue traspasada al gobierno central (Nickson, 1995).

La reacción espontánea de los gobiernos a los primeros síntomas de la crisis fue centralizar aún más. Inclusive mientras prevaleció el funcionamiento democrático del Estado, a medida que el centralismo aumentaba, una creciente exclusión fue abriendo cauce a la inequidad, a un menor respeto por los equilibrios sociales antes logrados, lo que, junto con la exclusión misma, dio lugar a movimientos sociales radicales. En la mayoría de los casos, la tendencia centralizadora llegó al extremo de la instauración de dictaduras, que, dependiendo de su duración, han causado efectos negativos en términos de cultura política democrática (Finot, 1997).

Durante el transcurso de los años setenta se puso en evidencia que el Estado enfrentaba una progresiva crisis de legitimidad<sup>19</sup> en muchos países de América Latina, no sólo en aquellos regidos por militares, sino también en las llamadas democracias civiles (Little, 1997, citado en Burki *et al.*, 1999).

---

<sup>19</sup> Vale la pena mencionar aquí los planteamientos que realizan Bañón y Carrillo (1994), basados en Lipset y Habermas, sobre lo que implica la legitimidad en un sistema político. Según estos autores, la estabilidad de cualquier democracia depende, entre otros factores, de la eficacia y de la legitimidad de su sistema político: la “legitimidad implica la capacidad del sistema para engendrar y mantener la creencia de que las instituciones políticas existentes son las más apropiadas para la sociedad” (Lipset, 1987). En esta misma línea, Habermas expone que la crisis de racionalidad –que ocurre cuando el sistema político interviene para limar o suavizar las crisis de la economía, es decir, cuando desplaza el problema del ámbito económico al sistema político, generando a la vez una especie de desorganización administrativa– del aparato económico puede generar problemas de legitimidad en el sistema político. Así pues, la racionalidad o la eficacia de la administración se convierten en una variable que influye en la legitimidad de un sistema político, y son éstas las causas que posiblemente originaron durante los años setenta las crisis de legitimidad de los países latinoamericanos.

Este hecho ha originado que la manera concreta de delegar el poder de los gobiernos centrales sea variada. Países como Colombia, por ejemplo, que emprendieron la descentralización hacia 1983, ligan este proceso al mantenimiento de la estabilidad política, dado el crecimiento de los grupos guerrilleros. En otros países, como Venezuela, México y Chile, durante esta misma década, el cambio más trascendental fue de índole política. Un ejemplo de ello fue la elección de gobernadores en Venezuela, la celebración de elecciones pluripartidistas para cargos subnacionales en México, la descentralización educativa en Chile. Mientras que otros países, como Brasil, centraron este proceso en la distribución de los ingresos (Burki *et al.*, 1999).

Llama la atención que estas reformas estructurales implementadas en América Latina durante la década de 1980 se orientaron a la transformación del papel del Estado, modificando así los criterios y las prioridades de la política económica en general y de la política social en particular. En el ámbito social, las reformas estuvieron dirigidas principalmente a sustituir la concepción paternalista por un Estado subsidiario, cuya acción se concentró en las funciones de financiamiento, regulación y diseño de la política social.

Al mismo tiempo se observó una tendencia a modificar los criterios de asignación de recursos, de tal forma que progresivamente han adquirido mayor importancia las razones de focalización y eficiencia en su uso (Di Gropello *et al.*, 1998). De ahí que la descentralización, como lo plantean diversos autores (Agranoff, 1997, citando a Smith, 1985; Colman, 1990; Finot, 1997; Di Gropello *et al.*, 1998, y Burki *et al.*, 1999) transformó a partir de los ochenta la estructura del ejercicio de gobernar en América Latina y pasó a ocupar un papel muy importante en las políticas públicas<sup>20</sup> en los últimos años.

En cuanto a los procesos de descentralización política, se puede afirmar que, si bien han significado una profundización de la democracia y han hecho más viable una mayor eficacia en la acción del Estado, con frecuencia los gastos todavía tienden a crecer más que los ingresos locales,

---

<sup>20</sup> El camino está en fortalecer el papel del Estado como formulador y financiador de las políticas públicas, orientadas primordialmente al área social, asegurando la universalidad de los servicios de salud y educación, y a la creación de instrumentos que ayuden a promover el desarrollo económico (documento del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo –CLAD–, 1998).

los avances en materia de participación son limitados y, en algunos casos, la descentralización está acentuando las desigualdades sociales. Una de las causas de que la descentralización política aún no ha generado los resultados que se esperaban de ella sería el conflicto entre objetivos de eficiencia y equidad que generan las transferencias no condicionadas al aporte local, pero sí direccionadas, porque con ellas están siendo financiadas las nuevas competencias de los gobiernos locales. En efecto, esta no condicionalidad reduce sustancialmente las potencialidades en materia de eficiencia e inclusive de participación, pero en el caso del gasto social entraría en contradicción con el objetivo de la equidad (Finot, 1996).

Sin duda, la elaboración y creación de políticas de descentralización representan una oportunidad excepcional para modificar la institucionalidad existente y desarrollar una nueva en el escenario local que reduzca al máximo las oportunidades y la disposición para hacer un uso ilegítimo de bienes colectivos o de la autoridad en beneficio privado, lo que hace que estas políticas bien manejadas por el Ejecutivo den a los municipios la oportunidad de administrar los recursos para solventar las necesidades más sentidas de la población y prestar servicios con calidad, cobertura y accesibilidad.

La descentralización como política puede traer muchos beneficios para un país, siempre y cuando se encuentre apoyada con recursos humanos, materiales y económicos eficientes, eficaces y suficientes. En el caso de la descentralización de la salud, en México, y en países como Chile, Venezuela y Colombia, han sido muchos los obstáculos que ha tenido que enfrentar, dado que por intereses políticos las instituciones han sido las primeras en cerrar las puertas a las nuevas propuestas, además de que con frecuencia el recurso humano, aunque ha mostrado interés en asumir estas iniciativas, no ha estado lo suficientemente capacitado para asumirlas; en el caso de los recursos económicos y de la disposición de infraestructura para atender a la población que demanda servicios de salud, no han sido los suficientes para poder aplicar la política y, sobre todo, cumplir con los objetivos de accesibilidad, equidad y disponibilidad.



Desde la perspectiva de la equidad y la ampliación y mejora de la calidad de bienes públicos como la salud, la descentralización ofrece en teoría ventajas derivadas de una provisión local de servicios que fomenta una mayor responsabilidad y control de los usuarios y de las respectivas comunidades, lo que puede traducirse en una gestión social más eficaz, pero en vista de las disparidades de ingresos y disponibilidad de capital humano de los estados, este traspaso de responsabilidades sociales puede tener un serio impacto en términos de equidad territorial.

Para lograr los resultados esperados en cuanto a la eficacia de la gestión social, sin afectar la consecución de los objetivos de equidad que guían dicha gestión, es necesario, por lo tanto, combinar el apoyo al desarrollo institucional de las entidades territoriales con el diseño de sistemas de transferencia que garanticen la equidad en la asignación de recursos públicos del gobierno central.

### ***1.3.1 La descentralización: un concepto complejo***

La descentralización debe ser vista como un proceso multidimensional que tiene dinámicas políticas, fiscales y administrativas. En términos generales, puede definirse como un proceso de transferencia organizada y ordenada, del gobierno nacional o central a otra autoridad o institución de nivel subnacional o local, de atribuciones gerenciales y de capacidades para administrar recursos humanos, económicos y financieros del ámbito regional, departamental o municipal, con el fin de mejorar la eficiencia del Estado y generar una mejor redistribución social, con políticas que enfrenten la pobreza, aumenten la participación ciudadana y reduzcan la corrupción; en definitiva, lograr una mayor gobernabilidad<sup>21</sup> democrática (Finot, 2001).

---

<sup>21</sup> El concepto *gobernabilidad* se puso en boga en América Latina en el tránsito de los ochenta a los noventa, cuando una mayoría de los gobiernos de la región no terminó normalmente su período, y aunque actualmente se use poco –tal vez por no haber generado lecciones importantes–, a principios de la década del 2000 vuelve a ser el fantasma que recorre América Latina. La ingobernabilidad se debe a la crisis de los sistemas políticos, sin cuya superación no es posible la reforma del Estado ni una auténtica modernización de las administraciones públicas (Tomassini, 2003).

El análisis de la lógica y consecuencias de la descentralización es complejo por la variedad de conceptos que comprende una reforma de este tipo. De acuerdo con Rondinelli, Nellis y Cheema (1984), la descentralización puede ser definida como la transferencia de responsabilidades en la planificación, gestión, obtención y distribución de recursos, del gobierno central y sus agencias, a las unidades de campo de agencias del gobierno, unidades o niveles subordinados del gobierno, autoridades o corporaciones públicas semiautónomas de mayor presencia, autoridades regionales o funcionales, u organizaciones no gubernamentales privadas y voluntarias.

En general, la literatura (Rondinelli *et al.*, 1984; CEPAL, 1993; Di Gropello *et al.*, 1998; Finot, 2001) distingue tres formas principales de ver la descentralización, cuyas diferencias más significativas radican en el grado de autonomía de la toma de decisiones de las unidades subnacionales en relación con el gobierno central y en el alcance de las responsabilidades transferidas: *i*) desconcentración<sup>22</sup> de responsabilidades en los niveles menores por parte de los ministerios o agencias del gobierno central con poder de decisión limitado; *ii*) delegación o transferencia de responsabilidades de gestión –de ciertas funciones específicamente definidas– a organizaciones públicas, que pueden estar situadas fuera de la estructura burocrática del gobierno central (corporaciones públicas, empresas privadas reguladas públicamente, autoridades de desarrollo de áreas y planificación regional, y otras), por lo general con autoridad semi-independiente para ejecutar las tareas, y *iii*) *devolución*,<sup>23</sup> consistente en la transferencia de responsabilidades de gestión a las unidades subnacionales de gobierno (gobiernos locales, unidades administrativas) o a unidades públicas en general, que deben ser claramente percibidas como entidades independientes sobre las cuales las autoridades centrales ejercen poco o ningún control directo; es decir, que tengan autonomía en la ejecución de sus actividades.

En la práctica, sin embargo, no es fácil identificar las experiencias reales de descentralización con alguna de estas tres formas organizacionales, porque la mayoría de las

---

<sup>22</sup> La desconcentración ha sido quizás una de las formas más usadas en el inicio del proceso de descentralización tanto de América Latina como de los demás continentes. Ver los aspectos presentados en la serie de Política Fiscal de Naciones Unidas (1993).

<sup>23</sup> Del inglés “devolution”, que se refiere a una forma de descentralización con transferencia total del poder.

experiencias corresponden a tipos híbridos<sup>24</sup> que combinan elementos de por lo menos dos de las formas de descentralización ya mencionadas. Por ejemplo, es común encontrar casos en los que una descentralización con entrega de amplias responsabilidades a los gobiernos locales se combina con limitaciones de la autonomía en la toma de decisiones, lo que la hace más similar a una desconcentración o delegación que a una devolución.<sup>25</sup> Por el contrario, las corporaciones públicas y las autoridades especiales creadas en el contexto de un proceso de delegación pueden tener un grado importante de autonomía, mucho mayor que el usual en tales formas de descentralización. Además, el alcance de las responsabilidades y la autoridad discrecional de los gobiernos subnacionales variará con frecuencia según la función involucrada (recolección de impuestos, construcción y mantenimiento de infraestructura, implementación de esquemas de desarrollo rural, provisión de servicios de educación y salud, etcétera).

En este orden de ideas, se pueden exponer aquí tres aspectos conceptuales de la descentralización revisados por Cabrero (1998).<sup>26</sup> El primero es la *desconcentración administrativa*, cuyas iniciativas, según el autor, se caracterizan por estar orientadas hacia el aparato gubernamental y buscan fundamentalmente la delegación de funciones administrativas a niveles inferiores o regionales de los mismos organismos. El segundo es la *descentralización gubernamental*, pues sus iniciativas van orientadas a la cesión de atribuciones plenas en decisión y recursos a otros ámbitos de gobierno que cuentan con una autonomía relativamente alta del nivel central, o a otras dependencias de gobierno con autoridad propia. Y por último, está la *descentralización hacia la*

---

<sup>24</sup> Descentralización con limitaciones de autonomía.

<sup>25</sup> Cabrero (1998) realiza un análisis de las experiencias en países industrializados –Francia, España, Suecia, Canadá, Estados Unidos y Japón– y en países latinoamericanos –Colombia, Argentina, Bolivia, Ecuador y México– y muestra la combinación de estos elementos en cada país, dejando ver así la complejidad del proceso de descentralización.

<sup>26</sup> En este orden de ideas, es relevante analizar cómo Cabrero (1998) expone lo que sucede con cada una de esas variables. En cuanto a la *desconcentración administrativa*, sostiene que es muy prolongada en el tiempo, ya que se busca un incrementalismo cuidadoso para mantener la capacidad de control –dado que se asume que perder el control es perder gobernabilidad, se mantiene aún la visión centralista–. La fase de *descentralización gubernamental* también se prolonga mucho a lo largo del tiempo, puesto que en cada conflicto que surge entre el gobierno central y los regionales y locales la “corrección” se traduce en una recentralización para recuperar el control del proceso. Finalmente, la *descentralización hacia la sociedad civil* es titubeante y excesivamente lenta, porque es vista solamente como un proceso de legitimación del grupo gobernante; según el autor, para llegar a esta fase pasarán varias décadas.

*sociedad civil*, cuyas iniciativas tienen como fin la cesión de espacios de decisión a organizaciones no gubernamentales (ONG's) y a otras agrupaciones de la sociedad civil.<sup>27</sup>

Estos planteamientos dejan ver claramente que el concepto de descentralización está expuesto a ser visto desde diferentes ángulos, y a la vez está influenciado por las condiciones políticas (gobiernos federales, unitarios y de dictadura), económicas, sociales y culturales de cada país. Así, cualquier intento de clasificar sin ambigüedades el proceso de descentralización de un país es realmente ilusorio.<sup>28</sup> Al final, es necesario realizar un cuidadoso análisis, caso por caso, por país y por sector, para detectar la naturaleza precisa del proceso<sup>29</sup> (Di Gropello *et al.*, 1998).

### **1.3.2 Razones que originaron la descentralización**

La descentralización como tal transformó la estructura del ejercicio de gobernar en el mundo. Su origen puede tener diversas razones (Cabrero *et al.*, 1992).

En Estados Unidos, hacia los años setenta, se habla de la crisis institucional y de legitimidad por la que está pasando el aparato administrativo norteamericano. Según Farazmand (1984), los factores son el término de la guerra de Vietnam, la crisis energética, el déficit presupuestal, la balanza comercial y la percepción y actitud del público hacia el gobierno. Esto originó la llamada “administración pública”, corriente que critica la excesiva centralización del proceso de toma de decisiones en la Casa Blanca. En Canadá, por ejemplo, la crítica más importante al Estado se enfoca en el excesivo centralismo y, por lo tanto, en su falta de atención hacia las

---

<sup>27</sup> Es importante mencionar aquí a Tomassini (2003), cuando expone: “La sociedad civil en América Latina es débil. Ello se debe a las características que adquirió el Estado, la economía, la sociedad y la política desde la época colonial; esta debilidad no ha sido superada a pesar de los progresos alcanzados en materia de participación electoral, expansión de la base empresarial, similitud de oportunidades para la base social o con respecto al género. La debilidad de la sociedad civil en Latinoamérica no sólo tiene una base histórica y sociológica sino que tiene, también, una contrapartida en el centralismo, la introversión y el hermetismo del Estado. Los proyectos políticos y legislativos que se han emprendido para ampliar la participación ciudadana en las políticas y la gestión pública han incursionado, con dificultades, en criterios y medidas que induzcan a los servidores públicos a abrir la puerta de su despacho a las visitas e iniciativas ciudadanas en un plano principalmente informativo o consultivo”.

<sup>28</sup> Puede ser incluso difícil caracterizar el modelo de descentralización adoptado en el ámbito de un determinado sector, por las diferencias que se pueden dar entre las áreas geográficas de un mismo país, estado o municipio, por ejemplo.

<sup>29</sup> Estos conceptos se irán desarrollando y discutiendo en el marco teórico; por ejemplo, la relación que tienen la descentralización y las relaciones intergubernamentales.

diversas provincias y grupos que conforman el país. La iniciativa más visible en pos del cambio administrativo ha sido la desconcentración de las oficinas nacionales de la ciudad capital (las decisiones se siguen tomando en la capital).

Otros países, como Japón, iniciaron una reforma de grandes dimensiones en 1981, en la que la devolución de funciones y autoridad del gobierno central a los gobiernos locales fue inicio de un proceso descentralizador. En su caso, Francia adopta medidas para resolver la crisis económica de 1986, entre ellas la conformación de un movimiento significativo hacia la descentralización en beneficio de las autoridades regionales y locales, y hacia la desconcentración en favor de los servicios públicos autónomos.

Jamaica adoptó en 1974 el Programa de Reforma Administrativa, cuyo primer esfuerzo fue la descentralización de la autoridad hacia los diferentes ministros de gobierno. Por su parte, en Haití, en ese mismo año, el gobierno orientó sus esfuerzos a lograr la descentralización y el desarrollo regional del sector público, mientras países como Burundi buscaron en 1976 un cambio en las instituciones administrativas, cambio que se reflejó principalmente en un reajuste en los departamentos del gobierno central y en la distribución de funciones interdepartamentales.

En otros países, como Pakistán por ejemplo, la descentralización no ha sido puesta en práctica casi en ningún caso, y las acciones se han dirigido más bien a la desconcentración de oficinas gubernamentales.

En América Latina, desde 1983 todos los países más grandes de la región, excepto Cuba, han puesto en marcha la transferencia de poder, recursos y responsabilidades hacia entidades subnacionales de gobierno. La descentralización también se ha presentado en la forma de transferencia de las principales responsabilidades funcionales (transferencias fiscales, políticas y de servicios como la salud y la educación).<sup>30</sup> La descentralización ha pasado a ocupar un papel básico

---

<sup>30</sup> Descentralizar la ejecución de los servicios públicos es una tarea esencial en el camino de la modernización del Estado latinoamericano. En primer lugar, las funciones que pueden ser realizadas por los gobiernos subnacionales y que antes correspondían al gobierno central deben ser descentralizadas. Esta medida procura no sólo obtener ganancias en eficiencia y efectividad, sino también aumentar la fiscalización y el control social de los ciudadanos sobre las políticas públicas (documento del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo –CLAD–, 1998).

en las políticas públicas<sup>31</sup> en los últimos años. Son dos las razones que explican este hecho, que se reducen a una razón: político-económica (Agranoff, 1997;<sup>32</sup> Finot, 1997; Di Gropello et al., 1998; Burki et al., 1999).

En el ámbito político, cabe señalar que, más allá de las instituciones<sup>33</sup> formales señaladas para medir la descentralización, no se debe olvidar la estructura de incentivos y restricciones que siguen las instituciones informales. Éstas suelen estar presentes de forma menos visible en cada comunidad y devienen capitales para entender y, por ende, valorar la dinámica de representación y participación política y cívica (Bardhan, 2002).

Pero otorgar autonomía política a los gobiernos locales no asegura mejorar los servicios públicos. Para empezar, existe el riesgo de que las élites políticas se adueñen de ellos. El traspaso de la facultad de toma de decisiones de los administradores del gobierno central a las élites locales puede dar lugar al deterioro de la calidad de los servicios, al menos para la mayoría de los votantes (Burki *et al.*, 1999).

En un estudio realizado sobre países latinoamericanos se encontró que una inquietud surgida en estos países se relaciona con las capacidades técnicas de los funcionarios de los gobiernos locales. En casi todos los países de la región se han instaurado programas destinados a fortalecer la capacidad técnica de los gobiernos subnacionales, una política que ha sido más exitosa cuando se ha organizado como coparticipación de información que cuando se trata de una asistencia técnica proveniente de un nivel superior destinada a alcaldes renuentes (Burki *et al.*, 1999).

Sin embargo, este movimiento descendente se ha producido por más motivos que los meramente administrativos: existe una mayor preocupación por la diversidad de las políticas

---

<sup>31</sup> El camino está en fortalecer el papel del Estado como formulador y financiador de las políticas públicas, orientadas primordialmente al área social, asegurando la universalidad de los servicios de salud y educación, y a la creación de instrumentos que ayuden a promover el desarrollo económico (documento del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo –CLAD–, 1998).

<sup>32</sup> Citando a Smith (1985).

<sup>33</sup> Vale la pena mencionar aquí a Wiesner (1997), quien trabaja el modelo neoinstitucional y el papel que juega en el proceso de descentralización. Este autor subraya que entre las condiciones más importantes que debe cumplir la descentralización está el desarrollo de un marco institucional en el ámbito local que guíe el proceso en forma eficiente a lo largo del tiempo. Considera que sin ese fortalecimiento institucional local la devolución de recursos y de competencias podría exceder la capacidad local para su buen manejo, o que a nivel político local se podría generar una menor transparencia política y fiscal.

públicas que se deben desarrollar, para que permitan un ajuste entre el suministro de servicios y las demandas locales concretas. En este sentido, existe también una mayor preocupación por incluir un grado de responsabilidad de los programas ante los ciudadanos afectados y el electorado local, a fin de conseguir unos objetivos accesibles, una actuación local eficaz y una adaptación local rápida ante las circunstancias cambiantes (Agranoff, 1997).

En el ámbito económico, un factor importante que origina la descentralización es la crisis de financiamiento externo que afectó a la mayoría de los países a comienzos de los años ochenta: la incorporación de los equilibrios macroeconómicos como componente central de la política económica, en general, ha constituido una limitación importante en el diseño de la política social y ha hecho que las posibilidades de expansión e innovación de tal política tiendan a restringirse fuertemente por la tasa de crecimiento de la economía.

Dados los insatisfactorios resultados en materia de crecimiento económico, el énfasis en política se pone de manera creciente en mejorar la eficiencia del gasto social; así, el aumento de la eficiencia del gasto público social es el principal desafío de la política social y representa la motivación más importante de las diversas reformas que se han hecho en América Latina.<sup>34</sup> En este contexto, en los países latinoamericanos los procesos de descentralización constituyen uno de los mecanismos que apuntan a mejorar la eficiencia de los programas sociales (Di Gropello *et al.*, 1998).

En Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, México y Nicaragua, entre los procesos de reestructuración del Estado la descentralización aparece como una forma de incrementar la eficiencia en la provisión de servicios estatales, especialmente de servicios sociales, en cuya prestación no existen economías de escala importantes. La mayor flexibilidad de la gestión y el mayor acceso a información sobre las preferencias y necesidades de la población local refuerzan los

---

<sup>34</sup> Ante este escenario económico, es importante mencionar que en la primera generación de reformas se priorizó la dimensión financiera de la crisis del Estado. Así, las reformas orientadas al mercado, sobre todo la apertura comercial, fueron las principales medidas tomadas en los años ochenta (documento del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo –CLAD–, 1998).

argumentos en favor de la eficiencia de la prestación descentralizada de servicios (Di Gropello *et al.*, 1998).

De igual manera, entre las razones económicas de interés fiscal se destaca la esperanza de que una descentralización de los gastos, con la reducción del tamaño del sector público central, pueda ayudar a reducir el déficit público (se trata de una esperanza a menudo ilusoria, por el comportamiento fiscal poco responsable de los niveles subnacionales) y a fomentar, indirectamente, procesos de privatización de los servicios (Di Gropello *et al.*, 1998).

En el aspecto económico surgen muchas divergencias de cómo lograr, mediante un manejo equitativo de presupuestos, eficiencia y calidad en los procesos de descentralización. Autores como Burki *et al.* (1999) opinan que, frente a la información asimétrica entre el gobierno central y los gobiernos subnacionales y a la incertidumbre acerca de la situación macroeconómica en general, las intervenciones del gobierno pueden fácilmente fomentar situaciones de inequidad e ineficiencia si se efectúan mediante transferencias financieras que no toman debidamente en cuenta estas variables.

Otros factores que pueden generar una serie de inequidades, que repercuten directamente en la eficiencia y calidad de la descentralización, están en el nivel económico, y se relacionan con la incapacidad que tienen los gobiernos subnacionales en el manejo de los recursos. Existe el riesgo que muchos no estén preparados para asumir esta responsabilidad y sean incapaces para gestionar recursos, establecer relaciones intergubernamentales y enfrentar causas externas, como volatilidad económica, transferencias recibidas, reformas fiscales y tratados internacionales que incluyen, por ejemplo, procesos de apertura económica (Di Gropello *et al.*, 1998).

Dado que las restricciones a los impuestos locales son muy elevadas, en la mayoría de los países latinoamericanos se da un alto desequilibrio fiscal vertical (gastos de los entes subnacionales que se financian con ingresos propios), que generalmente se cubre con transferencias<sup>35</sup> del gobierno

---

<sup>35</sup>En relación con el tema de las transferencias en el proceso de descentralización, existen muchas controversias sobre la forma en que éstas deben otorgarse y en que se deben utilizar. Una de estas posturas está orientada a ver cómo el aumento



central. No obstante, el sistema de transferencias fiscales intergubernamentales suele ser un esquema complejo que recoge más tareas que las de simplemente ajustar ingresos y gastos subnacionales (Bird, 2001). Los sistemas de transferencias no incluyen uno sino varios tipos de ellas; por ello es importante observar cómo se determina el monto que se va a transferir, así como también de qué manera se distribuyen las transferencias entre distintas jurisdicciones.<sup>36</sup>

Otro factor importante es el grado de discrecionalidad del gobierno central tanto en la determinación del monto como en la distribución del mismo. Si este gobierno goza de una gran discrecionalidad, los gobiernos subnacionales tienen unas restricciones presupuestarias menos estrictas y, por ende, menores incentivos para actuar con responsabilidad fiscal. Esta afirmación se basa en que en un sistema discrecional las transferencias tenderán a asignarse a las jurisdicciones que se encuentren en dificultades financieras y que no alcanzan a cubrir sus gastos con los recursos de que disponen.

Los países latinoamericanos presentan importantes diferencias en cuanto a la capacidad de endeudamiento de sus gobiernos subnacionales. Este elemento es crucial para entender la actuación fiscal de las diferentes jurisdicciones. La autonomía para el endeudamiento, así como las transferencias discrecionales, puede crear restricciones presupuestarias poco rígidas en los

---

significativo de las transferencias intergubernamentales, si bien pueden aumentar el nivel del gasto local –con gran incertidumbre desde el punto de vista de la eficiencia del gasto público–, pueden acentuar también el déficit fiscal del gobierno nacional. Esto puede ser aún más crítico si en el diseño del sistema de transferencias no se incluyen criterios explícitos y transparentes que promuevan la eficiencia, el esfuerzo fiscal y la equidad en la asignación de recursos y provisión de bienes públicos. El ejercicio de transferir competencias y recursos es bastante complejo y por lo general –por lo menos en su fase inicial– conlleva repercusiones fiscales para el gobierno nacional. En la práctica no se da un proceso simultáneo de transferencias de competencias y recursos, lo que obedece a diversas razones, entre otras, de tipo institucional, político, económicas y técnicas, que imposibilitan un resultado fiscal por lo menos neutral y por el contrario derivan costos netos adicionales para las finanzas de los países. Sin embargo, las expectativas son, frente a este posible desbalance inicial, que una vez superada la etapa de transición que este proceso conlleva se los gobiernos subnacionales asuman efectivamente las nuevas competencias y se reduzca el nivel del gasto del gobierno nacional. No obstante, los resultados de la experiencia latinoamericana hasta ahora son poco alentadores. Ver Oates, 1972; Naciones Unidas, 1993; Aghón, 1993; Finot, 1997; Burki *et al.*, 1999; Penfold, 2000, y Bird, 2001.

<sup>36</sup> Oates (1972), Naciones Unidas (1993), Aghón (1993), Finot (1997), Burki *et al.* (1999), Penfold (2000) y Bird (2001) plantean la discusión relacionada con el proceso de asignación, distribución, control, autonomía del gasto, etc., de los niveles subnacionales en un proceso de descentralización. Es importante recordar que los aspectos relacionados con el manejo fiscal y el gasto público se han convertido en la piedra angular de los procesos de descentralización de los gobiernos tanto federales como unitarios, sobre todo como lo plantean estos autores, pensando en la equidad y eficiencia en el gasto público.

gobiernos municipales, de modo que éstos tal vez se endeuden desmesuradamente y tengan serias dificultades financieras (Penfold, 2000). Esta actuación puede devenir en un aumento indeseado del déficit general del país, ya que los gobiernos centrales suelen acudir al rescate financiero de los gobiernos estatales o municipales (Di Gropello *et al.*, 1998).

De esta manera, un endeudamiento excesivo de los niveles inferiores de gobierno puede desembocar en una importante inestabilidad macroeconómica (Prud'homme, 1995), y para evitar que esta situación se produzca, los Estados deben dotarse de unas restricciones presupuestarias más estrictas, como plantean Dillinger *et al.* (2000) y Fukasaku *et al.* (1999). También deben propiciarse las condiciones institucionales para que un avance en la descentralización económica no sea incongruente con el objetivo de imponer restricciones presupuestarias estrictas a los niveles subnacionales de gobierno. Éstas condiciones pueden inducirse mediante el aumento de la capacidad recaudatoria de los gobiernos descentralizados y la reducción del grado de discrecionalidad del sistema de transferencias, y limitando el grado de autonomía de endeudamiento de esos gobiernos (Stein, 1999).

Dada la magnitud de los cambios que han acontecido en los países de América Latina a raíz de la descentralización, sería útil contar con un marco normativo para abordarla, a saber: un conjunto de pautas para asistir a los países que se encuentran bajo la presión de descentralizar, no sólo para mantener su estabilidad política, sino para mejorar su eficiencia y capacidad de respuesta en la prestación de los servicios públicos y al mismo tiempo mantener la estabilidad macroeconómica y la equidad en la entrega de dichos servicios (Burki *et al.*, 1999).

Estos cambios, no obstante, reflejan un amplio consenso entre los diferentes gobiernos sobre la importancia de avanzar en el proceso de descentralización, pero a la vez pueden dificultar el logro de las metas de estabilidad macroeconómica, sobre todo cuando el efecto que tienen estos nuevos mecanismos fiscales para los presupuestos nacionales es de una magnitud considerable. Si no se crean condiciones adecuadas en términos del apoyo institucional y de administración financiera y coordinación intergubernamental, la descentralización puede plantear serios problemas

tanto para la asignación y distribución del gasto público como para la estabilización macroeconómica (Aghón, 1993).

La descentralización política es una transferencia de responsabilidad a los entes locales para que provean de bienes y servicios públicos a la población. La generación de esos bienes se puede realizar tanto en forma directa, a través de procedimientos predominantemente democráticos o predominantemente administrativos, como mediante la competencia económica, según el tipo de bienes. Lo decisivo para la eficiencia es inducir la participación ciudadana en los procesos de asignación, sea política o económica.

Si tomamos en cuenta la forma centralizada en que históricamente se han tomado las decisiones en los países latinoamericanos, las crisis económicas y de legitimidad de los gobiernos constituyen los dos elementos para que la descentralización comenzara a tomar fuerza a finales de los años setenta. De ahí que, si se analizan las dos razones más importantes que originaron la descentralización, se puede decir que tanto la económica como la política se presentan como dos factores que, sin duda, llaman la atención para que el gobierno central reconozca la importancia que tienen los gobiernos subnacionales en el manejo político y económico de un país.

## **Capítulo II: La descentralización de la salud en México: un proceso continuo de cambio**

Según Cardozo (1997), la salud y la educación han sido las áreas en las que la descentralización ha tenido más fuerte impulso en México. Plantea esta autora que la preocupación por la descentralización en México se deja sentir fuertemente en el período 1982-1988, al igual que en otros países latinoamericanos, entre ellos Perú, Colombia, Brasil, Argentina, Costa Rica, Chile y Venezuela.

Si se hace un recorrido histórico en lo que a los servicios de salud mexicanos se refiere, diversos analistas<sup>37</sup> que han examinado este proceso coinciden en afirmar que se pueden encontrar períodos de tendencia centralizadora, otros orientados a la descentralización y etapas de coexistencia de ambos procesos.

Exponen los autores citados cómo al finalizar la Colonia la mayoría de los hospitales pasaron a depender de las autoridades municipales, debido a que las constituciones de 1824 y 1857 no otorgaron esta competencia al gobierno federal, la que quedó a cargo de estados y municipios.

Más adelante, hacia 1861, se regularizó la situación de los hospitales, que quedaron bajo la administración de las entidades federativas. Pero en 1877 se inició un proceso centralizador y pasaron a depender de la beneficencia pública. En 1908 se les atribuyó a los estados la competencia en salubridad local, y hacia 1917 la Constitución respetó esa disposición pero creó el Consejo de Salubridad General y como autoridad sanitaria federal al Departamento de Salubridad.

Entre 1918 y 1929 se gestaron los antecedentes que culminaron con la elaboración de un proyecto de Ley de Seguro Social (estos sistemas de seguro eran no obligatorios). Este proyecto, si no llegó a tener vigencia, sí sentó las bases para que los servicios de salud se reconocieran como servicio federal de un organismo centralizado. En 1934 entró en vigor la Ley de Coordinación y

---

<sup>37</sup> Cardozo, 1997; Cabrero, 1997; Rodríguez, 1997; Ornelas, 1998; Merino, 2003.

Cooperación de Servicios de Salubridad, que favoreció el establecimiento de convenios entre el Departamento de Salubridad Pública y los gobiernos de los estados. Es durante el cardenismo que se inició la política de atención a la salud en las áreas rurales y cuando se crearon los Servicios Coordinados de Salud Pública como órganos desconcentrados.

En 1937 nació la Secretaría de Asistencia, que más adelante, en 1943, se fusionaría con el Departamento de Salubridad para convertirse en la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En 1942 se promulgó la Ley del Seguro Social, que establecería un servicio público nacional obligatorio cuyos beneficiarios serían los trabajadores urbanos y el proletariado industrial. Su administración fue delegada al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como organismo descentralizado, financiado por contribución tripartita (Estado, empleadores y trabajadores) y con personalidad jurídica y patrimonio propio.

En 1959 aparece un programa similar que cubriría las necesidades de salud de los trabajadores del Estado, llamado Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); la mitad de los beneficiarios de este instituto estaba en el Distrito Federal. Al igual se crearon otras empresas descentralizadas para atender las necesidades de grupos específicos, como los trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX), Ferrocarriles Nacionales de México, Comisión Federal de Electricidad y Secretaría de Marina (SEMAR), etc. Pese a la creación de organismos descentralizados, este período se caracterizó por ser centralizador en las decisiones de salud en el ámbito federal y limitó en gran medida la participación de estados y municipios.

En 1960 se crearon el Instituto Nacional de Protección a la Infancia y la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, unidos después en 1977 para conformar el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Hacia 1973 se creó el Programa de Solidaridad Social IMSS-CONASUPO, un proyecto que tuvo una corta duración pero que fue recuperado después, en 1979, para la creación del Programa de Servicios Médicos IMSS-COPLAMAR, dirigido a grupos indígenas y marginados del campo y las ciudades.

Es necesario recalcar que durante los gobiernos de Luis Echeverría (1970-1976) y José López Portillo (1976-1982) la necesidad de desconcentrar y descentralizar la administración pública se materializó con mucha agudeza en planes y programas (Programa de Reforma Administrativa, Ley del Distrito Federal, etc.); sin embargo, esto fue insuficiente para revertir el proceso centralizador del poder político y de las funciones administrativas. Aquí sobresale la desconcentración de los servicios médico-asistenciales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia a través del código sanitario de 1973 y de los Convenios Únicos de Coordinación suscritos con los estados en 1976 (Cardozo, 1997).

En 1978 se elaboró el Plan Nacional de Desarrollo Urbano, en el marco del Plan Global de Desarrollo, éste estaba orientado a desconcentrar a la población del Distrito Federal con la creación de polos de desarrollo en 11 ciudades.

Los autores ya citados también coinciden en reconocer que la descentralización llegó a ser un tema clave en la agenda política presidencial de Miguel de la Madrid (1982-1988).

Para el sector salud, según estos autores, los hechos más relevantes se orientaron al reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud en 1983, con la reforma al Artículo 4 de la Constitución mexicana, y la promulgación de la Ley Nacional de Salud en 1984. El más importante de los pasos dados para facilitar la descentralización de este sector fue la descentralización de la Secretaría de Salud mediante esta ley y la formulación de los decretos de 1983 y 1984, con los que:

“Se descentralizan a los gobiernos estatales los servicios de salud, que presta la Secretaría de Salubridad y Asistencia en los estados y los que dentro del Programa de Solidaridad Social por Participación Comunitaria, denominado ‘IMSS-COPLAMAR’, proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social” (DOF, 1984).

Este programa, según diversos informes y estudios realizados,<sup>38</sup> no tuvo muchos progresos. Una clara prueba de esto consiste en que sólo 14 (Tlaxcala, Nuevo León, Guerrero, Jalisco, Baja California Sur, Morelos, Tabasco, Querétaro, Sonora, Colima, México, Guanajuato, Aguascalientes y Quintana Roo) de los 32 estados que conforman el país habían entrado en una reorganización de

---

<sup>38</sup> Ver Cabrero, 1997; Rodríguez, 1997; Cardozo, 1997; Burki *et al.*, 1999; Di Gropello *et al.*, 1998.

los servicios de salud, mientras que los demás continuaron funcionando bajo la dirección central, proceso que se llevó a cabo entre 1985 y 1987.

En este proceso, el gobierno de Salinas de Gortari (1988-1994) continuó con esta línea de descentralización. Un claro ejemplo fue que uno de los puntos básicos en torno a los cuales se organizaba su plan de gobierno era el de la descentralización a través del Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL). Salinas se comprometió a fortalecer la reforma municipal y otros programas orientados a la desconcentración administrativa, principalmente en los sectores de salud y educación.

El mayor logro de la descentralización en la agenda política gubernamental ocurrió bajo el Nuevo Federalismo del presidente Ernesto Zedillo (1994-2000), aunque algunos autores, como Rodríguez (1997), consideran que esto fue resultado de la presión ejercida por diferentes actores de la política social para remediar los abusos de la centralización excesiva. Durante la gestión de Zedillo se puso en marcha el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, con fundamento en los artículos 4, 26, 73-fracción XVI, 115 y 116-fracción VI de la Constitución y demás relativos a la Ley Estatal de Salud y de la Secretaría de Salud, con el propósito de acercar la toma de decisiones y los presupuestos de los servicios de salud a los lugares en que éstos se prestan.

Así, el Ejecutivo federal aprobó, el 20 de agosto de 1996, el Acuerdo Nacional de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud. En el terreno fiscal, cabe destacar las modificaciones hechas el 29 de diciembre de 1997, con las que se aprueba la adición del capítulo V para normar las transferencias de la Federación a los estados de los Fondos de Aportaciones en la Ley de Coordinación Fiscal (Ramo 33), entre los que se encuentra el Fondo de Aportaciones para los Servicios de la Salud (FASSA).

Finalmente, en noviembre de 2002, la administración del presidente Vicente Fox (2000-2006) introdujo una nueva propuesta de reforma a la Ley General de Salud. La reforma, llamada “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud”, se aprobó el 30 de abril de 2003 y se publicó el 15 de mayo del mismo año en el *Diario Oficial de la Federación*, y

tiene por objeto regular el Sistema de Protección Social en Salud que se establece en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud: “dar servicio y atención de la salud a todas las familias mexicanas, a través del llamado seguro popular. El nuevo esquema se propone integrar al sistema de salud a 45 millones de mexicanos en forma gradual”<sup>39</sup> (Anexo 1).

## **2.1 *Implantación de la estrategia descentralizadora***

Un principio fundamental que guió el proceso de descentralización en México fue el *gradualismo*. Se decidió que los estados asumieran la responsabilidad en cuanto a desarrollar la capacidad necesaria. Así mismo, no todas las funciones, las facultades y los recursos se les transfirieron en forma simultánea. Ante el dilema de fortalecer los servicios para poderlos descentralizar o de descentralizarlos para fortalecerlos, se escogió una solución que buscó fortalecerlos hasta el punto en que pudieran ser descentralizables y después, una vez dado este paso, continuar su fortalecimiento. Aquí se hace necesario recalcar que no todas las entidades federativas tenían las mismas capacidades de gestión ni contaban con los mismos recursos; por esto, el proceso de descentralización debió ser cauteloso a fin de hacer la transferencia sólo cuando la capacidad de respuesta de los estados fuera factible. Lo anterior fue válido, sobre todo, en el nivel de descentralización estatal-municipal, pues existían muchos municipios pequeños que no podían asumir la responsabilidad. Así pues, el gradualismo fue un elemento conductor del proceso guiado por la certificación de los avances en la etapa de coordinación programática señalada en el decreto descentralizador de 1984 (Valdés, 1988).

En la etapa de coordinación programática los gobiernos estatales adquirirían las capacidades de operación de los servicios, con base en el cumplimiento de 14 instrumentos referentes a distintos aspectos: la definición de un sistema estatal de salud, la formulación de la ley

---

<sup>39</sup> Esta reforma puede considerarse un avance para el logro de los objetivos trazados en la política de descentralización de la salud, enfocados a la mejor prestación de los servicios de salud en el país; sin embargo, dada su reciente aprobación, es necesario esperar un plazo para conocer sus resultados.



estatal de salud, el financiamiento, el procedimiento de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención del sistema, el sistema de adquisiciones, el manejo del personal, el sistema de información, por mencionar los principales. El Subcomité de Salud y Seguridad Social del Comité de Planeación de Desarrollo (COPLADE) de cada entidad federativa sirvió de pivote para coordinar los esfuerzos de la coordinación programática, que podrían traducirse como “aprender a descentralizar descentralizando”. En la Secretaría de Salud se organizó un Consejo de Descentralización, integrado por representantes de las áreas superiores, y la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública de los estados, que a través de los años había crecido en forma desproporcionada, fue simplificada al máximo para propiciar el directo entendimiento entre la instancia estatal y las oficinas centrales.

En las entidades federativas se nombró un funcionario de la administración central, designado como comisario, para vigilar directamente la gestión descentralizadora desde la perspectiva federal. La Comisión Interna de los Servicios Coordinados y la Comisión de Vigilancia del IMSS- COPLAMAR hacían lo conducente en cada estado para avanzar el proceso en lo referente a la operación directa de los servicios. Una vez cumplidos razonablemente los instrumentos antes señalados, se procedía a la segunda etapa: la integración orgánica (descentralización cabal), constituyendo los Servicios Estatales de Salud (SESA) con la fusión de los Servicios Coordinados de Salud, el IMSS- COPLAMAR y los servicios de salud que existieran en los niveles estatal y municipal. Los SESA podían asumir estructuras distintas (departamento, instituto, etcétera), acordes con la organización estatal y en debido respeto a su conveniencia y decisión, producto del Pacto Federal. Para la operación de los SESA o sus equivalentes, se cedieron en comodato las instalaciones federales al gobierno estatal y se transfirió la tutela de mando de los empleados federales de la SSA al gobierno estatal. A juicio de estos gobiernos, se podría continuar con el apoyo directo de las oficinas centrales mediante convenios específicos que, al respecto, se suscribían por tiempos determinados. Uno de los aspectos primordiales fue el financiamiento de los servicios, ya que se requería el incremento de los recursos, pues la descentralización cuesta dinero

dado que se deben tener mejores servicios; pero al mismo tiempo se buscó un mejor balance entre la aportación estatal y la federal, aspirando a una proporción del 40 y 60 por ciento, respectivamente. Antes, esta proporción oscilaba entre el 5/95 y 15/85 por ciento.

Con el fin de cuidar el armonioso funcionamiento de los SESA, en 1986 se creó el Consejo Nacional de Salud, integrado por el secretario de Salud federal y, por invitación expresa, los gobernadores estatales y los titulares de los SESA. Aquí se hizo énfasis en que en el decreto correspondiente se especificara que el secretario de Salud federal debía conducir, pero no presidir ni dirigir, los trabajos del Consejo, a fin de que prevaleciera la igualdad con sus homólogos. Se hicieron, por lo menos, tres evaluaciones del proceso descentralizador y de sus resultados, y aun cuando se identificaron fallas y desviaciones, el balance fue positivo. En efecto, se advirtió que después de un período de ajuste, en el que disminuía la productividad, se lograba alcanzar un nivel de 25 por ciento, superior al que existía antes de la descentralización.

## ***2.2 Factores que afectaron el proceso de descentralización de los servicios de salud***

Hubo tres problemas estructurales que desde un principio limitaron el alcance de la descentralización en México (Academia Nacional de Medicina, 1994). Éstos fueron:

- **La segmentación del sistema de salud.** El cuidado de la salud de los mexicanos en el momento de implementarse la política de descentralización de la salud se dividía entre los beneficiarios de la seguridad social (IMSS, ISSSTE y otros organismos estatales), los protegidos por instituciones con servicios propios (Fuerzas Armadas, Petróleos Mexicanos) y la población abierta que no tiene acceso a los servicios mencionados (Secretaría de Salud, Departamento del Distrito Federal, algunos servicios estatales y municipales). La legislación vigente y las previsibles consecuencias políticas obligaron a circunscribir el proceso de descentralización a los servicios de salud destinados a la población abierta.

- **Los diferentes regímenes laborales.** Los trabajadores de la Secretaría de Salud pertenecían al apartado B, los del IMSS- COPLAMAR al apartado A y los estatales a sistemas diversos.
- **Los esquemas de financiamiento.** Éstos eran diversos y la distribución de los recursos entre los niveles de gobierno no permitía a los estados y municipios asumir responsabilidades crecientes en el financiamiento de los servicios.

De todas formas, es importante identificar otros factores que, en favor o en contra, representaron un peso en la descentralización de los servicios de salud a la población abierta (Academia Nacional de Medicina, 1994). Éstos fueron:

**En forma favorable:**

- La voluntad política del primer mandatario. La descentralización fue uno de los principios básicos en el gobierno de De la Madrid, cuyo interés constante y decidida intervención cuando había que superar problemas resultó determinante.
- La adecuada planeación y la definición de instrumentos para lograr los propósitos de la etapa de coordinación programática, empezando por la jurídica.
- La entusiasta participación del personal directamente comprometido en el proceso, tanto en el ámbito central como en el estatal.
- El apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); con esta última hubo una interacción continua a lo largo del proceso. Cabe citar que la relación con estos organismos facilitó que la experiencia mexicana tuviera repercusión internacional.

**Factores desfavorables:**

- **La actitud de complacencia con la situación creada por una prolongada centralización.** Esto se refiere a la resistencia a transferir la función, puesto que ésta significa poder de quien la ha ejercido y poca inclinación a asumir nuevas responsabilidades de quien ha sido dependiente, lo que se aplica tanto a instituciones como a personas.

- **La limitación económica.** La descentralización tiene que llevar a un balance más adecuado entre las aportaciones federal y estatal y también es necesario invertir recursos para fortalecer los servicios, de modo que sean descentralizables; así que hay que superar rezagos ancestrales. Tómese en cuenta que el gasto en salud, a precios constantes, disminuyó en un 37 por ciento entre 1982 y 1988. De hecho, éste fue el factor principal para que la descentralización sólo pudiera realizarse en 14 estados (Tlaxcala, Morelos, Guerrero, Jalisco, Baja California Sur, Tabasco, Sonora, Nuevo León, Querétaro, Guanajuato, Colima, Estado de México, Aguascalientes y Quintana Roo), en donde residía el 42 por ciento de la población del país.

- **El costo y la complejidad de la descentralización en el Distrito Federal.** A lo largo del sexenio se hicieron continuos intentos por descentralizar los servicios en el Distrito Federal, pero siempre surgieron razones para posponerlo, con base en el temor de que los posibles percances en la transferencia trajeran consecuencias políticas. El terremoto de 1985 también pesó adversamente.

- **La oposición del Instituto Mexicano del Seguro Social a la descentralización.** En todo momento hubo reiteradas manifestaciones contra la transferencia de los servicios dependientes del IMSS- COPLAMAR a los gobiernos estatales; se hacían gestiones con los gobernadores para posponerla. También la retención del personal de mayor responsabilidad en el IMSS- COPLAMAR en la infraestructura del IMSS equivalía a recibir los servicios sin el liderazgo habitual.

Otros factores que limitaron el avance de la descentralización fueron:

- **La designación de los titulares de los Servicios Estatales de Salud toca a los gobernadores en los estados descentralizados.** Se pugnó siempre porque fueran nombradas personas calificadas; pero no siempre fue posible, porque en las designaciones siempre contaron los nexos afectivos y los compromisos políticos.

- **La gran movilización del personal.** La formación de recursos humanos calificados fue una de las estrategias del cambio estructural en la salud, ya que es un componente esencial en el fortalecimiento de los servicios. Sucede que los esfuerzos de capacitación se frustran, en buena medida, cada vez que se da un cambio en los titulares de los servicios, pues hay una gran tendencia

a sustituir a las personas con responsabilidades actuales con otras ya conocidas o por compromisos políticos. Una sana movilidad es deseable, pero se llegan a dar casos extremos.

- **La regresión centralizadora.** Las ancestrales prácticas de funcionar centralizadamente determinan una tendencia a volver en ese sentido cuando surgen problemas en el proceso, pues se argumenta, sobre todo, que la falta de capacidad local es la responsable de esas perturbaciones. En vez de diagnosticar con certeza la dificultad para aplicar el correctivo necesario, se recurre a retornar a las oficinas centrales ciertas funciones y recursos. El cambio obligado de funcionarios en el nivel central y estatal favoreció esta regresión.

### ***2.3 Primeros estudios realizados para analizar la política de descentralización de los servicios de salud en México***

Teniendo en cuenta que la política de descentralización de los servicios de salud en México sucedió en dos etapas: la primera hacia 1983, con 14 estados, y la segunda a partir de 1993, con la totalidad de los estados, a continuación se describe brevemente el resultado de los primeros estudios orientados a analizar los impactos de esta política en el país.

En un estudio donde analiza la primera fase (1983-1996), Ornelas (1998) encuentra cómo en el desempeño del Sistema Nacional de Salud entre 1983 y 1995, en cuanto a la cobertura, calidad y eficiencia, los índices cuantitativos de recursos humanos para la salud, de unidades médicas y de consultas mejoraron y redujeron el desnivel de estos indicadores entre la población derechohabiente y la abierta. Esto se reflejó en los datos de 1988, donde la relación médico/personas entre la población asegurada era 2.2 veces mayor que en la población abierta, mientras que en 1995 esta relación era solamente de 1.6.

El mismo autor plantea que otra forma de observar las disparidades y al mismo tiempo estimar los efectos de la política descentralizadora consiste en comparar los resultados de los estados descentralizados con aquellos que no aceptaron la responsabilidad que el gobierno federal les quería transferir en los años ochenta. A pesar de que el conjunto de estados descentralizados

estuvo levemente por encima de la media nacional del PIB per cápita y arriba también del promedio del grupo de los estados no descentralizados, su desempeño medido en índices de calidad y cobertura ha sido por lo general ambiguo.

Ornelas plantea que es casi imposible determinar quién paga y cuánto se paga por la salud en México; nadie sabe cuánto gastan los estados y los municipios, ni cuánto se recupera mediante las cuotas voluntarias en los servicios públicos. Lo que se sabe es que durante 1987 y 1988 las diferencias en el crecimiento de las unidades médicas entre los estados centralizados y los descentralizados se hacen incluso más marcadas al considerar una muestra de estados que incluye Colima, Guerrero, Jalisco, México, Nuevo León y Tlaxcala, entre los **descentralizados**, y Baja California, Campeche, Coahuila, Durango, Oaxaca, Puebla y Veracruz, entre los **centralizados**: mientras que el crecimiento de las unidades médicas en el **segundo grupo** fue de 45 por ciento, en el primer grupo llegó tan sólo a 20 por ciento.

En el área de los servicios de salud se mantuvieron las proporciones iniciales en las consultas generales. El hecho de que las consultas hayan crecido más que las unidades médicas en los estados descentralizados puede indicar alguna ganancia de eficiencia en el indicador consultas/unidades. Sin embargo, el reducido dinamismo de la inversión en unidades médicas puede también ser indicio de una menor calidad en la atención brindada. De hecho, al revisar los resultados de la Segunda Encuesta Nacional de Salud, se advierte que casi el 20 por ciento de los usuarios de los servicios de salud coinciden en que la calidad de la atención recibida es mala. Los motivos principales de la insatisfacción son los tiempos de espera y la omisión de acciones de los prestadores de los servicios. Entre la población abierta, la frustración entre los no pobres es del 20 por ciento, en tanto que entre los pobres es del 31 por ciento y entre los más pobres es de 47 por ciento (Ornelas, 1998).

Leyva (1997) realizó una investigación en los años 1988-1989 orientada a observar la utilización de los servicios de salud con el fin de evaluar los resultados de la descentralización. Para ello se estudiaron dos estados socioeconómicamente y con disponibilidad de servicios de salud

semejantes: Guerrero (descentralizado) y Oaxaca (no descentralizado); los resultados mostraron que la descentralización consiguió mejorar el acceso a los servicios de salud a los grupos de población urbana y desfavoreció a los grupos rurales.

En 1993 se llevó a cabo otro estudio en Tabasco y Campeche, en 32 localidades rurales cercanas a la frontera con Guatemala, para conocer los patrones en la utilización de los servicios de salud por enfermos febriles en áreas de transmisión del paludismo. Se consideró a la fiebre como indicador de un proceso infeccioso que podía o no corresponder al paludismo. Esto es relevante debido a que los problemas infecciosos representan la primera causa de la demanda de servicios en salud de primer nivel de atención en México. Se comparó la utilización de los servicios de salud por enfermos febriles entre Campeche (no descentralizados) y Tabasco (descentralizados). Fueron entrevistados 817 enfermos, de los cuales el 55 por ciento fue atendido en casa, el 16.4 por ciento utilizó los centros de salud y el 17 por ciento fue atendido por colaboradores voluntarios de salud, sin encontrarse diferencias entre los estados. Las variables predictoras de utilización de centros de salud por los enfermos febriles fueron: disponibilidad de centros de salud en localidad de residencia, percepción de gravedad y edad febril (Leyva, 1997).

Aunque se esperaba que la descentralización de los servicios de salud aumentara el acceso de la población a las unidades de primer nivel, los análisis mencionados no mostraron tal beneficio. Por lo tanto, se requirió analizar cuáles fueron las características organizativas de las instituciones de salud, la disponibilidad y distribución de los diversos recursos para la atención y las condiciones socioeconómicas y de salud de la población, como factores determinantes para alcanzar los propósitos de la descentralización: “incrementar el acceso de la población a los servicios de salud”.

En este contexto, en un estudio empírico desarrollado en tres estados: Aguascalientes, San Luis Potosí y Zacatecas, Cabrero (1997) hace alusión a la forma en que se manejó el proceso de descentralización en el período (1988-1992), haciendo especial énfasis en el papel que desempeñaron los estados y los municipios y en la invisibilidad de los mismos, dado el papel que

jugó en ese momento el PRONASOL con el Convenio Único de Desarrollo Social, firmado con los gobernadores de los estados para formalizar los acuerdos y compromisos conjuntos de inversión.

De acuerdo con este autor, esta coordinación se enfocó más en la comunidad que en los mismos entes territoriales. Lo que más se buscó fue la participación de los grupos sociales, dejando la reestructuración del aparato administrativo en sus ámbitos estatal y municipal, más como una consecuencia derivada, que como una meta específica del proceso descentralizador.

Otro reflejo de la forma en que este programa desdibujó al estado y al municipio del proceso descentralizador fue su diseño, ya que se dio como una estructura en ocasiones paralela y en otras transversal al aparato administrativo formal, es decir, pasando directamente del Ejecutivo a la comunidad, si era necesario, dejando virtualmente de lado los ámbitos estatal y municipal, o conectando diversos niveles de las secretarías y dependencias del sector central sin seguir necesariamente los procedimientos jerárquicos establecidos.

Este hecho, según el estudio realizado, debilitó los ámbitos locales de gobierno, sobre todo en su primera fase, y aunque luego se intentó rescatar la participación de los gobiernos locales, en general prevaleció el primer enfoque. Lo paradójico de esta estrategia, puntualiza Cabrero, es que, en la medida en que el PRONASOL ganaba eficacia, rompía la de por sí débil institucionalización de los mecanismos ya diseñados antes para hacer posible la descentralización.

En las entrevistas realizadas<sup>40</sup> y en los documentos revisados en los tres estados del estudio, expone Cabrero que los gobernadores y presidentes municipales quedaron excluidos de la toma de decisiones durante cuatro años, hecho que desestructuró las configuraciones que se habían generado en las relaciones intergubernamentales con la iniciativa descentralizadora de De la Madrid, configurando una estructura más centralizada, casi monopólica, de decisión.

---

<sup>40</sup> Para este estudio se realizaron 28 entrevistas con delegados federales en los estados, secretarios y directores del gobierno estatal. El autor expresa que su objetivo era abarcar también el ámbito municipal; pero debido al tiempo, explica, aunque se realizaron algunas entrevistas, dado que no se lograron cubrir algunos de los municipios, no se incluyeron. El objetivo de las entrevistas fue detectar los mecanismos ocultos que parecían determinar el sentido y ritmo de los procesos de decisión, a fin de encontrar ciertas regularidades en la forma en que algunos actores de las diferentes entidades federativas concebían, percibían y reconstruían los procesos de la política de descentralización, y enfatiza el autor que el reto aquí fue llevar a los entrevistados más allá del “discurso oficial”.



Según el estudio, también se encontró que los espacios de autonomía en los ámbitos locales habían sido muy reducidos y que invariablemente en la asignación de recursos el centro recuperaba cualquier espacio de decisión cedido por otras vías o normas de funcionamiento. Sin embargo, pese a haberse avanzado en este propósito, son múltiples las dificultades y muy desigual el desarrollo alcanzado, pero es a partir de estas evaluaciones que el país arranca, hacia 1993, la segunda etapa de descentralización de la salud.

En general, hay elementos para argüir que mediante la transferencia de fondos el gobierno federal envió un mensaje que contradecía el discurso político en favor de la descentralización, ya que los estados no descentralizados, que continuaron bajo el control financiero directo de la Secretaría de Salud, recibieron mayores recursos para inversiones en infraestructura. La explicación que propone Cardozo (1993) en este sentido parece razonable:

*“A menudo las autoridades estatales sienten que el gobierno federal de manera centralizada decidió su descentralización por las dificultades económicas presentes, y esto limita su motivación y entusiasmo para dirigir el proceso. En reuniones celebradas durante 1987 y 1988 los gobernadores hablaban, en su mayoría, de un saldo positivo en el proceso y de la necesidad de continuarlo, pero demandaban una verdadera descentralización de los recursos, personal mejor preparado y apoyo del gobierno federal para inversión”.*

Estos estudios dejan ver que la exclusión que ha tenido el nivel estatal y municipal en el proceso de descentralización ha ocurrido también en otros países latinoamericanos. El estudio de Burki *et al.* (1999), donde se analiza un período más amplio (de la fase inicial de la década de los ochenta hasta finales de los noventa) del proceso de descentralización de la salud en países como México, Argentina, Bolivia, Brasil, Chile y Colombia, muestra cómo los avances en esta relación en los ámbitos central, estatal y local no han sido significativos y, por el contrario, aún se mantiene una dependencia en el orden económico, pese a los años que llevan del proceso descentralizador.

De igual forma, un estudio llevado a cabo en México, Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia y Nicaragua refleja esta dependencia de los entes territoriales con el nivel central y en muchas ocasiones del orden municipal con el estatal (Di Gropello *et al.*, 1998).

En otro estudio realizado por Cabrero (1993), sobre las experiencias de la política de descentralización en Francia, España, Alemania, Suecia, Canadá, Estados Unidos, Japón, Colombia,

Argentina, Bolivia, Ecuador y México, encontró que las relaciones entre estado, municipio y nivel central muestran, aun en países industrializados, una dependencia económica y de clarificación de competencias.

#### ***2.4 El nuevo modelo de descentralización de los servicios de salud en México***

De acuerdo con los primeros estudios, la segunda fase de descentralización de los servicios de salud en México, que arrancó en 1996, se fundamentó en estrategias y principios de los que se derivaron atribuciones específicas para los estados y para el gobierno federal, así como responsabilidades concurrentes de ambos órdenes de gobierno.

El 20 de agosto de 1996, el secretario de Salud federal, los gobernadores de los 31 estados de la República y el dirigente del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud firmaron el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud. Mediante este acuerdo el gobierno federal transfirió a los estados la responsabilidad de prestar servicios de salud y medicina preventiva a la población abierta, es decir, a las personas que no son derechohabientes de alguna institución de seguridad social y que carecen de recursos para pagar los servicios privados. También se transfirió –poco a poco– a los municipios el control sanitario de establecimientos y servicios. Con la descentralización se esperaba cumplir “...un doble propósito: el político, al fortalecer el federalismo y reintegrar a la esfera local las facultades que les eran propias al suscribir el pacto federal; y social, al acercar a la población servicios básicos, que al ser prestados por los estados aseguran a los usuarios mayor eficacia y oportunidad” (Ornelas, 1998).

En esta nueva fase, el gobierno central transfirió la relación laboral de 103 mil trabajadores del sector, entre médicos, paramédicos y enfermeras, así como personal de administración e intendencia; además, se trasladó la responsabilidad de manejar directamente más de 7 400 hospitales, clínicas y centros de salud, que se encontraban equipados y en operación. La

descentralización incluyó la transferencia de 6 132 millones de pesos para continuar con la operación en 1996.

Igualmente, el gobierno federal incluyó una política de compensación a los grupos sociales, regiones y estados menos favorecidos por el proceso de desarrollo del país, e invitó a la sociedad a participar en la definición y ejecución de los programas de salud. La descentralización de los servicios de salud se insertó en ese momento en el marco de un programa más amplio de reforma del sector salud con el fin de erradicar las deficiencias y problemas mencionados, que también proponía "...transformar el sistema actual para modernizarlo y hacerlo más **eficiente**, a fin de que, entre otros aspectos, esté en condiciones de hacer frente al reto epidemiológico y demográfico del país" (Rider *et al.*, 1992; Ornelas, 1998).

En contraste con la descentralización de los servicios de salud de 1983 a 1995, que sólo se aplicó en forma parcial en 14 estados, el modelo que emerge del acuerdo del 20 de agosto de 1996 abarca el conjunto de la República, sus fines y procedimientos son más precisos y más claros y se construyó con base en la experiencia errática de los años anteriores. Y lo más importante: mediante el diálogo se vencieron las resistencias de las fuerzas centristas que se resistían a la descentralización, así como la de algunos gobernadores que se oponían a recibir los servicios e instalaciones, tal vez porque percibían que las responsabilidades eran transferidas sin los recursos necesarios. El traspaso a los estados de la operación del sistema nacional de salud comprende el ámbito territorial, la delegación de responsabilidades y funciones, así como la transferencia de recursos y autoridad política. Incluye también el compromiso de mantener e incrementar en la medida de lo posible los recursos a los estados (Secretaría de Desarrollo Social, 1998).

La calidad se vinculó con la eficiencia, la organización, la capacitación del personal, el flujo de la información y la evaluación periódica de los servicios, aspectos ligados al proceso de descentralización de los servicios y al financiamiento. Con el fin de mejorar la calidad y tratar de disminuir la insatisfacción de los usuarios, el Consejo Nacional de Salud propuso acciones concretas que se deben articular desde los consultorios hasta las oficinas nacionales, pasando por

los centros de salud, los hospitales y las jurisdicciones sanitarias. Estas acciones incluyeron elementos como aseo y dotación de sillas en las salas de espera, ventilación e iluminación adecuada, lo mismo que sensibilización y capacitación del personal, desarrollo de aptitudes administrativas, usos óptimos de la capacidad instalada, ajuste de servicios y horarios de acuerdo con las demandas de la población, mejoramiento del sistema de provisión de medicinas y materiales, disminución del tiempo de espera para consultas y análisis y una mejor atención a los usuarios, en especial de los segmentos pobres. De igual forma, el programa propuso incorporar los avances médicos y científicos en la atención de los pacientes, mejorar los instrumentos de análisis y diagnóstico, y, en fin, perfeccionar la administración.

El modelo también planteó que en todos los programas de salud pública se invitara a la ciudadanía a formar comités de servicios y consejos ciudadanos de salud, con el fin de mantener fuentes permanentes de opinión, evaluación y criterios sobre la calidad de los servicios y la pertinencia de las acciones del gobierno. La invitación incluyó a instituciones sociales constituidas, como sindicatos de obreros y patronos, asociaciones civiles y organizaciones no gubernamentales en general. Se espera, pero no se ofrecen mayores indicios, que los municipios (mediante el programa de “municipio saludable”)<sup>41</sup> se incorporen paulatinamente a la estrategia descentralizadora (OPS y OMS, 1992; Rider *et al.*, 1992).

En materia de equidad o de justicia distributiva, las estrategias del programa de reforma que acompañan a la descentralización se aglutinaron en tres áreas sustantivas: salud pública, atención

---

<sup>41</sup> Como estrategias alternativas y favorecedoras de una distribución más amplia y **equitativa** de la salud, surge el Programa de Municipio Saludable, que pretende una mayor participación municipal en salud; dicho programa se encuentra muy ligado a las políticas de descentralización. Un “municipio saludable” es aquel en el que las autoridades políticas y civiles, las instituciones y organizaciones públicas y privadas, los propietarios, empresarios y trabajadores, y la sociedad, dedican constantes esfuerzos a mejorar las condiciones de vida, trabajo y cultura de la población, establecen una relación armoniosa con el medio ambiente físico y natural, y expanden los recursos comunitarios para mejorar la convivencia y desarrollar la solidaridad, la cogestión y la democracia (OPS y OMS, 1992).

Los proyectos de ciudades saludables comenzaron en Europa y Canadá en 1986, y desde entonces se han difundido rápidamente; en los Estados Unidos su desarrollo fue posterior (Rider *et al.*, 1992). A mediados de 1990 existían 17 redes nacionales de ciudades saludables y una red internacional de habla francesa. En seis países había, además, redes subnacionales: Francia tenía siete, España dos y Estados Unidos dos, una en California y otra en Indiana. En Canadá también existieron redes subnacionales; la Red de Québec a fines de 1991 comprendía 70 municipios, denominados “Villes et villages en santé”, que abarcaban el 40 por ciento de la población total de esta provincia. En México, en noviembre de 1993 se constituyó la primera red en Latinoamérica, con el nombre de Red Nacional de Municipios por la Salud, organizada con el apoyo de la Secretaría de Salud y conformada inicialmente por 10 municipios de diversos estados (Rider *et al.*, 1992).

médica y fomento sanitario, además de un área de apoyo logístico que incluyó sistemas de información para la evaluación y seguimiento de los programas.

En el programa de reforma, la ampliación de la cobertura con un enfoque de equidad se sustentaba en un paquete básico de servicios de salud. Éste fue dirigido a los 10 millones de personas más vulnerables, que por lo general se asientan en las regiones indígenas del sur, en las áreas rurales más alejadas y en los cinturones de miseria de las ciudades, y a los jornaleros migrantes. El paquete se define como

“...un conjunto esencial de intervenciones de salud que deben otorgarse a esta población en respuesta a sus necesidades prioritarias. Se trata de intervenciones sencillas de instrumentar, de bajo costo y alto impacto, manejando los recursos con eficiencia y combatiendo las principales causas de muerte y enfermedades de los grupos marginados, que puedan ser provistas integralmente por un conjunto bien acotado de trabajadores de la salud” (Ornelas, 1998).

En este nuevo modelo, en lo que se refiere a los programas compensatorios, el gobierno federal se encargó de colocar el 100 por ciento de los recursos, pero la operación, la fijación de metas y la definición de las intervenciones fueron función de los estados. Es decir, la ejecución del programa del paquete básico era responsabilidad de los estados; de ahí que eran ellos los que debían aglutinar los esfuerzos de las diferentes áreas e instituciones (jurisdicciones sanitarias, IMSS-Solidaridad y Sistemas Locales de Salud –Silos–)<sup>42</sup> para proveer esos servicios con eficiencia.

Otro propósito del nuevo modelo se orientó al ámbito político, para renovar el federalismo, redistribuyendo competencias, responsabilidades y capacidades de decisión y ampliando el manejo de los recursos fiscales para atender en su contexto específico los problemas regionales y locales, dotando así de mayor eficiencia y transparencia a la gestión pública (De la Fuente, 1996).

---

<sup>42</sup> Los Sistemas Locales de Salud (Silos) se definen como la organización institucional responsable de la salud de su población, ejecuta acciones de prevención, curación y rehabilitación en un espacio geográfico definido, donde integra, coordina y moviliza todos los recursos existentes, privados y públicos, y sobre todo los de la comunidad que participa en la búsqueda de su salud. Los Silos deben tener capacidad para resolver sus problemas dominantes de salud, por lo que deben contar con poder de decisión y autonomía de gestión, y son la expresión, en el sector de la salud, de la delegación de poder en el ámbito local. Los Silos son parte integrante del sector salud, con las características de descentralización y desconcentración definidas por el Estado (OPS y OMS, 1989).

La nueva normativa modificó el mecanismo de asignación presupuestaria, y de un sistema basado en criterios históricos, que propició severas inequidades en la distribución del presupuesto, se estableció una fórmula de asignación que garantizara mayor equidad, transparencia y menor discrecionalidad de la Federación en la asignación de recursos. El nuevo mecanismo de asignación presupuestaria, vigente desde 1996, obedece a dos grandes variables: el índice de marginación (pobreza) y la tasa de mortalidad estandarizada, con lo que se busca detectar los problemas y necesidades de cada estado en esta materia.

El modelo contempló en el futuro programas compensatorios para regiones deprimidas y para los sectores más vulnerables de la población. Se establecieron políticas de compensación con el fin de preservar y mantener la unidad del sistema y al mismo tiempo fortalecer a los estados y grupos más pobres. Por medio de fórmulas que tomaron en cuenta los índices de rezago y desarrollo, se asignarán recursos complementarios para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios donde el rezago sea mayor. Como programa complementario, se estableció un paquete básico de servicios de salud, idea impulsada por el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud, con lo cual se buscó proporcionar servicios de bajo costo y alto impacto que promovieran la prevención de salud.

En la nueva fase, que se inicia con la firma del acuerdo del 20 de agosto de 1996, había diferencias significativas respecto al modelo anterior en diversos aspectos. En primer lugar, el proceso abarcó el conjunto de la República, los procedimientos fueron más explícitos, se logró superar las resistencias de las fuerzas que se oponían a la descentralización y se comprometió en forma simultánea la transferencia de recursos y responsabilidades. Además, y a diferencia también del proceso anterior, que definió los propósitos pero no precisó las competencias y responsabilidades de las partes involucradas, el nuevo modelo partió de especificaciones claras al respecto e introdujo organismos de coordinación entre los diferentes niveles de gobierno. Se descentralizó en una secuencia que consideró el traspaso del presupuesto a los estados durante 1997, para posteriormente otorgarles mayor autonomía en el diseño de estrategias de salud acordes

con las características demográficas, geográficas y epidemiológicas de cada uno de ellos (Di Gropello *et al.*, 1998; Ornelas, 1998).

Por último, la evolución del gasto desempeña un papel importante. Mientras en la experiencia de los años ochenta el gasto en salud experimentó una contracción, en el proceso iniciado en 1996 se observó una voluntad política de avanzar en la descentralización incrementando el gasto, lo que permitió reducir las fuentes eventuales de oposición al proceso.

Este nuevo modelo de descentralización se puede ver como un modelo de devolución híbrida en el nivel intermedio, debido a que se transfirieron recursos y responsabilidades a los estados. No obstante, por otra parte implicó todavía una fuerte dependencia de los estados frente al poder central en materia de recursos financieros.

### ***2.5 Propósitos del nuevo modelo de descentralización de los servicios de salud en México***

Esta nueva fase involucró, por un lado, a los 14 estados ya descentralizados, pero buscó incorporar también a los estados que aún faltaban en ese momento. En este nuevo modelo el gobierno tuvo como propósito alcanzar, a través del Programa de Reforma del Sector Salud en México 1995-2000, definido en el “Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000”, la calidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud en el país. Para ello el programa contempló los siguientes objetivos:

- 1) Establecer instrumentos para promover la calidad y la eficiencia de la prestación de los servicios;
- 2) Ampliar la cobertura de la atención de las instituciones de la seguridad social, facilitando la afiliación de la población no asalariada y de la economía informal;
- 3) Concluir el proceso de descentralización de los servicios de salud a la población abierta en las entidades federativas aún centralizadas y profundizar en las restantes, y
- 4) Ampliar la cobertura de los servicios de salud a la población marginada de las áreas rurales y urbanas que tenían un limitado o nulo acceso a ellos.

Para conseguir esa reestructuración, el acuerdo planteó cuatro estrategias que simultáneamente eran metas para el mediano plazo:

**Primera**, la descentralización hacia las entidades federativas de los servicios de salud para la población no asegurada. La segunda fase de este proceso comenzó, precisamente, con la firma del acuerdo el 20 de agosto de 1996.

**Segunda**, la configuración de sistemas estatales. De partida, se planteaba la creación de institutos de salud estatales, como órganos descentralizados de la administración pública local, con el fin de recibir los servicios transferidos, administrar las jurisdicciones sanitarias y fusionar en un plazo razonable, donde los haya, los servicios locales.

**Tercera**, la ampliación de la cobertura mediante un paquete básico de servicios. Para la constitución de este paquete, el gobierno federal transferiría a los estados los recursos necesarios de acuerdo con planes y prioridades locales. El paquete básico incluye medicina preventiva y atención de primer nivel.

**Cuarta**, el mejoramiento de la calidad y eficiencia de las instituciones nacionales mediante una mejor coordinación sectorial. Al estar los servicios descentralizados y al transferir los recursos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)-Solidaridad a la competencia de los estados, se evitarían redundancias y duplicidad de servicios; en consecuencia, se supone, se evitarían desperdicios.

Con el fin de implementar las estrategias segunda y cuarta –la conformación de sistemas estatales y la fusión de los servicios del IMSS-Solidaridad con los que prestaba la Secretaría de Salud hasta agosto de 1996–, se crearon institutos descentralizados de las administraciones públicas de los estados con estructura y funciones similares. Su primera finalidad era proveer servicios de salud a la población abierta, que éstos sean de calidad y apropiados, y que operaran conforme al acuerdo y a las leyes locales y nacionales, así como en consonancia con los propósitos de los gobiernos en funciones.



Una cosa importante de resaltar es que en ninguno de los decretos de creación de esos institutos se establecieron, por ejemplo, compromisos concretos ni fórmulas de participación, ni, como en el caso de la educación, la obligación de aportar recursos crecientes. Es de esperar que con esto a los estados les quedó claro que los recursos otorgados a los nuevos organismos eran etiquetados, es decir, que sólo se podían utilizar para los fines previstos en los convenios de colaboración: para los servicios de salud dirigidos a la población abierta.

En esta línea, Ornelas (1998) expone que el diagnóstico de los servicios de salud presentado en el acuerdo es realista, hasta crudo, porque no oculta las deficiencias; pero, por su brevedad, tampoco llega al fondo del asunto. Una indagación independiente del sector salud, que incluye también propuestas de reforma que se contemplan ya en el acuerdo, hace una apreciación más acabada de las deficiencias, que el autor agrupa en las siete íes: inseguridad, inequidad, insatisfacción, ineficiencia, inadecuada calidad, inflación e insuficiencia, y a ellas agrega una más: la incredulidad creciente en los programas del gobierno.

Ornelas describe cada deficiencia así: la **inseguridad** se refiere a la deficiente protección y cobertura que ofrece la red de servicios básicos. La **inequidad** implica que quienes más precisan de los servicios de salud, los sectores pobres, son los que menos acceso tienen a ellos. Sin embargo, señala este informe, la admisión a los servicios no denota, por sí misma, una garantía de solución a los problemas de salud, dado que muchos pacientes dan cuenta de otro gran defecto: la insatisfacción de la atención recibida. La **ineficiencia** en el sistema de salud, por su parte, supone el desperdicio de recursos, así como encauzar esfuerzos a la solución de problemas no prioritarios o de escaso beneficio social. La **inadecuada calidad** es el resultado de una aplicación deficiente de la tecnología médica, que produce efectos indeseados e impide la obtención del mayor provecho. Como fenómeno económico, la **inflación** repercute más en los insumos y servicios para la salud que en otros “satisfactores”, pues al incidir en el financiamiento de la atención encarece en especial los servicios de mayor necesidad. Finalmente, la **insuficiencia** de fondos impide cubrir las crecientes necesidades de salud de la mayoría de los mexicanos. La octava deficiencia es la falta de

**credibilidad**, porque los gobiernos no han cumplido muchas de las promesas que han hecho a lo largo de la historia de la salud en México.

## ***2.6 El papel de las entidades federativas en la provisión de servicios de salud***

Las nuevas estrategias establecidas en el documento del 20 de agosto de 1996 le otorgaron a los estados un rol que debía cumplir, vinculado con los siguientes principios:

- Los estados de la Federación asumirán cabalmente las responsabilidades que la Ley General de Salud les asignó;
- Igualmente, manejarán y operarán los servicios de salud en el ámbito de su competencia;
- También manejarán y operarán directamente los recursos financieros, con la posibilidad de distribuirlos de acuerdo con las necesidades de los servicios y las prioridades locales;
- Así mismo, participarán con efectividad en el diseño e implementación de la política nacional de salud;
- El fortalecimiento del sistema nacional de la salud tendrá como base la consolidación de los sistemas estatales;
- Se integrarán al ámbito estatal las estructuras administrativas que operaban los servicios federales de salud;
- El desahogo de la carga de trabajo administrativo permitirá a la Secretaría de Salud hacer eficaz su reorientación como órgano normativo, y operará sólo aquellas materias que son de uso exclusivo del gobierno federal;
- El acercamiento de las autoridades locales a la población demandante de servicios de salud revitalizará la relación entre ellas y permitirá realizar eficientemente las funciones del municipio en actividades sanitarias;
- Se respetarán los derechos laborales y se incrementará el apoyo a los trabajadores de la salud.

La descentralización de los servicios no implica la desaparición de objetivos y estrategias nacionales en materia de salud, pero sí una nueva forma de relación entre las autoridades federales, estatales y municipales, con el fin de establecer metas y alcanzar los objetivos (Di Gropello *et al.*, 1998; Ornelas, 1998).

Frente a estas nuevas tareas existieron muchos cuestionamientos de las autoridades estatales, debidos a los múltiples problemas que persistían por la transferencia de recursos, manejo de personal, incapacidad institucional, etcétera. En general, los estados no tenían aún la capacidad suficiente para aceptar este nuevo reto.

Una primera conclusión de este marco teórico es que la política de descentralización de la salud iniciada en México hacia los años ochenta no ha experimentado un proceso basado en un enfoque de relaciones intergubernamentales amplio, lo que obedece a las relaciones centralizadas que el gobierno federal ha mantenido con los niveles subnacionales (estados y municipios) durante varias décadas, un hecho que ha generado, a la vez, un débil diseño e implementación de las políticas públicas de salud.

Para que la descentralización contribuya a la solución de problemas como los que presenta el sector salud, debe de estar apoyada en otros elementos, como las políticas públicas, vistas como decisiones del gobierno (federal, estatal y municipal) que incorporan la opinión, la participación y la corresponsabilidad de los ciudadanos, y las relaciones intergubernamentales, consideradas más allá de la mera estructura legal y en las que se resalten mejor la variedad de organizaciones, conductas, pautas y relaciones entre los órdenes nacional, estatal y municipal y/o entre las distintas unidades de gobierno.

En México, como en toda Latinoamérica, debido al centralismo que ha imperado en nuestros países, el concepto de *relaciones intergubernamentales* (RIG) ha sido incorporado muy recientemente –principios del decenio de 1990–. Es así como este enfoque aún no se ve reflejado en el diseño e implementación de las políticas públicas en los diversos sectores. En este sentido, se

puede decir que durante muchos años la política en México ha sido de corte federal, puesto que la participación local ha estado excluida totalmente, y la intervención estatal de igual forma ha sido parcial. Siendo así, el centralismo es en definitiva el que constituye un obstáculo para la adopción del enfoque de las RIG en el país (Méndez, 1997).

Como lo expone Rodríguez (1999), las relaciones entre los diferentes niveles del gobierno en México han estado determinadas durante los últimos 60 años por la naturaleza centralizada del sistema político, junto con la estructura clientelista del país. Pero ha sido la descentralización la que ha tratado de cambiar el carácter de las RIG en la nación, y con mucho esfuerzo el nivel estatal y municipal han comenzado a jugar un papel importante en la consecución de espacios que les han ido permitiendo, poco a poco, diseñar e implementar en forma coordinada algunas políticas públicas.

En este sentido, y teniendo en cuenta la necesidad de coordinación entre los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal) para sacar adelante políticas sectoriales, como es el caso de las concernientes al sector salud, sin duda, las RIG deben constituirse en un elemento esencial para que cualquier política tenga éxito.

Es así que, para entender mejor cómo se ha desarrollado el proceso de descentralización del sector salud en Baja California, se pretende hacer un esfuerzo por conocer y analizar esta dinámica, bajo un esquema que enlaza la descentralización, las políticas públicas y las relaciones intergubernamentales; esto, con el fin de observar hasta dónde esta relación ha influido en el diseño de políticas públicas con impacto en el estado en cuanto a la prestación de servicios de salud se refiere.

Desde luego, aquí no se van a abordar todos los aspectos que involucran la descentralización, las políticas públicas y las relaciones intergubernamentales, pero se retomarán aquellos que contribuyan a analizar los hallazgos de la investigación y a la vez enriquezcan la discusión teórica sobre las ventajas que pueden ofrecer las RIG en procesos como la descentralización y la formulación de políticas públicas.

## **Capítulo III: Cambios recientes en el sector salud. Hacia una redefinición de los servicios de salud**

### ***3.1 La evaluación en la prestación de servicios de salud y los nuevos retos***

El sistema de salud actual en México tiene casi 60 años de existencia. Ha pasado por reformas de primera (1943), segunda (1979-1988) y tercera (1995) generación, en las cuales sobresalieron aspectos clave para que el país se condujera al logro del objetivo central del sistema: la eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud (Soberón, 2001).

La reforma de 1943 se destacó por la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) –hoy Secretaría de Salud–, con la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad, así como por el establecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social. De igual forma, con esa reforma se iniciaron los Institutos Nacionales de Salud, mediante la creación del Hospital Infantil de México (1943), al que siguieron los de Cardiología y Nutrición. Esta primera reforma marca el inicio de la atención médica y de la salud pública en el país.

La segunda reforma, ocurrida entre 1979 y 1988, llamada “el cambio estructural de la salud”, comprendió una verdadera renovación legislativa y una reforma administrativa y sustantiva que involucraron, sustancialmente, a los servicios que atienden a la población abierta, es decir, la que no es derechohabiente de la seguridad social. La renovación legislativa arranca en 1983 cuando se incluyó en la Constitución el derecho a la protección de la salud, sigue con la promulgación de la Ley General de Salud en 1984 y en los años siguientes se establecen las leyes estatales de salud. La reforma sustantiva incluyó diez estrategias, cinco a nivel macro y cinco a nivel micro. Las primeras fueron la descentralización de los servicios de salud (que por razones económicas sólo se llevó a cabo en 14 entidades federativas), la sectorización institucional, la modernización de la SSA, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria. Las estrategias de nivel micro fueron la investigación en salud, el desarrollo de recursos humanos para la salud, la información en salud, el financiamiento y los insumos para el Sistema Nacional de Salud (Soberón, 2001).

Es necesario recalcar que con la segunda generación de reformas se buscó construir un sistema nacional de salud y se hizo énfasis en la atención de primaria instancia.

La tercera etapa se inicia en 1995 y comprendió tanto el ámbito de la SSA como el del IMSS. En la SSA se culminó con el proceso de descentralización a todas las entidades federativas, fue formulado un paquete básico con 13 intervenciones destinado a la población rural dispersa, se certificaron hospitales y escuelas de medicina, se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y se regularon las Instituciones de Seguros Especializados en Salud. El énfasis de esta reforma se puso en la sustitución del viejo modelo, vertical y segmentado, por uno nuevo modelo, de tipo universal, participativo y plural (Secretaría de Salud, 2002).

Además, esta tercera generación de reformas incluye el Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006, documento que contiene una propuesta de evaluación del sistema de salud mediante un procedimiento planeado en función de las necesidades del país y con base en indicadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), con el objetivo de ver hasta dónde y en qué sentido la política de descentralización de la salud ha logrado alcanzar eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud en todo el país.

Es necesario en este sentido tener en cuenta varios aspectos que este plan contiene y que contribuyen de forma significativa a conocer los impactos de esta política. El primero son las directrices generales con que las entidades federativas evalúan al sector salud con base en los indicadores internacionales, que se deben incluir para evaluar la prestación de los servicios; el segundo es la forma en que se puede analizar la información existente y el impacto de estos resultados para el futuro de la salud en México –el plan considera, a partir de la primera experiencia que se genere en 2006, proyectar la salud del país al 2025–, y un último aspecto es encontrar mediante este plan aquellos elementos que por alguna razón no se consideran en la evaluación y que pueden ser significativos para futuras evaluaciones de la prestación de servicios de salud.

### ***3.1.1 Antecedentes de la evaluación de los servicios de salud en México***

La evaluación en el sector salud en México data de 1978, año en que se realiza el Primer Seminario de Evaluación en el Sector Salud. En este proceso, hacia 1981 la Coordinación de Servicios de Salud de la Presidencia de la República, recién conformada, insistía en la necesidad de evaluar de manera regular y coordinada los servicios y programas del sector. Aquí es necesario mencionar cómo, a pesar de estos esfuerzos, cada institución siguió realizando el seguimiento y evaluación de sus actividades y programas con modelos e indicadores propios, que dificultaban la comparación y la generación de información sectorial consolidada. Esta situación se agravaba debido a la falta de un sistema de información único, confiable y oportuno, un factor que sin duda alguna ha tenido una gran incidencia en los procesos de elaboración de propuestas orientadas a mejorar la prestación de servicios de salud en el país, por la ausencia de indicadores que permitieran un seguimiento más unificado.

Esos obstáculos originan que en 1983 se cree el Grupo Básico de Evaluación, cuya función era coordinar, homogeneizar y establecer criterios e indicadores de evaluación que permitieran mejorar el funcionamiento de las instituciones de salud y del sector en su conjunto. En este grupo se acordó que la coordinación técnica quedaría a cargo de un representante de la Secretaría de Salud (SSA) y que se conformara un conjunto de vocales con representantes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), la Secretaría de Programación y Presupuesto y la Contraloría de la Federación.

Es así como se empiezan a generar algunos resultados que dieron origen a un modelo conceptual y metodológico, que guió las acciones que en esta materia se emprendieron en el sector entre 1984 y 1988,<sup>43</sup> y a un modelo de evaluación de la calidad de la atención.<sup>44</sup> El interés por la

---

<sup>43</sup> Grupo Básico de Evaluación, Secretaría de Salubridad y Asistencia (1984). Modelo del Sistema de Evaluación de la Salud. México, D. F.: Secretaría de Salubridad y Asistencia, Cuadernos Técnicos de Planeación No. 7.

evaluación quedó de manifiesto también en el Programa Nacional de Salud 1984-1988, que estableció mecanismos para el seguimiento y evaluación de las actividades que habrían de realizarse en ese periodo<sup>45</sup> (Secretaría de Salud, 2002).

En 1989, el Grupo Básico de Evaluación integró un cuadro básico de indicadores para la evaluación de los servicios de salud, a los que se les dio seguimiento de manera regular durante la primera mitad de la década de los noventa desde la Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación de la Secretaría de Salud (SSA), y es a partir de 1995 que el Consejo Nacional de Salud (CNS), creado por decreto presidencial en 1986, empezó a participar en el desarrollo y coordinación de las actividades de evaluación en el sector.

Como parte de la reactivación de la descentralización de los servicios de salud para población no asegurada, el Consejo Nacional de Salud (CNS) se constituyó en la instancia permanente de coordinación entre la federación, los estados y el Distrito Federal para la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud en el país. Según lo establecido en el acuerdo presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de enero de 1995, al CNS le correspondió, entre otras funciones, unificar los criterios para el correcto cumplimiento de los programas de salud pública, dar seguimiento a las acciones derivadas del programa de descentralización y apoyar la evaluación de los programas de salud en cada entidad federativa. De igual forma, el secretariado permanente del CNS tiene como atribución contribuir a la evaluación del programa de descentralización de los servicios de salud.

Con estas responsabilidades, el CNS definió una lista de 71 indicadores de resultado en 1996, con el fin de dar seguimiento a los servicios, a las actividades de regulación y fomento sanitario, y a los programas de salud de los estados y el Distrito Federal. Esa lista se redujo a 46 indicadores en 1998, de los cuales 38 eran de daños a la salud, cuatro de productividad en salud pública y cuatro de productividad de servicios personales de salud. En este proceso, los indicadores de resultado

---

<sup>44</sup> Ruiz de Chávez M, Martínez Narváez G, Calvo Ríos J. M. y col (1990). Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. *Salud Pública de México* 32: 156-169.

<sup>45</sup> Poder Ejecutivo Federal (1984). Programa Nacional de Salud 1984-1988. México, D. F.



vinieron a sumarse a otras iniciativas de evaluación institucional y a otros esfuerzos de evaluación de programas específicos, entre los que se destacan las evaluaciones del esfuerzo descentralizador de los años ochenta y la evaluación del Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA), el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) y el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá).

En este proceso de evaluar mejor la prestación de los servicios de salud, a mediados de 2001 el CNS decidió revisar nuevamente estos indicadores, por cuatro razones que justificaban esta revisión: *i*) el éxito en el control de algunas enfermedades de la lista original de indicadores (cólera, sarampión), *ii*) la presencia regional de algunas enfermedades (paludismo, dengue) de una lista de indicadores que pretendía dar seguimiento comparativo a los 32 sistemas estatales de salud, *iii*) la necesidad de incorporar las prioridades de la nueva administración (2000-2006) a esta lista de indicadores y *iv*) la necesidad de incorporar a esta lista las ideas del nuevo modelo de evaluación.

Esta revisión llevó a que hacia finales de 2001 el CNS aprobara y transformara los indicadores de resultado en indicadores que permitieran dar seguimiento, en el ámbito estatal, a los llamados objetivos intermedios de los sistemas de salud, relacionados con accesibilidad, aceptabilidad, anticipación, calidad, efectividad, eficiencia, equidad, salud financiera y sensibilidad de género. Estos indicadores se muestran a continuación.

**Tabla 1**  
**Indicadores de resultado establecidos en el Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño del sector salud 2001-2006**

<b>CONDICIONES DE SALUD</b>
1. Esperanza de vida al nacimiento según sexo
2. Esperanza de vida a los 65 años según sexo
3. Tasa global de fecundidad
4. Mortalidad infantil (corregida) según sexo
5. Mortalidad en menores de 5 años (corregida) según sexo
6. Mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de cinco años según sexo
7. Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años según sexo
8. Prevalencia de desnutrición moderada y grave en menores de cinco años según sexo
9. Mortalidad materna (corregida) en años
10. Mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 y más años
11. Mortalidad por cáncer mamario en mujeres de 25 y más años
12. Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, ajustada por edad, según sexo
13. Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, ajustada por edad, según sexo

14. Mortalidad por diabetes mellitus, ajustada por edad, según sexo
15. Mortalidad por cirrosis hepática según sexo
16. Mortalidad por cáncer pulmonar según sexo
17. Mortalidad por accidentes de tráfico según sexo
18. Mortalidad por suicidios según sexo
19. Mortalidad por homicidios según sexo
20. Morbilidad por tuberculosis pulmonar en población de 15 años y más según sexo
21. Morbilidad por SIDA por año de diagnóstico según sexo
22. Prevalencia de ITS/VIH según sexo
23. Casos de rabia humana transmitida por perro

#### **DISPONIBILIDAD Y ACCESIBILIDAD**

24. Médicos generales y familiares por 1000 habitantes
25. Médicos especialistas por 1000 habitantes
26. Porcentaje de centros de salud con núcleo básico de servicios completo
27. Camas censables por 1000 habitantes
28. Hospitales de 6 a 12 camas censables como porcentaje del total
29. Hospitales de 30 o más camas censables como porcentaje del total
30. Usuaris activas de métodos de planificación familiar por 100 mujeres en edad fértil unidas
31. Promedio de consultas prenatales por embarazada
32. Porcentaje de partos atendidos en unidades médicas
33. Porcentaje de recién nacidos tamizados para detección oportuna de hipotiroidismo congénito
34. Cobertura con esquema completo de vacunación en niños de 1 año
35. Cobertura con esquema completo de vacunación en niños de 1 a 4 años
36. Consulta de medicina de especialidad por 1000 habitantes
37. Intervenciones quirúrgicas por 1000 habitantes
38. Porcentaje de casos de tuberculosis pulmonar que completaron el tratamiento y curaron
39. Porcentaje de personas vivas en el Registro Nacional de Casos de SIDA que reciben tratamiento con antirretrovirales.

#### **CALIDAD TÉCNICA E INTERPERSONAL**

40. Porcentaje de nacimientos por cesáreas
41. Porcentaje de unidades de primer nivel con disponibilidad de medicamentos esenciales mayor del 80%
42. Tiempo de espera en consulta externa
43. Tiempo de espera en urgencias
44. Porcentaje de pacientes que reciben información sobre su padecimiento

#### **ACEPTABILIDAD**

45. Porcentaje de usuarios que recomendarían los servicios de salud

#### **EFICIENCIA**

46. Promedio diario de consultas por médicos de primer nivel en contacto con el paciente
47. Promedio diario de intervenciones quirúrgicas por quirófano
48. Porcentaje de ocupación hospitalaria
49. Índice de rotación
50. Distribución del presupuesto ejercido (cuenta pública) en personal, medicamentos, material de curación, conservación y mantenimiento
51. Gasto ejercido en administración como porcentaje del presupuesto total ejercido
52. Prestadores de servicios clínicos como porcentaje del total de trabajadores

#### **SUSTENTABILIDAD**

53. Gasto público per cápita en salud desagregado por tipo de población
54. Gasto público en salud como porcentaje del gasto público
55. Relación entre la aportación estatal y la federal al gasto público en salud

#### **ANTICIPACIÓN**

56. Porcentaje de partos atendidos que corresponden a mujeres menores de 19 años
57. Muestras de agua potable dentro de la NOM de cloro residual
58. Porcentaje de comunidades certificadas como saludables

**Fuente:** Tomado del Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño del Sector Salud 2001-2006 (Secretaría de Salud, 2002).

El objetivo de la Secretaría de Salud de tener unos indicadores básicos para evaluar la prestación de los servicios de salud tiene que ver con la necesidad de comparar y generar información sectorial consolidada y así tener un sistema de información único, confiable y oportuno para la toma de decisiones y el planteamiento de políticas de salud acordes con las necesidades reales del país y de cada estado.

Con estos indicadores, la evaluación del desempeño tiene como meta determinar en qué medida se están cumpliendo los objetivos de los sistemas nacional y estatales de salud y determinar si se están logrando de acuerdo con los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud. Estos planteamientos son: *i)* mejorar la salud de la población, lo que implica alcanzar el mejor nivel posible de salud para toda la población durante todo el ciclo de vida y reducir las desigualdades; *ii)* ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios. Esto es, brindar servicios de salud efectivos en un marco de respeto a la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información; tener la posibilidad de elegir al médico tratante o la clínica de primer contacto en la que se desea recibir la atención; disponer de servicios generales dignos en las unidades de salud; esperar tiempos razonables por una consulta o una intervención, y tener acceso a redes de apoyo social, sobre todo durante las estancias hospitalarias, y *iii)* garantizar justicia financiera en materia de salud, con esquemas de financiamiento de los servicios de salud justos –es decir, que el que menos tenga menos pague– y que protejan a la población contra gastos desproporcionados (gastos catastróficos).<sup>46</sup>

Finalmente, para la Secretaría de Salud la evaluación constituye un componente medular del papel rector que desempeña. Por esta razón, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 la identifica como una de sus prioridades y apunta hacia la creación de un sistema integral dirigido a

---

<sup>46</sup> Los gastos catastróficos en salud son los que los hogares se ven obligados a hacer para atender sus necesidades de salud y que impactan de manera negativa la satisfacción de otras necesidades básicas, como la vivienda, la alimentación o la educación.

evaluar tanto los servicios y programas como los objetivos intermedios y finales del sistema nacional y estatal de salud.

Los resultados de estas evaluaciones se utilizarán para la gestión de los servicios y programas de salud, el ajuste de políticas, la asignación de recursos y la rendición de cuentas.

Como instrumento administrativo, esta evaluación busca mejorar la pertinencia, el diseño y la gestión de las políticas, programas y servicios, al hacer más racionales las decisiones en todo el ciclo y todos los niveles gerenciales; al promover las mejores prácticas y al fortalecer el aprendizaje institucional.

Como instrumento para la rendición de cuentas, busca facilitar el conocimiento público de los criterios que se utilizan en la toma de decisiones; de los resultados de los servicios, programas, políticas y sistemas de salud, y de los mecanismos de asignación de recursos y sus montos (Secretaría de Salud, 2001).

Esta evaluación se ha venido publicando anualmente, y es a partir de estos resultados que se analizará el caso de Baja California, además del apoyo de los planes de desarrollo estatal, el programa sectorial de salud, los marcos legales y las estadísticas tanto del Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD) como del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y de la Secretaría de Salud (SSA).

### ***3.1.2 Ámbitos en los que se desarrolla la evaluación de los servicios de salud en México***

Los ámbitos de evaluación existentes en la Secretaría de Salud son diversos. Algunos conciernen a la evaluación que realizan instancias externas al sector salud o a sus dependencias: Presidencia, Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM) y Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), y otros ámbitos se relacionan con los indicadores diseñados en el propio sector con el fin de dar seguimiento a los Programas de Acción, al Programa Nacional de Salud 2001-2006, a las dependencias del sector y a los Sistemas Nacional y Estatales de Salud. Estos

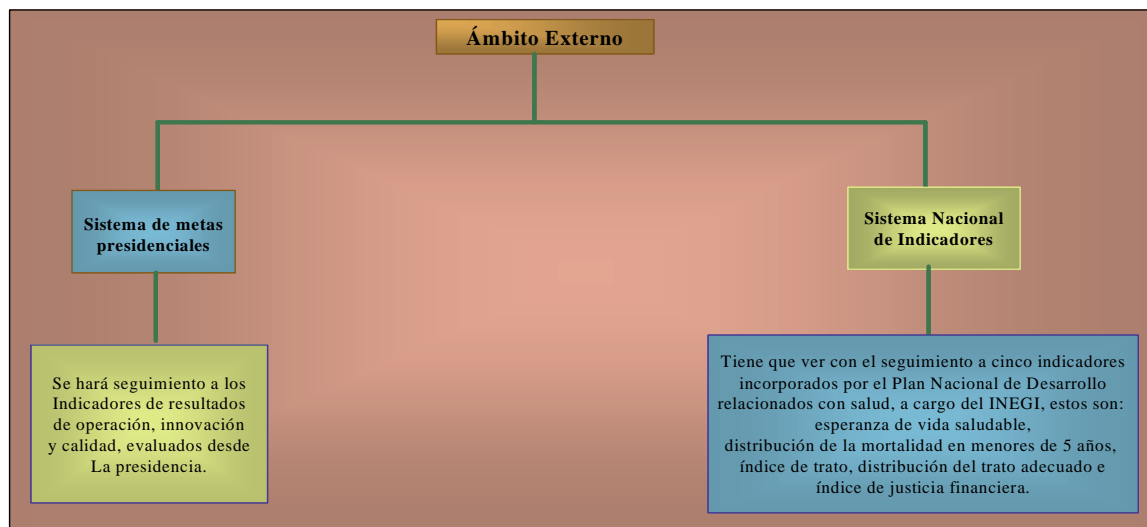
ámbitos se dividieron en dos grandes grupos: *i*) los ámbitos internos, cuya función es evaluar desde el propio sector salud al Sistema Nacional de Salud, a los Sistemas Estatales de Salud y a los diversos programas y servicios (figura 4), y *ii*) los ámbitos externos, cuya función es evaluar desde otras áreas al sector y sus dependencias (figura 5).

**Figura No. 4**  
**Ámbitos Internos de Evaluación**



**Fuente:** Elaborada con base en el documento Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006. Secretaría de Salud (2002).

**Figura No. 5**  
**Ámbitos Externos de Evaluación**



**Fuente:** Elaborada con base en el documento Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006. Secretaría de Salud (2002).

El objetivo de conocer estos ámbitos es visualizar, a través de cada uno, cómo se establecieron los indicadores de evaluación acordes con los parámetros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), organización de la que México forma parte.

En este sentido, es invaluable tener como base de la investigación este documento, ya que con él se puede tener información del sector salud con indicadores unificados para todos los estados del país a partir de 2001, lo que facilita hacer un contraste con la información de años anteriores y analizar los aspectos que se incluyen como nuevos y relevantes en la reciente propuesta de reformas al Sistema Nacional de Salud.

### ***3.2 Categorías principales de análisis: aspectos importantes para redefinir el sistema de salud***

Las categorías disponibilidad, accesibilidad, equidad y calidad utilizadas en esta investigación se enmarcan, por un lado, en los objetivos trazados en la política de descentralización de los servicios de salud en México y, por el otro, en los estándares de salud planteados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Estas categorías serán el termómetro para medir, en el marco de la relación entre la descentralización, las políticas públicas y las relaciones intergubernamentales, lo que ha representado la política de descentralización de los servicios de salud para Baja California, con el fin de observar de cerca qué factores de esa relación han impactado de forma directa en la disponibilidad, la accesibilidad, la equidad y la calidad de los servicios de salud en el estado.

Para conceptuar y dar cuenta de la importancia de estas cuatro categorías, es importante conocer los cambios que ha tenido el concepto de salud y cómo esta nueva mirada ha influido de manera relevante en las reformas que los diversos gobiernos comienzan a plantearse para mejorar la prestación de los servicios públicos de salud en sus respectivos países.

En este orden de ideas, es importante ver cómo durante la primera mitad del siglo pasado era común que la salud se definiera negativamente como la ausencia de enfermedades. Este concepto cambió en forma radical con los principios que rigen a la Organización Mundial de la Salud (OMS), que definió a la salud positivamente como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones y enfermedades” (OMS, 1991; OPS, 1991). Desde entonces la salud se ha definido en un sentido más amplio, debiéndose entender con relación al medio ambiente, la nutrición, la alimentación, el trabajo y las condiciones de vida. Por lo tanto, también abarca la pobreza y la distribución del ingreso.

Es a raíz de este concepto comprensivo de salud que ésta empieza a ser considerada como parte fundamental de los derechos humanos. En la constitución de la OMS se señala que “el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. La importancia de la enunciación de este principio radica en que fue la primera vez que los estados reconocieron el derecho de las personas “al grado más alto de salud, bajo los parámetros de universalidad, sin discriminación, de ningún tipo, asegurando el acceso y el disfrute equitativo” (Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos - PROVEA, 1996).

En esta línea de pensamiento, en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de septiembre de 1966 y que entró en vigor el 3 de enero de 1976) se definen los compromisos asumidos por los gobiernos de la siguiente manera:

1. Los gobiernos que hacen parte del presente pacto deben reconocer el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental;
2. Entre las medidas que deberán adoptar los gobiernos que participan del presente pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, están:
  - a) La reducción de la mortalidad (número de nacimientos de niños muertos en una población y período determinado) y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas, y
- d) Las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Esta nueva visión de la salud llevó a los gobiernos a replantearse retos no sólo legales sino en el diseño mismo de las políticas públicas para incluir una serie de variables importantes y básicas para poder lograr una prestación de servicios de salud con eficiencia y eficacia, y es ahí donde conceptos como equidad, disponibilidad, accesibilidad y calidad comienzan a ser temas claves para diseñar e implementar esas políticas públicas de salud.

Si analizamos algunos ejemplos desde el punto de vista legal, notaremos cómo la nueva mirada con que se maneja el concepto de salud genera una serie de reformas en las que las categorías de equidad, disponibilidad, accesibilidad y calidad empiezan a tener un lugar privilegiado en las constituciones políticas de cada país y en las reformas planteadas en el sector salud.

La mayoría de los gobiernos en diversos países, incluyendo los de Latinoamérica en las décadas de los ochenta y noventa, iniciaron reformas de sus sistemas de salud. Un ejemplo de ello es México, que a partir de los años ochenta inicia una serie de ajustes legales para lograr hacer cumplir el derecho que tiene toda persona a recibir servicios de salud con eficiencia y eficacia, aspecto que se comienza a traducir en la descentralización de la salud.

### ***3.2.1 Resultados de las reformas en salud planteadas en México por los diversos gobiernos***

Los avances hechos en materia de salud en el último medio siglo han sido significativos, pero aún persisten tres grandes retos que se deben superar: la equidad, que obedece al rápido cambio de los perfiles de salud que han ocurrido con la prevención epidemiológica y al hecho de que esta transición se ha dado con enorme desigualdad entre las distintas regiones del país y entre los



diferentes grupos sociales; la calidad, un reto fundamental relacionado con el desempeño heterogéneo y con el trato a la población, y la protección financiera, que estriba en la inseguridad y en el riesgo de que la población experimente gastos catastróficos al atender la salud (Frenk, 2001).

Estos tres retos tienen un determinante común: la inversión insuficiente que en forma histórica se ha realizado en materia de salud en México, lo cual ha conducido a una serie de rezagos crónicos. Para ilustrar mejor esta situación, conviene analizar la inversión que en 1998 hizo el país como proporción de su PIB a la salud. Se puede constatar que, con relación al tamaño de la economía mexicana, la inversión en salud es definitivamente insuficiente: 5.6 por ciento del PIB, por abajo del promedio latinoamericano de 6.1 por ciento e inferior a países con nivel de desarrollo inferior al mexicano, como Bolivia con su 5.8 por ciento, y desde luego muy por debajo del grupo de países latinoamericanos que están teniendo inversiones más cuantiosas en materia de salud, como son los casos de Uruguay (10%) y Colombia (9.3%). Estos resultados constituyen, sin duda, la motivación fundamental para el gran cambio que el sector salud requiere en el país, y que es materia de discusión en la actualidad. De ahí que se debe pensar en una hacienda pública distributiva en materia de salud como el primer elemento fundamental de la respuesta a los retos en salud que deben ser superados (Frenk, 2001).

Sin duda alguna, las reformas realizadas al sector salud en los últimos gobiernos han sido importantes para México, y esto se ve reflejado en indicadores como la esperanza de vida y la erradicación de varias enfermedades típicas de la pobreza; pero aun así han sido insuficientes para lograr la eficiencia y eficacia que debe tener todo sistema de salud.

Es evidente que estas deficiencias se ven reflejadas en el número de población (50%) que no cuenta con afiliación a la seguridad social en el país; es por eso que, pese a los cambios introducidos al artículo cuarto de la Constitución para que la salud se elevara a la categoría de derecho, aún sigue sin cumplirse. Y es todavía más grave que hoy, después de 23 años de haberse iniciado la descentralización de este sector como una de las reformas más prometedoras, no se ha

logrado una reforma fiscal que, como lo reflejan los datos expuestos, aporte más recursos para atender las demandas de salud de la población mexicana.

Esto lleva al segundo componente de la reforma, que es la reforma estructural en salud. No basta con tener más dinero para la salud: es necesario generar más salud por el dinero, y éstas son las dos caras de la moneda que determinan el desempeño de un sistema de salud. Para ello, el Programa Nacional de Salud plantea cinco estrategias sustantivas que se relacionan directamente con los retos y que van definiendo los objetivos de un sistema de salud, que son la base para medir su desempeño (Frenk, 2001).

1. Alcanzar la federalización efectiva en materia de salud, tras los grandes avances de una política de descentralización de Estado. Hay que consolidar y dar lugar a un esquema de federalización efectiva en todos los ámbitos.

2. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud.

3. Consolidar un sistema que no sea sólo de salud sino universal, en el que, aunque se mantenga la diversidad de fuentes de financiamiento que se derivan de nuestro régimen jurídico, se permita cada vez más la desagregación en el acceso a los establecimientos para la prestación de los servicios.

4. Ampliar la libertad de elección y la participación ciudadana. La libertad de elección no nada más es un derecho, sino además tiene un valor instrumental, porque se vuelve una de las señales más claras de la satisfacción de la población con los prestadores de servicios.

5. Fortalecer la inversión en infraestructura física, recursos humanos y, de manera muy importante, conocimiento. Aquí es donde se concentra gran parte del rezago, y esa subinversión se expresa en la carencia de infraestructura física (sobre todo, en el segundo y en el tercer nivel de atención), en problemas de desequilibrio para los recursos humanos y principalmente en materia de investigación y desarrollo. Si algo sabemos en salud, es que el cambio de salud, el progreso en salud, tiene como base fundamental el conocimiento, de manera que invertir en esta materia es una de las grandes estrategias para lograr los objetivos de un sistema de salud eficiente, eficaz y efectivo.

### ***3.2.2 La equidad: una mirada del concepto desde una dimensión integral***

La equidad en salud no concierne únicamente a la salud vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humana. En efecto, la equidad en salud tiene un alcance y una relevancia enorme. La salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar –invertir en la salud es también invertir en el capital humano; es necesario verla como una inversión para el desarrollo de los países–. Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura. La equidad en la realización y distribución de la salud queda así incorporada y forma parte integral de un concepto más amplio de la justicia (Sen, 2002).

Teniendo en cuenta el planteamiento anterior, se puede decir que la discusión teórica sobre la equidad en salud ocurre desde diversos puntos de vista y por distintos autores. Es por eso que se pueden encontrar varios planteamientos, tales como el enfoque igualitarista, que hace una distinción entre la equidad horizontal y la equidad vertical, que plantean Barr y Wagstaff Van Doorslaer (1993); el enfoque neoliberal estudiado por Pereira (1998), y la teoría de la justicia desarrollada por Rawls (1978), a los que se unen las propuestas e indicadores que se han elaborado para conceptualizar, medir y lograr la equidad en salud.

Otros ejemplos son las discusiones de Sen (2002) y Anand y Hasen (1997-1998) acerca del enfoque que se le debe dar a indicadores tales como los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y los años de vida ajustados en función de la calidad (AVAC), o cómo manejar elementos que tienen que ver directamente con la equidad en salud planteados por Frenk

(1998): la doble carga epidemiológica, la transición epidemiológica polarizada, las enfermedades de la pobreza, las enfermedades del desarrollo, el uso de indicadores como los años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP) o la aplicación de nuevos indicadores, como el índice de inclinación de la desigualdad (mide la variación absoluta) y el índice relativo de desigualdad, ambos propuestos por Wagstaff (1991). Aspectos estos que sin duda alguna buscan que en las políticas de salud haya una prestación de servicios más igualitaria, dado que sus objetivos de equidad están expresados y contemplados en las diversas propuestas legales y de diseño e implementación.

En este sentido, existen otros planteamientos sobre la equidad en salud. Las inequidades en salud se pueden ver desde diversos puntos de vista: unas obedecen a diferencias biológicas que no se sabe cómo evitar o atender y otras son resultado de decisiones libres que tienen que ver con los estilos de vida de las personas; hay otras más que tienen un carácter transitorio, como aquellas que son producto de comportamientos que promueven la salud y que son adoptados por un grupo antes que por otro. Estos tres tipos de diferencias, según los autores, no plantean dilemas éticos. Pero sí hay diferencias, sin embargo, que constituyen casos paradigmáticos de inequidad injustificable. Se trata de aquellas diferencias producto de comportamientos nocivos para la salud en los que la capacidad de elección se ve severamente restringida: las que resultan de la exposición a condiciones de vida y de trabajo insalubres y estresantes, y las debidas a un acceso limitado a bienes y servicios esenciales de salud por causas de orden político, económico y social (Whitehead, 1990; Dahlgren, 1991, citado en Gómez *et al.*, 2004).

A modo de ejemplo, lo anterior se puede ver en lo encontrado por Gómez *et al.* (2004) sobre lo que ha significado la equidad para el sector salud en México, en un estudio donde se analizan los programas propuestos por la Secretaría de Salud para alcanzar la equidad en la prestación de servicios de salud incrementando el acceso. Exponen los autores que, de acuerdo con cifras oficiales, en 1995 el 10 por ciento de la población no asegurada de México (es decir, 10 millones de personas) carecía de acceso regular a los servicios básicos de salud. Con el fin de enfrentar este problema, la Secretaría de Salud implantó el Programa de Ampliación de Cobertura

(PAC), que ofreció entre 1996 y 2000 un paquete de 12 intervenciones a esos 10 millones de mexicanos. La oferta de servicios para las poblaciones pobres que ya contaban con cierto nivel de atención también se reforzó a través de este programa. A mediados del año 2000, según los responsables del programa, el PAC había alcanzado a prácticamente toda su población objetivo, lo que significaba que de cada 100 mexicanos 99 tenían acceso por lo menos a los servicios esenciales de salud. Esta afirmación resulta, sin embargo, difícil de sustentar, ya que nunca se pusieron a disposición del público los resultados de algún esfuerzo de evaluación que demostrara estos logros. No obstante, era conocido que la cobertura de las intervenciones del paquete era muy irregular y que un número elevado de personas recibía servicios básicos de salud de manera muy esporádica y a través de las brigadas móviles de salud, es decir, ni siquiera accedían a instituciones de primer nivel.

Diversos aspectos encontrados en el estudio, como el expuesto, llevaron a concluir a los autores que en México, con relación a la atención a la salud, las principales iniciativas de reforma de la segunda mitad de la década de 1990 se relacionaban con la ampliación de la cobertura de servicios esenciales y con la descentralización de los servicios de salud, y que las actividades concernientes a la justicia del financiamiento, la fragmentación del sistema, el énfasis en la atención curativa especializada, la rendición de cuentas y la transparencia fueron escasas.

Ello fue así, sin duda alguna, como lo muestra el caso que mencionan Gómez *et al.* Además, las investigaciones realizadas por varios autores para evaluar los impactos sobre la descentralización del sector en salud en México<sup>47</sup> señalan que las reformas del sector salud, como la descentralización, reflejan la ausencia de elementos esenciales, como el diseño de políticas públicas con una orientación hacia la gestión intergubernamental y bajo un enfoque de relaciones intergubernamentales, aspectos que, indudablemente, son de vital importancia para que se lleve a cabo una reforma estructural del sistema y se superen los rezagos de salud.

---

<sup>47</sup> Leyva, 1997; Cabrero, 1997; Ornelas, 1998.

Para continuar con la discusión del concepto de equidad, según Díaz (1999), en la política de descentralización de la salud en México este concepto estuvo incluido y manejado como parte de la eficiencia del gasto para transferir recursos, y en el caso del rubro de los servicios de salud se desarrolló una fórmula de distribución para fomentar la equidad, cuyos componentes fueron una medida del gasto per cápita en salud mínimo aceptable y la población abierta en cada entidad, pero esta fórmula sólo se aplicó para los recursos remanentes, los cuales representaron alrededor del 1 por ciento del total. Como asevera el autor, se puede ver claramente cómo la equidad no se aplica, en primer lugar, porque se dejan de lado varios elementos relevantes en las transferencias que tienen como base a la población abierta, que en muchas ocasiones no se cuantifica de forma real, lo que genera transferencias inequitativas.

Otros elementos son los costos de la provisión de los servicios y el tipo de servicios requerido, ya que éstos pueden diferir entre las regiones por los distintos tipos de atención requerida y por el grado del rezago. En este sentido, se podría estar promoviendo un criterio de equidad vertical, lo que implicaría un gasto diferenciado entre regiones. Si éste fuera el caso, se vería, por ejemplo, que las transferencias federales favorecerían a los estados más marginados, lo cual no ocurre (Merino, 2004).

Y así como los ejemplos anteriores, hay diversas investigaciones que muestran que en México el problema que persiste en el sistema de salud es su segmentación, y esto hace que las instituciones de seguridad social tengan un mayor gasto per cápita, lo que refleja una desigualdad en la calidad de la atención que se traduce en los deficientes servicios que se ofrecen a la población no asegurada.

En este sentido, es necesario que se establezcan criterios claros para lograr la equidad en la prestación de servicios de salud, con una mirada integral de los factores que inciden para que ello se logre. Por ejemplo, no se puede hacer a un lado el factor fiscal como parte importante en la búsqueda de la equidad, pero tampoco se deben excluir los factores social, político, cultural,

etcétera, que sin duda alguna son importantes para lograr una prestación de los servicios de salud más equitativa.

Para el caso de esta investigación, y considerando los factores con los que se ha manejado el concepto de equidad en la política de descentralización en México (recursos económicos, técnicos y humanos), este concepto va a hacer referencia a prácticas y servicios no discriminatorios, en el sentido de que todos los mexicanos, sin distinción alguna, deben tener el derecho de acceder al sistema de salud y a gozar de sus beneficios. Sin embargo, esta igualdad no significa asegurar, de manera uniforme, lo mismo para todos, sino garantizar que haya oportunidades similares para aquellos sectores que encuentran mayores obstáculos para la satisfacción del derecho a la salud, y en particular para los sectores más vulnerables. Implica también la distribución de recursos presupuestarios, técnicos y humanos con base en las necesidades individuales y colectivas (Lavielle *et al.*, 2004).

Para enfrentar los problemas de equidad, el Programa Nacional de Salud identifica tres grandes estrategias. **La primera** está orientada a vincular a la salud con el desarrollo económico y social; lograr no sólo una política de salud en el sector especializado, sino una política saludable en todo el quehacer gubernamental: políticas que promuevan la salud en todos los ámbitos del quehacer. **Segunda**, un ataque frontal a los rezagos en salud que afectan hoy a los pobres, consolidando programas de extensión de cobertura. Y **tercera**, enfrentar la transición epidemiológica, que se caracteriza por el traslape de dos desafíos: el rezago en salud, que representan las enfermedades infecciosas comunes, la desnutrición y los problemas de salud reproductiva, y los problemas emergentes, representados por las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, padecimientos mentales, adicciones, etcétera) y las lesiones, lo que refleja un incremento en los riesgos asociados a la industrialización y la urbanización. Estos problemas emergentes, por cierto, también son más comunes entre la población pobre, y por ello se incluyen en el gran objetivo de reducir la desigualdad.

No se puede olvidar que los daños a la salud en México siguen siendo mayores en las comunidades rurales dispersas y en la periferia de las grandes ciudades que en las zonas urbanas, en las entidades del sur del país que en los estados del norte, y en las familias de menores ingresos, sobre todo las indígenas, que en las de mayores ingresos. De ahí que, debido a que la carga de las enfermedades se ha distribuido de manera desigual en el país, la evaluación de este sector a través del Programa Nacional de Salud 2001-2006 busca superar tres grandes retos que, pese a los avances en el sistema de salud, aún aparecen en el rezago histórico: la equidad, la calidad y la protección financiera.

### ***3.2.3 Disponibilidad: una forma de llegar a la cobertura total***

Hablar de disponibilidad en salud implica contar con un sistema funcional de salud pública, instalaciones, bienes y servicios para garantizar la atención de la salud, así como la existencia de programas con cobertura amplia que permitan asegurar el acceso a agua potable y a condiciones adecuadas de sanidad, a hospitales, clínicas y otras instancias relacionadas con el cuidado de la salud. También implica la atención de personal profesional y bien capacitado, así como la existencia y el abastecimiento de medicamentos esenciales (UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000).

En esta categoría entra la cobertura como un elemento que ayuda a medir hasta dónde la disponibilidad es eficiente, y aquí sobresalen indicadores básicos: la cobertura de inmunizaciones (programas de vacunación), el abastecimiento de agua potable y el saneamiento (alcantarillado y eliminación de excretas).

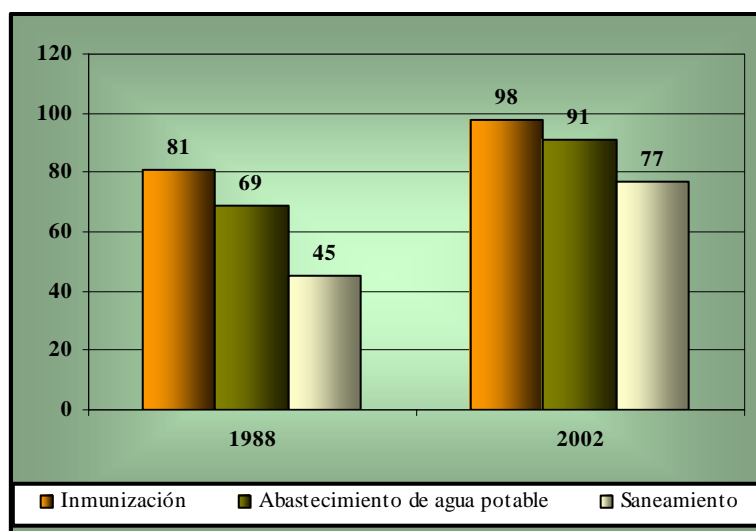
En este sentido, en cuanto a la cobertura en México, si se realiza un análisis de estos tres indicadores en dos períodos distintos, se puede ver que en 2002 las inmunizaciones habían logrado una cobertura del 98 por ciento, frente a un 81 por ciento en 1988; en abastecimiento de agua potable el país logró una cobertura del 91 por ciento en 2002 frente a un 69 por ciento en 1988, y



finalmente, en saneamiento (alcantarillado y eliminación de excretas) el país incrementó la cobertura de 45 por ciento en 1988 a 77 por ciento en 2002 (gráfica 1).

Estos porcentajes indican que en 16 años el país casi logra el 100 por ciento de la cobertura en las inmunizaciones, al igual que en el abastecimiento de agua potable; aunque el rezago se mantiene en el saneamiento (alcantarillado y eliminación de excretas), pues un 33 por ciento de la población todavía no lo posee, aspecto este que repercutirá en la salud de las personas, principalmente en el área rural (Miranda, 1994; OPS, 1991-2005).

**Gráfico No. 1**  
**Indicadores básicos para medir la disponibilidad de servicios públicos en México, 1988 - 2002**



**Fuente:** Elaboración con base en Miranda (1994); OPS (1991, 2005).

En esta comparación se puede ver cómo estos tres indicadores básicos de salud, en cuanto a la disponibilidad se refiere, tienen una incidencia fuerte en la prevención de enfermedades: si no se logra la cobertura total, el deterioro de la salud será mayor y, por ende, la inversión en la fase curativa se incrementará; de ahí la importancia de invertir más recursos en los programas de prevención.

Es necesario resaltar que con relación a la disponibilidad existe un indicador clave de discusión: el manejo de los recursos económicos, y que en este sentido la controversia es amplia.

Debido a las diversas propuestas que existen para lograr que los recursos económicos contribuyan de forma favorable a mejorar la salud, las discusiones en torno a este indicador han ido desde el establecimiento de políticas distributivas tendientes a generar mayor cobertura (subsidios) hasta la focalización de los recursos (asignar recursos a los más pobres y vulnerables), las llamadas cuotas de recuperación<sup>48</sup> y la negociación del Estado con los proveedores de servicios privados de salud (Banco Mundial, 1987).

Entre los indicadores existentes en la categoría de disponibilidad, el manejo de los recursos económicos ha sido quizá el que más debates ha generado en la política de descentralización de la salud, sin llegar todavía a que se establezcan convenios entre los diferentes órdenes del gobierno, no sólo en México sino en los demás países de la región, con el fin de buscar una fórmula que garantice una disponibilidad de los recursos de acuerdo con las necesidades de cada región.

Un sistema de salud moderno debe garantizar que los esquemas financieros sean justos y que protejan a la población contra gastos excesivos por motivos de salud (gastos catastróficos); sin embargo, en este rubro el sistema mexicano tiene un desempeño inadecuado. Si se analiza el gasto de bolsillo de la población mexicana, se puede ver que un alto porcentaje, casi el 50 por ciento, de las personas no cuenta con ningún tipo de seguro, lo que hace que el gasto de bolsillo represente más de la mitad del gasto total en salud; esto genera, a la vez, que un alto porcentaje de los hogares mexicanos corra el riesgo de empobrecerse para acceder a la atención que requiere.

Según las cuentas nacionales de salud, más del 50 por ciento del gasto total en salud en México es gasto privado y más del 90 por ciento es gasto directo del bolsillo personal; además, este gasto es mayor en los hogares más pobres, y finalmente, se calcula que cada año entre dos y tres millones de hogares mexicanos usan más de la tercera parte de su ingreso disponible para financiar la atención de su salud, con lo que incurren en gastos catastróficos (Secretaría de Salud, 2002).

---

<sup>48</sup> Forma de financiamiento de los servicios de salud para población abierta que consiste en el cobro directo y al momento de la atención médica en hospitales o centros de salud de las instituciones públicas.

Estos datos sugieren que un sistema de salud, para prestar servicios de salud con equidad, disponibilidad, accesibilidad y calidad, debe ser eficiente y eficaz; lo contrario refleja un sistema ineficaz y poco efectivo para la población.

#### **3.2.4 La accesibilidad: una meta que hay que lograr**

Esta categoría se refiere al acceso a los servicios de salud a lo largo de las distintas etapas de la vida y en cualquier condición geográfica de la población. Significa también que los servicios de salud deben estar a la mano para todos sin discriminación, en particular para los sectores más vulnerables o marginados de la población, e implica la accesibilidad física, económica y en términos de información (UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000).

En esta categoría es necesario incluir subcategorías relacionadas con el acceso. Por ejemplo, la **gratuidad**, que se refiere a la obligatoriedad de los Estados de garantizar la salud a toda la población, en especial a aquellos sectores más vulnerables y a los que carecen del acceso a sistemas de seguridad social o de recursos. La gratuidad se relaciona de manera directa con la accesibilidad, ya que “está demostrado que la implantación de cobros de tarifas a los usuarios determina una disminución en la demanda de los servicios sanitarios” (PNUD, Informe de Desarrollo Humano, 1991). Otra subcategoría es la **universalidad** del derecho a la salud, que supone que todos los habitantes del país deben tener acceso a los servicios preventivos y curativos y a las demás medidas relacionadas con la preservación de la salud, gozando de las mismas oportunidades y beneficios. En este sentido, “la universalidad supone también que deben eliminarse las barreras que impiden el ejercicio del derecho en condiciones dignas” (Provea, 1996). La **progresividad e irreversibilidad** alude al carácter progresivo del derecho a la salud, lo que implica que los Estados tienen la obligación continua de avanzar, de la manera más efectiva y expedita posible, hacia su plena realización. El derecho a la salud evoluciona progresivamente, creando referentes en cuanto a su goce y ejercicio; los logros alcanzados no admiten retrocesos. La política gubernamental no debe

conducir a una disminución de los estándares alcanzados en materia de acceso a los servicios de salud, independiente de la coyuntura económica o política (UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000).

Otro aspecto central que se debe tener en cuenta en la categoría de acceso a los servicios de salud es la evaluación de las barreras, ya sean geográficas, financieras o de oferta.<sup>49</sup> En esta línea, vale la pena mencionar la propuesta que se hace en el documento de la Primera Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar 2002 (en adelante, CIMF) de crear mecanismos que contribuyan a conocer esos obstáculos, y para ello recomienda, por ejemplo, mediante la búsqueda de mecanismos diversos, como encuestas en puntos de atención médica, postales, telefónicas o domiciliarias, conocer y evaluar las barreras para el acceso oportuno a los servicios.

Otro aspecto interesante de este documento que se debe tener en cuenta es la forma en que, en el contexto del proceso de atención, el acceso está relacionado también con la calidad; de ahí la necesidad de evaluar, como parte de la categoría “acceso”, aspectos como el proceso de atención, que puede reflejarse en las historias clínicas, que pueden indicar si los usuarios han recibido los cuidados apropiados, de acuerdo con su perfil de edad, sexo o grupo de riesgo en los cuidados preventivos, o con la dolencia o enfermedad, en el caso de los cuidados terapéuticos, agudos o crónicos. Otros indicadores de acceso propuestos pueden ser el porcentaje de población beneficiaria que consulta al año, el porcentaje de control prenatal estándar, el porcentaje de población susceptible que recibe prácticas preventivas, etcétera.

Pero hablar de acceso en un país como México, donde actualmente un 50 por ciento de la población no tiene afiliación a ningún tipo de seguridad social, lleva a pensar en la necesidad de buscar mecanismos que contribuyan a bajar estas cifras. Existe un programa que el gobierno federal

---

<sup>49</sup> Es importante mencionar que la accesibilidad se relaciona directamente con variables tales como distancia, tamaño y tipo de clínica, hospital, centro de salud, etcétera. Un estudio realizado en Costa Rica, con el que se pretendió evaluar la variable “acceso”, demostró que el tamaño y el tipo de la institución prestadora del servicio tuvo un impacto mayor en los usuarios en el momento de acceder a recibir atención en salud que la variable geográfica (Rosero, 2000).

implementó en 2002, llamado el “Seguro Popular”, que busca contribuir a disminuir estas estadísticas.

En este estudio tomaremos como indicadores centrales para evaluar la accesibilidad a los servicios de salud los siguientes: programas de planificación familiar, diabetes mellitus, hipertensión arterial, consultas especializadas y odontológicas, esquemas de vacunación y acceso físico, entendido como la distancia que existe para acceder a los servicios de salud de segundo y tercer nivel.

### **3.2.5 *La calidad: un compromiso humano***

En general, los principales factores que definen la buena calidad de la atención están asociados al trato personal, a la mejoría en la salud y a la preparación técnica del personal. En este sentido, en un estudio realizado en México se encontró que el buen trato personal fue el principal factor relacionado con la buena calidad de la atención, seguido de la preparación técnica y en último lugar estuvo la mejoría que las personas habían tenido en su salud (Ramírez *et al.*, 1998).

Este mismo estudio indagó cuáles eran los tres principales motivos de la percepción de mala calidad del servicio, y para el caso de los usuarios pertenecientes a la población abierta esos motivos fueron los tiempos de espera largos, la falta de recursos materiales y el mal trato del personal.

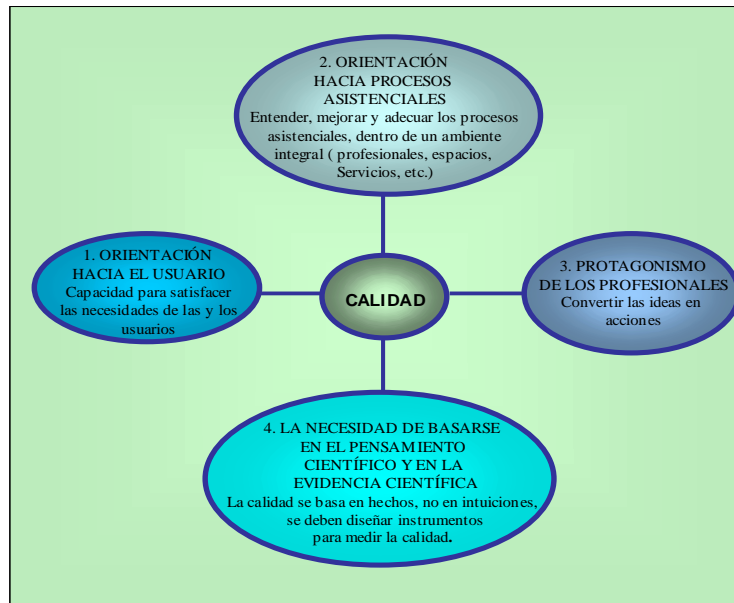
Por su parte, el Informe Salud México 2004 expone que entre los reclamos más frecuentes de los usuarios de los servicios de salud en cuanto a la calidad se refiere se encuentran: el trato recibido del personal médico y no médico de las unidades de salud, y los largos tiempos de espera que se requieren para recibir la atención médica. Debido a esto, dice el informe, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud ha fijado entre sus prioridades el monitoreo de los tiempos de espera tanto en los servicios de consulta externa como en los servicios médicos de urgencia. Más adelante se verán los resultados.

En este orden de ideas, la exigencia de la calidad en los servicios de salud es ya una prioridad para la población. Hoy la sociedad exige calidad y eficiencia a los profesionales de la salud; de ahí que el documento de la Primera Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar 2002 (en adelante CIMF) exponga que cuando se habla de mejorar la calidad de los servicios de salud es necesario hacerlo desde una perspectiva amplia, más allá de los elementos técnicos que la conforman y incorporando expectativas de los profesionales, pero sobre todo considerando las necesidades y deseos de la población, puesto que probablemente sea ésta el motor más importante de cambio en un futuro cercano. Hablar de calidad hoy es lograr a través de los servicios de salud una satisfacción plena de quien da y recibe el servicio.

Otro aspecto interesante de anotar, analizado en la CIMF, es cómo el concepto de calidad en el sector salud comienza a ser observado desde los escenarios de la planificación y toma de decisiones, dándole un carácter preferencial en la formulación de planes y estrategias de los diferentes actores implicados, de ahí que se presente como un elemento importante en la formulación de políticas para este sector.

Si tenemos en mente que un elemento valioso de la atención de la salud es la prevención, es necesario insistir cómo en este aspecto se debe considerar la calidad asistencial, y ésta debe verse como un concepto multidimensional y dinámico. Se le puede definir como aquella que da lugar a la “provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario” (CIMF, 2002). Este concepto incluye cuatro premisas importantes para lograr una continua mejora de la calidad en el sector salud (figura 6).

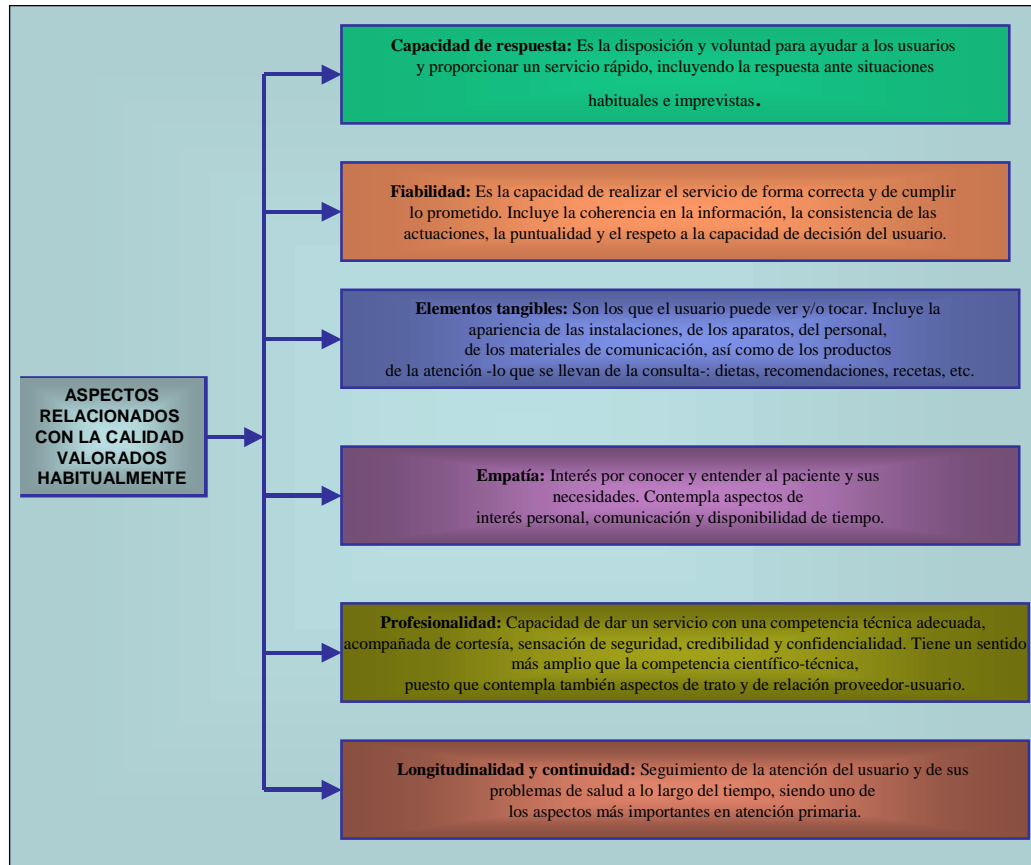
**Figura No. 6**  
**Premisas para lograr la calidad en los servicios de salud**



**Fuente:** Elaboración con base en el documento CIMF (2002).

En el concepto de calidad también están presentes otros aspectos importantes. Por lo general se considera que a los usuarios de los servicios de salud les resulta difícil valorar la calidad técnica, pero esto no significa que no puedan evaluar otros aspectos también importantes. Está demostrado que los factores que influyen realmente en la valoración de la calidad por parte de la población suelen ser de otro tipo. Por ejemplo, debe tenerse en cuenta que cualquier persona, antes de entrar en la consulta, ha recibido ya múltiples señales de la calidad del servicio: facilidad y amabilidad en la atención telefónica, adecuación de horarios de asistencia, estado del centro de salud, puntualidad, etcétera (CIMF, 2002). Estos aspectos se encuentran resumidos en la figura 7).

**Figura No. 7**  
**Algunos aspectos relacionados con la valoración de la calidad en los servicios de salud**



Fuente: Elaboración con base en el documento CIMF (2002).

En este sentido, es necesario también considerar que no existe una fórmula mágica y única para lograr la calidad en los servicios de salud, y esta perspectiva se resume muy bien en lo que plantea el documento CIMF:

“La calidad es un concepto dinámico y que debe adaptarse a cada contexto. Existe una metodología que ha demostrado ampliamente su utilidad, pero no sirven moldes ni fórmulas rígidas. Habrá una serie de variables específicas de cada país que determinarán las líneas estratégicas y prioridades en políticas de calidad” (CIMF, 2002:9).

Estas premisas, sin duda, repercutirán en la prestación de servicios con calidad; pero es necesario puntualizar que la aplicación de éstas puede variar según cada país, así como las políticas encaminadas al logro de las mismas. De igual forma, se aplicarán en grados distintos acordes con las necesidades y recursos de las regiones.



Para el caso de México, en lo que tiene que ver con la calidad, el Sistema Nacional de Salud contempla dos dimensiones: la técnica, cuyo objetivo es elevar el nivel general de salud y que busca enfrentar los problemas con definiciones explícitas de prioridades, y la interpersonal, que lleva a garantizar un trato adecuado y se expresa en la estrategia que da sustento a la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud que se lleva a cabo en todo el país.

Para que un sistema de salud sea eficiente, eficaz y efectivo, debe responder al reto que los usuarios del sistema exigen, y éste se orienta a ofrecer servicios de salud con equidad, disponibilidad, accesibilidad y calidad. Para el caso de esta investigación, estas categorías serán tomadas como variables básicas para analizar hasta dónde la política de descentralización del sector salud en Baja California ha dado respuesta a este reto.

El análisis de la información se desarrollará en el marco teórico antes expuesto, y el objetivo principal es visualizar cómo estas variables se han ido logrando en la prestación de los servicios de salud enmarcadas en la relación de tres elementos claves: la descentralización, las políticas públicas y las relaciones intergubernamentales. Esta relación es el eje central que conduce este estudio con un solo fin: conocer el impacto que ha tenido la presencia o ausencia de la interacción de estos tres elementos en la implantación de la política de descentralización del sector salud en el estado.

## Capítulo IV: Antecedentes de la Descentralización del Sector Salud en Baja California

### 4.1 Aspectos generales del estado de Baja California



Fuente: <http://www.mundoaldia.com/mexico/guiamapas.asp?IdEstado=Baja%20California%20Norte>

En el presente capítulo se presenta una visión general de lo que es el estado de Baja California, su ubicación y características especiales; así mismo, se describe el sector salud y los dos periodos que caracterizan la descentralización de sus servicios.

Como se expuso en el capítulo I, la descentralización de los servicios de salud en México se produjo en dos etapas, la primera iniciada en 1984 y la segunda en 1996. En esta última etapa es

cuando Baja California entra a este proceso y en la que, junto con el estado de Chihuahua, se convirtió en uno de los dos últimos estados que firmaron el convenio de transferencia.

A continuación se hace una breve descripción del estado y, en un segundo término, un análisis más detallado de lo que ha sido la política de descentralización del sector salud.

#### ***4.1.1 Características geográficas***

El estado de Baja California está ubicado en el noroeste del país y está compuesto por cinco municipios: Mexicali, Tecate, Tijuana, Playas de Rosarito y Ensenada, que representan el 3.7 por ciento de los 1.964,375 km<sup>2</sup> que comprende la extensión total de México (INEGI-DGG, 1999). Baja California limita por el norte con Estados Unidos de América, por el noroeste con Sonora, por el este con el golfo de California, por el sur con el estado de Baja California Sur, y por el oeste con el océano Pacífico (INEGI, 2000). Su capital es la ciudad de Mexicali.

Es importante recalcar que Baja California hace parte de una de las tres fronteras que comparte México. La totalidad de la frontera con los Estados Unidos de América tiene una extensión de 3,152 kilómetros, que va desde el Monumento 258, al noroeste de Tijuana, hasta la desembocadura del Río Bravo en el Golfo de México, e incluye a otros estados limítrofes del norte del país: Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas (INEGI, 2000).

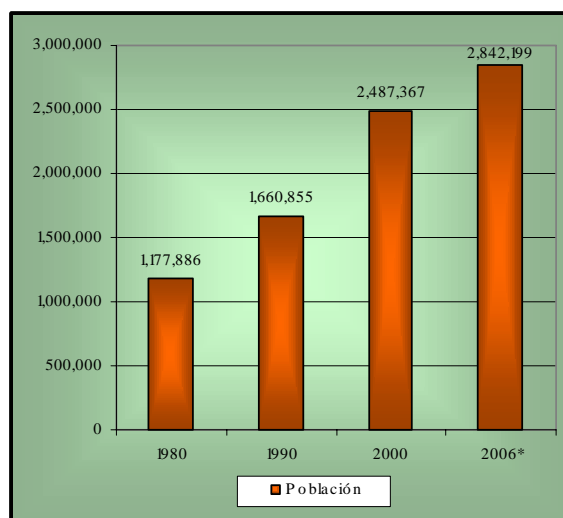
#### ***4.1.2 Aspectos sociodemográficos***

A continuación se presenta un análisis de lo que ha significado para Baja California el crecimiento poblacional a partir de los años ochenta y las repercusiones que este incremento ha tenido en el sector de la salud, a la vez que se analiza cómo este hecho, relevante para la región, se manejó y se sigue manejando en la política de descentralización de la salud.

Como se expuso, Baja California comparte una frontera de las tres que posee el país, y esta situación es un elemento que se debe tener en cuenta en las políticas estatales de cualquier orden, y principalmente no puede ser excluido de las políticas del sector salud, dadas las condiciones de salubridad que la movilidad puede generar en una frontera de esta magnitud.

La región de Baja California ha tenido durante los últimos diez años un crecimiento poblacional acelerado, con procedencia de personas de las diferentes entidades de la República Mexicana y de otros países; este crecimiento, como se puede ver en la gráfica 2, ha hecho que la región experimente una demanda más alta en servicios básicos como educación, salud y servicios de salud, entre otros.

**Gráfico No. 2**  
**Población de Baja California entre 1980 a 2005**



**Fuente:** INEGI (1930 a 2000). IV al XII Censos de Población y Vivienda. INEGI (1995). Estados Unidos Mexicanos. Censo de Población y Vivienda, Resultados Definitivos.

\* INEGI (2005). Resultados preliminares del II censo de población y vivienda.

En cuanto a la migración nacional, se calcula que anualmente inmigran a Baja California alrededor de 60 mil jornaleros a los municipios de Ensenada y Mexicali, provenientes de los estados de Oaxaca, Guerrero, Michoacán, Jalisco y Guanajuato, principalmente. Así mismo, si bien es cierto que el desarrollo económico impulsa los niveles de bienestar de la población, también lo es que este fenómeno está asociado a cambios ambientales, movimientos migratorios, importación de

estilos de vida y variación en los estándares ocupacionales, incluido el comercio de sustancias nocivas, legales o ilegales, que son condicionantes de riesgos para la salud. Y no hay que olvidar la existencia de un promedio de 50 mil personas que se encuentran a lo largo de la franja fronteriza en espera de cruzar a los Estados Unidos. Todos estos aspectos representan un importante riesgo epidemiológico, y generan a la vez un impacto negativo en la salud y en el presupuesto para la atención de la salud en la entidad (Plan Estatal de Desarrollo de Baja California, 2002-2007).

La llegada anual de jornaleros ha originado que el gobierno del estado se replantee una forma de atender la salud de esta población, lo que dio origen, en colaboración con el gobierno federal y los gobiernos de los principales estados de donde provienen estas personas, a un programa especial para atender a la población jornalera que se ubica en las zonas agrícolas de Mexicali y de Ensenada, y en específico en las áreas de San Quintín, Ojos Negros, Valle de la Trinidad y Maneadero.

Este programa, llamado “Vete Sano-Regresa Sano”, en 2003 tuvo 40,035 consultas (en las que se detectaron 1,036 padecimientos de diabetes, hipertensión, cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama, entre otros), organizó 438 sesiones educativas para la promoción del autocuidado de la salud y atendió a 20,235 migrantes. Con relación a la migración internacional, se cuenta con un módulo de atención a la población repatriada en las puertas fronterizas de Mexicali y Tijuana (Segundo Informe de Gobierno de Baja California, 2003).

Sin duda, la alta migración impacta de manera principal en los problemas sociales y económicos del estado. En el sector de la salud, influye fuertemente en la prevalencia de ciertas enfermedades del rezago y emergentes presentes en el perfil epidemiológico. Sobresalen las adicciones y las enfermedades de transmisión sexual (en especial, el VIH-SIDA), que han sufrido un incremento importante. Ello origina al mismo tiempo una demanda más alta de recursos económicos, físicos, humanos y materiales, que no se pueden atender, como menciona el Programa Sectorial de Salud del estado, por la insuficiencia de recursos, debido a que las fórmulas de

asignación del presupuesto utilizadas por el nivel federal no consideran el factor migratorio en la distribución de recursos a los estados fronterizos.

#### ***4.1.3 Aspectos generales de la salud en Baja California***

Los servicios de salud en México han experimentado a través de los años algunas modificaciones en su estructura; actualmente, estos servicios giran en torno de dos ejes principales: el Sistema Nacional de Salud (SNS) y los servicios privados de salud.

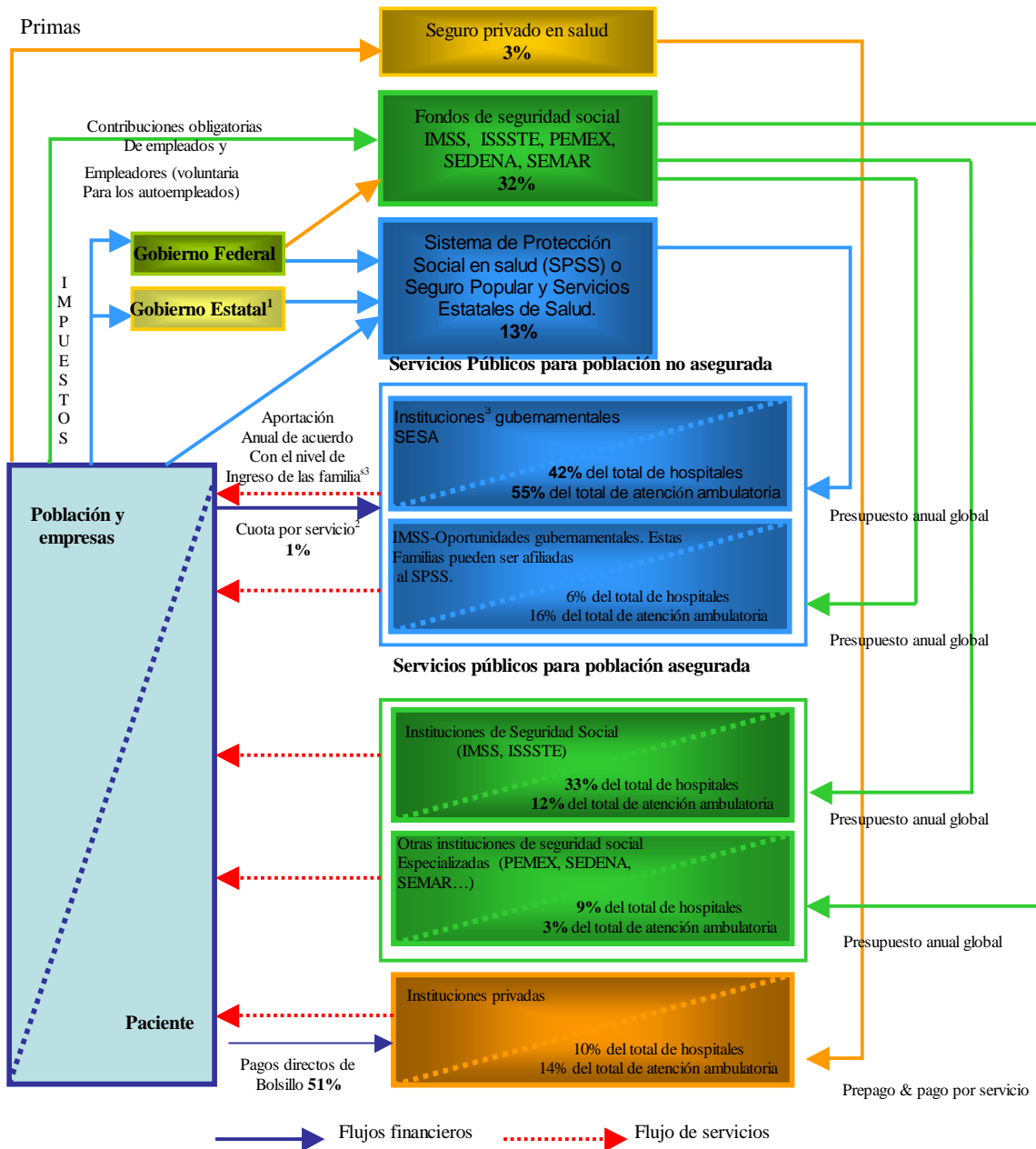
En el Sistema Nacional de Salud hay otros dos subsistemas y estos tienen que ver con la inserción laboral y la capacidad de pago, de ahí que existan varias instituciones. Los trabajadores de la economía formal deben de afiliarse por ley a alguna institución de seguridad social<sup>50</sup>, estas son: Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) quien concentra el mayor número de asegurados, seguido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR). El segundo grupo corresponde al sistema para población abierta<sup>51</sup> o no asegurada integrado por los Servicios Estatales de Salud (SESA), el IMSS-Oportunidades y el reciente Seguro Popular (OCDE, 2005) (figura 8).

---

<sup>50</sup>. Éstos son financiados por un convenio tripartito entre empleados, trabajadores y el gobierno. Son los seguros para grupos de trabajadores de sectores específicos.

<sup>51</sup>. Presta servicios de salud a los habitantes de zonas marginadas, urbanas y rurales que no poseen ningún aseguramiento en los servicios de salud, y es financiado por el gobierno federal.

**Figura No. 8**  
**Sistema actual de salud en México**



**Fuente:** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2005).

1. El gasto estatal en salud ha sido voluntario. Sin embargo, desde 2004, de acuerdo con el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) es obligatorio realizar una aportación por cada familia afiliada.
2. La población no asegurada solía acceder a los servicios de salud mediante el pago de “cuotas de recuperación”. Con el SPSS, se garantizará el acceso por medio de una “cuota anual” por familia.
3. Servicios federales y estatales para la población no asegurada (Servicios Estatales de Salud, Institutos Nacionales de Salud, etcétera).
4. Los recursos federales para el programa IMSS-Oportunidades (para la población no asegurada) se asignan mediante el presupuesto del IMSS (dado que el programa es operado por una Unidad de coordinación establecida dentro del IMSS para ese propósito). Estos recursos no deben considerarse dentro del gasto de Seguridad Social.

En Baja California esta estructura es igual y se manejan los dos subsistemas, los no derechohabientes y los derechohabientes, junto con las instituciones privadas de salud. Hay que apuntar que en el caso de este estado esta última variable es compleja, debido a la alta oferta de salud privada, en especial para la población estadounidense o mexicana residente en los Estados Unidos, lo que hace más complicado el proceso de regulación del gobierno estatal a todas las instituciones existentes que prestan diversos servicios de salud, desde cirugías especializadas hasta programas de rehabilitación a través de la medicina tradicional.

En el cuadro 1 se presenta un panorama general de la población bajacaliforniana que se encuentra en alguno de los dos subsistemas. Aquí se puede ver claramente que en el 2000 casi la mitad de la población, o sea el 48.8 por ciento, era no derechohabiente, es decir, no contaba con afiliación a alguna institución de salud, y por lo general era atendida por los Servicios Estatales de Salud (SESA), el IMSS-Oportunidades y el Seguro Popular (cuadro 1 y gráfica 3).

Es importante anotar que el Seguro Popular es un programa puesto en marcha en el sexenio 2002-2006. El IMSS-Oportunidades, por su parte, ha sido un esquema que se ha venido aplicando desde 1984 y que originalmente era llamado IMSS-COPLAMAR; hacia 1996 fue renombrado IMSS-Solidaridad, y en la actualidad es conocido como IMSS-Oportunidades. Este esquema ofrece cuidados básicos de salud a los trabajadores rurales y del sector informal y a la población en general que no cuenta con afiliación a la seguridad social; es financiado por el gobierno federal y operado por el IMSS (INEGI, 2000; Fajardo, 2004; OCDE, 2005).

**Cuadro 1**  
**Población total de Baja California según condición de uso de servicios de salud e institución, 2000**

Entidad	Población Total	No derechohabiente	Derechohabiente				No especificado
			IMSS	ISSSTE	PEMEX, SEDENA y SEMAR	OTRA INSTITUCIÓN *	
Baja California	2,487,367	947,572	1,110,928	119,867	9,092	38,655	266,949

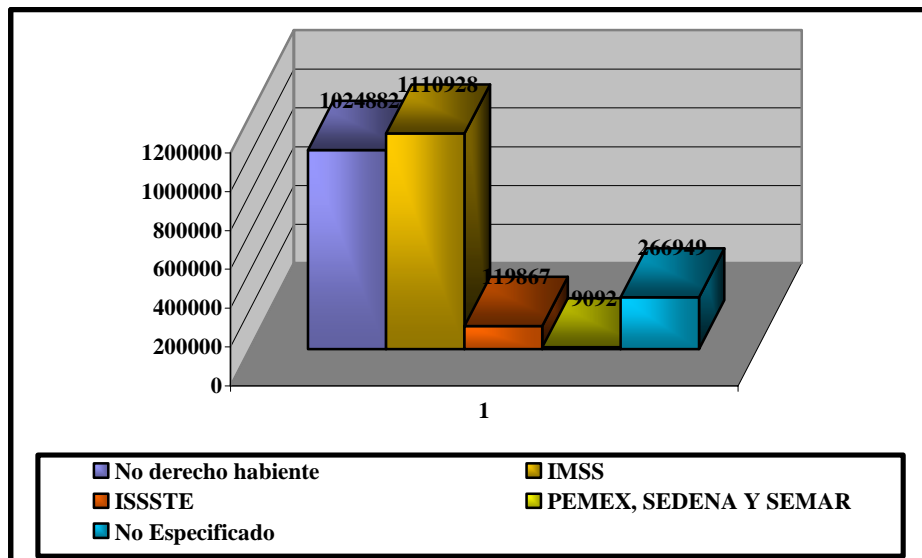
\* Incluye a las instituciones de seguridad social de los gobiernos estatales y otro tipo de instituciones de salud pública o privada.

**Fuente:** INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.



Ante este panorama, es necesario recalcar que la política de descentralización de la salud tenía como meta incrementar la cobertura, calidad y equidad en la prestación de los servicios de salud, en especial entre la población abierta, de ahí que el tema de esta tesis se centre únicamente en evaluar el impacto de la descentralización en esta población, dada la cantidad de personas que no poseen seguridad social: el 54.6 por ciento de la población mexicana. Esta carencia de seguridad social desencadena a la vez una serie de efectos negativos en la economía familiar, ya que buena parte de los ingresos familiares deben invertirse para cubrir las necesidades de salud, incurriendo así en gastos potencialmente catastróficos que llevan a los hogares a la pobreza o a sumirlos todavía más en ella. Este fenómeno en particular es más frecuente entre las familias de menores ingresos que carecen de un seguro médico. En Baja California, en el 2000 los hogares destinaron para atender su salud un 55 por ciento de su ingreso total (INEGI, 2000).

**Gráfico No. 3**  
**Población total de Baja California según condición de uso de servicios de salud e institución, año 2000**



Fuente: INEGI (2000). XII Censo General de Población y Vivienda.

#### 4.1.4 Perfil general de salud de la población de Baja California

Como se expuso, la década de los noventa se caracterizó por la introducción en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe de reformas del sector salud que han tenido una profunda

influencia en la prestación de los servicios. Estas reformas han coincidido con los principios que deben regir dicho proceso, de ahí que los análisis de la situación de la salud son un elemento fundamental para vigilar y evaluar el progreso de estas reformas, y a la vez contribuir para que los principios de equidad, eficacia, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social, incluidos en estas reformas, se lleven a cabo.

Para determinar el perfil de salud de una población es necesario considerar algunos aspectos muy importantes. Observando los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre este tema, enseguida se hace una breve descripción de esos aspectos que determinan el perfil de salud de un país, estado, grupo poblacional, etcétera.

Para medir o explicar el perfil de salud de una población es necesario también incluir todos los daños y problemas de salud, sin dejar de lado sus determinantes, independientemente de que sean de competencia del sector salud o de otros sectores. Los análisis de la situación de la salud se basan en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y los procesos de salud de una unidad geográfico-política (OPS, 2003).

Al momento de analizar el perfil de salud de los habitantes de la frontera de México con Estados Unidos no se puede olvidar que el norte del país comparte esa frontera con seis estados del lado mexicano (Tamaulipas, Nuevo León, Coahuila, Chihuahua, Sonora y Baja California) y cuatro de los Estados Unidos (Texas, Nuevo México, Arizona y California), ya que son diversas las connotaciones que esta dinámica tiene en la salud de quienes comparten esta frontera.

Esta idea reafirma lo expuesto por la Organización Panamericana de Salud (OPS) sobre la necesidad de incluir en el análisis del perfil de salud de una población todos los elementos posibles que pueden ser determinantes para conocer el estado de salud de cualquier entorno (OPS, 2003).

En este orden de ideas, la frontera norte de México, el desarrollo económico ha estado acompañado de un intenso intercambio comercial, lo que ha promovido la migración y también ha aumentado el deterioro en las condiciones ambientales físicas y sociales de la población. En Baja California, este proceso ha contribuido a generar un deterioro acelerado en las condiciones de salud

y ha incrementado a la vez los riesgos epidemiológicos; de ahí la importancia de incluir en el perfil de salud de la población de Baja California todos los factores determinantes para la obtención de un perfil apegado a la realidad.

En otras propuestas para crear perfiles de salud se destacan diversos aspectos que se deben considerar. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) proponen una metodología para lograr perfiles de salud más reales de cada país, región, etcétera, que se compone de tres elementos (tabla 2).

**Tabla 2**  
**Lineamientos para la elaboración de perfiles de salud**

Aspectos	Contenidos
<b>Contexto</b>	Político, social, económico, demográfico/epidemiológico, índice de desarrollo y desempeño del sistema de salud.
<b>Sistema de salud</b>	Estructura general, recursos humanos, medicamentos, equipo/tecnología, funciones del sistema de salud (rectoría; financiamiento; aseguramiento) y prestación de servicios de salud.
<b>Reforma del sector salud</b>	Monitoreo del proceso: dinámica de las reformas, contenido de las reformas y evaluación de resultados: equidad, eficiencia, efectividad/calidad, sostenibilidad, participación social.

**Fuente:** Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), 2005. Lineamientos metodológicos, perfiles de los sistemas de salud, monitoreo y análisis de los procesos de cambio.

Para complementar esta propuesta, a continuación se presenta un esquema que contiene los determinantes que influyen en la situación de la salud. Es necesario recalcar aquí que, según las dinámicas y características propias de cada región, país, entorno, etcétera, estos determinantes pueden variar.

**Figura No. 9**  
**Determinantes de la situación de salud**



**Fuente:** OPS, OMS (2003). Análisis de la situación de Salud. Con ajustes personales

Los determinantes expuestos en la tabla 3 y en la figura 9 son una muestra de la complejidad que tiene la construcción del perfil de salud de una población; por ello se requiere visualizar de forma integral cada una de las variables que pueden influir en la conformación de este perfil. Hay que recalcar que en este proceso la OMS y la OPS han realizado un esfuerzo de coordinación con todos los gobiernos para crear metodologías que puedan llevar a cabo este proceso con un acercamiento más profundo a la realidad social de cada país y determinar así perfiles cercanos a esa realidad, con el fin de implementar políticas públicas en salud ajustadas y eficientes en cada región.

Con esto se muestra cómo cada país, estado, municipio, etcétera, debe ir ajustando los determinantes de salud a sus realidades particulares para construir un perfil de salud de acuerdo con sus contextos específicos. Como manifiesta la OMS (2003), los objetivos y usos de los análisis de la

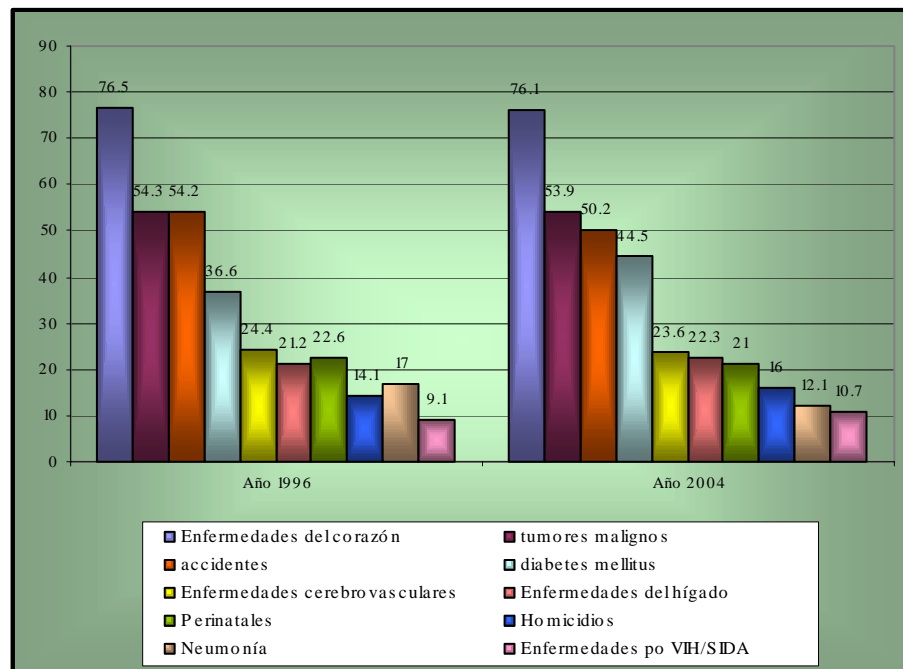
situación de la salud (ASIS) son diferentes con relación al ámbito donde se realizan, dado que las funciones y responsabilidades de los funcionarios de salud de esos ámbitos de igual forma son diferentes. Pero la importancia radica en que los análisis de la situación de la salud pueden ser utilizados para determinar necesidades, prioridades y políticas en salud, formular estrategias de intervención y evaluar el efecto de esas estrategias.

Según las estadísticas manejadas en el “Diagnóstico de salud sectorial del estado de Baja California” (1997), el documento “Salud México 2004” (emitido por la Secretaría de Salud en 2005) y el “Programa Sectorial de Salud 2002-2007”, la población de Baja California presenta el siguiente perfil de salud: los habitantes del estado experimentan una transformación por grupos de edad, con cambios importantes ocasionados por el incremento de la esperanza de vida, que en 1996 se ubicó en promedio en 72 años para los hombres y 78 para las mujeres, y en el 2004 en 74.3 años para los hombres y en 78.4 para las mujeres. Paralelamente, la tasa de fecundidad ha comenzado un descenso, y en 2004 fue de 2.1; mientras tanto, en ese año el crecimiento poblacional anual se incrementó en un 4.2 por ciento. Este fenómeno, según el Programa Sectorial, traslapa el perfil epidemiológico de enfermedades frecuentes en población joven y en etapa reproductiva, con un perfil nuevo en el que predominan las enfermedades propias de adultos y ancianos.

En cuanto a la población no derechohabiente, el estado sigue manteniendo una alta proporción, con 46.3 por ciento en 1996 y 40 por ciento para 2004. Entre las primeras causas de morbilidad y mortalidad en Baja California se encuentran las denominadas “del rezago”; se trata de aquellas enfermedades evitables o que se pueden prevenir a un bajo costo, como desnutrición, infecciones respiratorias y diarreicas, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual y enfermedades relacionadas con la salud reproductiva (patologías maternas y perinatal, cáncer cervicouterino y de mama), enfermedades emergentes relacionadas con los altos costos de atención médica (como el VIH-SIDA), enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes, cirrosis y enfermedades cerebrovasculares.

En cuanto a la mortalidad en general, las diez primeras causas de muerte en el estado en 1996 y 2004 se siguen manteniendo: enfermedades del corazón, tumores malignos, accidentes, diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades del hígado, enfermedades perinatales, homicidios, neumonía y VIH/SIDA (gráfica 4).

**Gráfico No. 4**  
**Las diez primeras causas de muerte en el estado de Baja California año 1996 y 2004**



**Fuente:** Diagnóstico de salud sectorial del estado de Baja California (1997), Secretaría de Salud (2005) y Programa sectorial de salud del estado de Baja California (2002-2007)

Como se puede observar en la gráfica 4, las diez primeras causas de muerte en Baja California se mantienen desde 1996, sin mostrar cambios significativos en ocho años; por el contrario, algunas de ellas han aumentado, como la diabetes mellitus. Más adelante, en el capítulo donde se analiza la información, se tratará de encontrar las causas por las cuales estas enfermedades prevalecen.

#### ***4.2 La política de descentralización del sector salud en Baja California***

Como se ha expuesto antes, la política de descentralización del sector salud en México se dio en dos etapas, una en 1984, cuando sólo 14 de los 32 estados, incluidos el Distrito Federal, firmaron el acuerdo de transferencia, en un proceso que se inició bajo el gobierno de Miguel de la Madrid (1982-1988). Tuvieron que pasar 12 años para que, en 1996, bajo el gobierno de Ernesto Zedillo (1994-2000), se incorporaran las entidades restantes, con la firma del Acuerdo Nacional de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud.

En esta segunda etapa es cuando el gobierno de Baja California, encabezado por Héctor Terán Terán (1995-1998), firma el convenio de transferencia,. Esta aclaración es necesaria debido a que el gobernador Terán murió antes de terminar su periodo y en su reemplazo fue designado Alejandro González Alcocer (1998-2001), quien debió continuar con el proceso. Fue, pues, hasta 1996 cuando Baja California entra por fin de lleno al proceso de descentralización del sector salud.

Con esta perspectiva, es necesario subrayar que durante los 12 años que pasaron sin firmar el acuerdo de transferencia, el sistema de salud de los estados reuertes continuó funcionando bajo la dirección central de la Secretaría de Salud federal, como se podrá ver a continuación.

##### ***4.2.1 Primera etapa de la reforma (1984-1988)***

Hay que recordar que a principios de los años ochenta el sistema de salud de México mantenía una estructura que no respondía a la demanda nacional, y por ello tenía fuertes rezagos como consecuencia del acelerado crecimiento de la población y del proceso de transición demográfica y epidemiológica, además de la crisis económica que el país atravesaba en ese periodo (Programa para un Nuevo Federalismo, 1996).

En ese contexto, la cobertura de los servicios de salud era limitada, principalmente entre la población de escasos recursos. La atención a la salud se caracterizaba por su centralismo y por la

escasa coordinación entre las instituciones públicas, en especial entre el IMSS y la SSA, hecho que también afectaba profundamente la constitución de un Sistema Nacional de Salud (Programa para un Nuevo Federalismo, 1996).

Estas condiciones originaron que en 1983 se hiciera una reforma estructural del sector salud mediante un proceso de planeación democrática, en el que se consideraron diferentes estrategias de sectorización, modernización y descentralización administrativa de los servicios de salud para la población abierta (Fajardo, 2004; Leal, 2000; DOF, 1983).

Este proceso tuvo su primer resultado el 8 de marzo de 1984, cuando se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el decreto por el cual se descentralizaron los servicios que ofrecían la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA) y el Programa IMSS-COPLAMAR. Con este decreto se anunció la desaparición paulatina del programa IMSS- COPLAMAR, al tiempo que se crearon dos órganos que contribuirían a acelerar su descentralización: el Comité de Operación del Programa y los Consejos Estatales de Vigilancia (DOF, 1984).

Es así como Baja California, durante esta primera etapa, en febrero de 1984 suscribió el Convenio Único de Desarrollo (CUD), cuyo objetivo principal fue llevar a la práctica la política de desarrollo regional establecida en el Plan Nacional de Desarrollo; la meta era establecer una coordinación entre los ejecutivos federal y estatal y así realizar acciones tendientes a lograr la descentralización (SSA, 1984).

En este sentido, en Baja California, la formalización del Convenio Único de Desarrollo (CUD) en 1984 se enfocó especialmente en poner en marcha un programa de descentralización de los servicios de salud a la población abierta.

En el plano federal, otro aspecto fundamental de la celebración de este convenio fue iniciar un proceso de conocimiento para lograr la descentralización de los servicios de salud a través de la formación y funcionamiento de los Sistemas Estatales de Salud, a partir de la normatividad nacional, el uso eficiente de los recursos y, con ello, el derecho constitucional aprobado en cuanto a protección de salud se refiere.



En este proceso gradual, la integración y desenvolvimiento del Sistema Nacional de Salud se orientó a la revisión de la organización y funcionamiento general de los servicios de salud dirigidos a la población abierta del país, con el único fin de asegurar, por una parte, la vinculación y, por la otra, la modernización integral del sistema (SSA, 1984). Es necesario aclarar que la firma de este convenio sólo estableció entre el gobierno estatal y federal acuerdos tendientes a lograr la descentralización del sector salud, lo que no significó que Baja California firmara el acuerdo de transferencia, como sí lo hicieron los 14 estados mencionados.

Según el decreto, los acuerdos de coordinación establecieron el tipo y las características operativas de los servicios de salud inherentes a las exigencias de cada estado y, por tanto, a la normatividad técnica emitida por la Secretaría de Salud. De ahí que después de la firma de estos acuerdos se hayan celebrado convenios de coordinación específicos sobre descentralización en materia de regulación sanitaria, apoyos logísticos, uso de muebles e inmuebles, formación de recursos humanos para la salud y cuotas de recuperación (DOF, 1984).

**Figura No. 10**  
**Objeto y bases generales del Convenio Único de Desarrollo firmado entre el gobierno federal y el estatal, 1984**



**Fuente:** Elaboración propia con base en los datos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (1984). Periódico Oficial fechado del 10 de abril de 1985, del estado de Baja California.

Esta primera etapa de desconcentración de los Servicios Coordinados de Salud Pública de la Secretaría de Salud consistió en trasladar facultades, planes y recursos a organismos estatales; donde con ello se les concedió autonomía técnica, pero no responsabilidad jurídica ni patrimonio propio, y dependieron de normas y controles jurídicos centrales (Fajardo, 2004). Como se puede ver en la figura 10, los estados cumplían un papel pasivo frente al proceso y el llamado Convenio Único de Desarrollo sólo pretendía que las entidades que no habían firmado el acuerdo de transferencia comenzaran a conocer en forma gradual cuál era el objetivo y las bases del proceso descentralizador del sector salud.

El estado de Baja California, bajo la firma del Convenio Único de Desarrollo, adquirió, además de lo expuesto en la figura 10, algunas responsabilidades orientadas a apoyar acciones de salubridad general, tales como atención médica (en especial a poblaciones vulnerables), atención

materno-infantil, planificación familiar, salud mental, formación de recursos humanos para la salud, coordinación de la investigación en salud, educación para la salud, orientación y vigilancia en materia de nutrición, prevención y control de enfermedades transmisibles, asistencia social, programas contra el alcoholismo y el tabaquismo y programas para la prevención de accidentes. Estas funciones las ejecutaba el estado supeditado a los acuerdos que en su momento dictara la Secretaría de Salud en la materia para cumplir con el proceso de descentralización con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo.

Es importante aclarar que la firma del Convenio Único de Desarrollo se hizo bajo el decreto expedido por el gobierno de Miguel de la Madrid para respaldar el programa sectorial de mediano plazo denominado Programa Nacional de Salud 1984-1988. Este convenio, firmado por todos los estados, buscó consolidar un Sistema Nacional de Salud conformado por las dependencias y entidades públicas que prestan servicios de salud y por los sectores social y privado, los que, coordinados a la vez por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, harían posibles el incremento y el uso más eficiente de los recursos para lograr ampliar la cobertura y elevar la calidad de los servicios de salud en México (DOF, 1984).

Con la firma de este decreto, el gobierno de Baja California adquirió las facultades y obligaciones que se detallan en la figura 11.

**Figura No. 11**  
**Facultades y obligaciones del gobierno estatal con la firma del CUD entre el gobierno federal y estatal,**  
**1984**



**Fuente:** Elaboración propia con base en los datos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (1984). Periódico Oficial fechado del 10 de abril de 1985, del estado de Baja California.

Respecto al acuerdo, es necesario recalcar que la Secretaría de Salubridad y Asistencia tuvo toda la responsabilidad en aquel momento de que se cumpliera lo establecido en el acuerdo firmado entre el gobierno estatal y el federal, y para ello se le brindaron todas las facultades para evaluar los procesos que se llevaron a cabo y tomar las medidas que fueran necesarias en caso de que lo establecido no se cumpliera; estas atribuciones fueron establecidas en el decreto que creó el Programa Nacional de Salud 1984-1988, que a la vez se apoyó en la Ley de Planeación y en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988.

#### ***4.2.2 Segunda etapa de la reforma (1996 en adelante)***

Como ya se apuntó, en esta segunda etapa entraron en el proceso de descentralización del sector salud 17 estados y el Distrito Federal que en la etapa inicial del proceso, en 1984, no se integraron ni orgánica ni operativamente.

Al realizar una mirada más amplia al proceso de descentralización, se puede ver que para el sector salud el eje central de ese proceso se derivó del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000; esta eje, además, se fortaleció con el Programa para un Nuevo Federalismo 1995-2000 y el avance, en agosto de 1996, en la firma del Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.

Otros factores determinantes en esta segunda etapa fueron la participación del Consejo Nacional de Salud, como la instancia que coordinó los niveles federal, estatal y del Distrito Federal, y la creación del Ramo 33 en la Ley de Coordinación Fiscal, cuyo Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud agilizó el desarrollo de la estrategia descentralizadora, ya que proveyó seguridad jurídica y de planeación a las autoridades estatales (Programa para un Nuevo Federalismo 1996).

Es de anotar que es precisamente en esta segunda etapa cuando Baja California se incorpora al proceso de descentralización del sector salud, con la firma del Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud de la entidad en 1997.

##### ***4.2.2.1 Aspectos sobresalientes del Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud 1996***

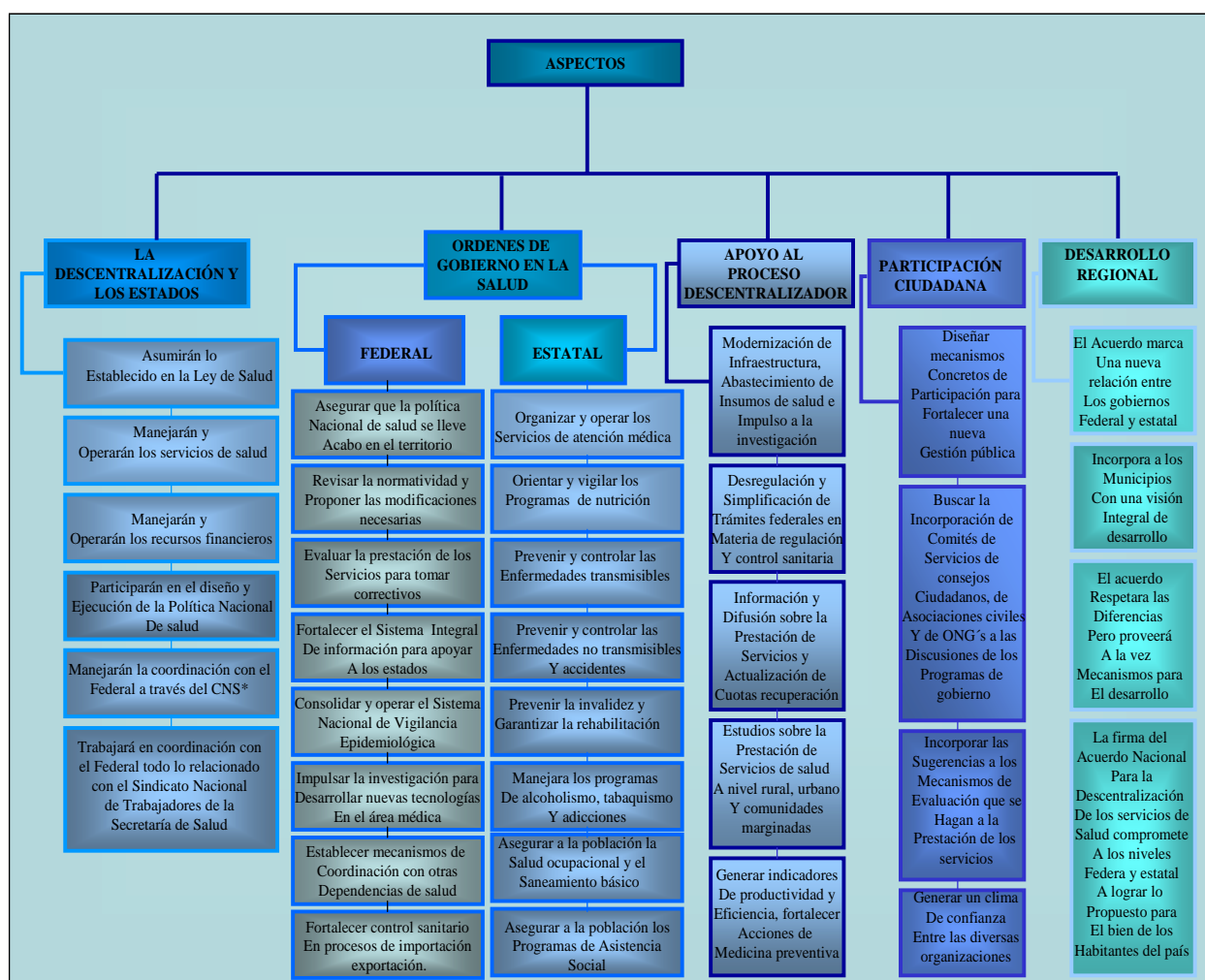
Este acuerdo fue suscrito por el gobierno federal y los gobiernos de las entidades federativas de la República Mexicana. Su desarrollo se enfocó principalmente en cuatro estrategias:

- La descentralización a las entidades federativas de los servicios de salud dirigidos a la población no asegurada.
- La configuración de sistemas estatales.

- La ampliación de la cobertura a través de un paquete básico de servicios, y
- El mejoramiento de la calidad y eficiencia de las instituciones nacionales mediante una mejor coordinación sectorial.

El acuerdo contiene cinco aspectos y en cada uno de ellos se destacan las responsabilidades que tanto el gobierno federal como el estatal asumen en el proceso de descentralización del sector salud (anexo 2 y Figura 12).

**Figura No. 12**  
**Aspectos relevantes del Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud 1996**



**Fuente:** Elaboració con base al Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud 1996.

\* Consejo Nacional de Salud.

Es necesario enfatizar que el Acuerdo Nacional para la Salud se manifiesta en cada estado en el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en la entidad, donde se establecen las condiciones y las responsabilidades que tanto el gobierno federal

como el estatal asumen con su firma. En el caso de Baja California, fue el 25 de septiembre de 1996, durante la administración de Héctor Terán Terán, cuando se publica en el Diario Oficial del estado, hecho que se traduce de inmediato en el inicio de operaciones de la Unidad de Descentralización Administrativa (UDE), con funciones de asesoría y enlace en materia administrativa y técnica entre el estado y la federación (anexo 3).

#### ***4.2.2.2 Aspectos relevantes del Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud firmado por el gobierno federal y estatal de Baja California***

Para Baja California, este acuerdo constituye la entrada al proceso de descentralización del sector salud y con él se inicia un camino que le exige al estado buscar mecanismos para cumplir la responsabilidad asumida con su firma. Es necesario recordar que uno de los objetivos centrales que contiene el acuerdo es mejorar la prestación de los servicios de salud en toda la entidad, principalmente los dirigidos a la población abierta.

La reforma del Sistema Nacional de Salud se orienta a mejorar la calidad y a ampliar la cobertura de los servicios mediante la reestructuración de las instituciones; de ahí que el estado deba encaminar todos sus esfuerzos para lograr este propósito.

No se puede olvidar, como lo establece el acuerdo, que la descentralización del sector salud permitiría hacer una distribución más racional del gasto federal en salud, con base en indicadores de mortalidad y marginación, a la vez que equilibraría el gasto per cápita en la materia, contribuyendo con ello a tener, no sólo una mayor eficiencia, sino también una mayor equidad.

Ésos fueron los compromisos que el gobierno estatal asumió una vez firmado el acuerdo, y para cumplirlos se basó en el Convenio Único de Desarrollo firmado en 1984, en donde se establecieron las bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud en el país, y en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que señala el acceso a los servicios de salud y la responsabilidad de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es por ello que este acuerdo se constituyó en el pilar para que todos

los estados del país emprendieran el camino hacia la conformación de un Sistema Estatal de Salud que diera respuesta de una forma eficiente y eficaz a los problemas de salud, a partir de las necesidades sentidas por cada entidad federativa.

**Figura 13**  
**Aspectos relevantes del Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en el estado de Baja California**



**Fuente:** Elaboración con base en el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en Baja California (1997). Publicado en el Diario Oficial de la Federación, con fecha 6 de agosto de 1997.

Firmado ya el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud, el estado dio inicio a los procesos propios de su responsabilidad y es así como se aprobaron diferentes leyes, acuerdos y decretos orientados a cumplir con los compromisos asumidos. En la tabla 3 se observa un recorrido histórico por este marco jurídico de la salud en Baja California y nos



muestra que desde 1974 el estado comienza a manejar estatutos jurídicos a través de un convenio de salud entre los gobiernos federal y estatal.

**Tabla 3**  
**Recorrido histórico de los marcos jurídicos en cuanto al sector salud en el estado de Baja California**

<b>Fecha</b>	<b>Título</b>
10/11/1974	CONVENIO de Coordinación en Materia de Servicios de Salud en el Estado de B. C., celebrado entre el gobierno federal y el gobierno del Estado de Baja California.
20/02/1975	CONVENIO de tarifas aplicables en el estado de Baja California, de Servicios Coordinados de Salud y Asistencia.
20/06/1984	ACUERDO para la creación del Subcomité del Sector Salud y de Seguridad Social.
10/10/1986	LEY de Salud Pública para el Estado de Baja California.
31/03/1987	FE de ERRATAS de la Ley de Salud Pública del Estado.
20/03/1990	ACUERDO que crea el Consejo Estatal de Salud como órgano dependiente del Ejecutivo estatal.
20/07/1991	DECRETO No. 80, por el que se reforman los artículos 106 del programa de farmacodependencia, y No. 107, relacionado con disposiciones generales sobre la salud local de la Ley de Salud Pública del estado de Baja California.
20/08/1996	ACUERDO Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud
6/08/1997	ACUERDO de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud de Baja California.
12/15/1997	DECRETO por el cual se constituye el organismo público descentralizado denominado "Instituto de Servicios de Salud Pública (ISESALUD)" del Estado de Baja California.
30/01/1998	DECRETO por el cual, el 15 de diciembre de 1997, se modifica el decreto relativo al Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California.
20/04/1998	DECRETO por el cual se modifica el decreto del 30 de enero de 1998, relativo al Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California.
25/02/2000	FE DE ERRATAS al Decreto No. 159, publicado el 4 de febrero del 2000 en el Diario Oficial del Estado, relativo a la Ley de Salud Pública del estado de Baja California.
20/02/2001	DECRETO de Reforma al decreto por el cual se crea el Instituto de Servicios de Salud Pública (ISESALUD) del Estado de Baja California.
12/01/2001	DECRETO del Ejecutivo mediante el cual se crea el Centro de Salud Mental del Estado de Baja California.
17/08/2001	DECRETO No. 334 por medio del cual se aprueba la Iniciativa de Reformas a la Ley de Salud Pública del Estado de Baja California.
9/11/2001	LEY de Salud Pública del Estado de Baja California.
23/11/2001	LEY que crea la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje en la Prestación de Servicios de Salud del Estado de Baja California.
5/07/2002	DECRETO No. 63 mediante el cual se realizan reformas a la Ley de Salud Pública del Estado de Baja California y a la Ley de Protección al ambiente del Estado de Baja California.
9/20/2002	DECRETO No. 83 por el cual se aprueba la elección de los integrantes del Consejo de la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje en los Servicios de Salud en el Estado de Baja California.
20/12/2002	Programa Sectorial de Salud 2002-2007
20/09/2002	DECRETO de reforma a diversos artículos del decreto de creación del Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California
3/02/2003	ACUERDO Específico de Coordinación para el Ejercicio de Facultades en Materia de Control y Fomento Sanitario, que celebran la Secretaría de Salud, con la participación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, y el estado de Baja California
14/03/2003	DECRETO No. 156 por el cual se aprueba la adición de una Sección IX del capítulo cuarto, denominado "De los Servicios de Salud", de la Ley de Salud Pública del Estado de Baja

	California
14/11/2003	REGLAMENTO Interno del Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD)
9/01/2004	ACUERDO No. 147 relativo a las Cuentas Públicas del Instituto de Servicios de Salud Pública (ISESALUD) del Estado de Baja California para el ejercicio fiscal 2001.
29/09/2004	ACUERDO de Coordinación para la Ejecución del Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES), que celebran la Secretaría de Salud y el estado de Baja California.

**Fuente:** Elaboración propia con base en la normatividad existente en cuanto a salud en el estado de Baja California.

Conociendo ya las dos etapas vividas en el estado en cuanto al proceso de descentralización de los servicios de salud, es necesario recalcar que es a partir de la segunda etapa, es decir desde 1996, cuando el gobierno estatal inicia un proceso más riguroso para lograr los objetivos planteados en el Acuerdo Nacional de Salud y en el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud para la entidad, y esto se puede ver claramente que es a partir de 1997 cuando más leyes, acuerdos, decretos y convenios se empezaron a aprobar (tabla 3). Sin embargo es necesario aclarar que esto no implica que estas leyes, acuerdos, decretos, etc., impliquen de por sí el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, sin embargo sí pueden ser un indicador de cómo el estado de Baja California inicia un proceso orientado a atender el sector salud. Aspecto que se analizará más adelante.

#### ***4.3.3 Acciones realizadas por el gobierno estatal en la segunda etapa***

##### ***4.3.3.1 Gobernadores Héctor Terán Terán (1995-1998) y Alejandro González Alcocer (1998-2001)***

En esta etapa arranca el proceso descentralizador; en este sentido, las acciones emprendidas en el estado se dan en dos direcciones: la primera se abocó al aspecto legal, con la aprobación de nuevas leyes, decretos y acuerdos, y la segunda consistió en poner en marcha la descentralización en todo el estado.

Entre 1995 y 2001 Baja California experimentó una etapa de transición en la que se puso en marcha el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en

la entidad. Aquí se inicia la conformación de una instancia que en adelante se hará responsable de la salud estatal, la cual tendrá personalidad jurídica, patrimonio propio y las atribuciones de servicio y de autoridad que le otorguen las disposiciones legales aplicables y su instrumento de creación; es así como se crea el Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD).

Las primeras gestiones del gobierno estatal, del que fueron titulares Héctor Terán Terán (1995-1998) y Alejandro González Alcocer (1998-2001), según el Plan Estatal de Desarrollo de Baja California (1995-2001), estuvieron dirigidas a:

- La creación del Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (en adelante ISESALUD) el 15 de diciembre de 1997, con el fin de consolidar la descentralización de los servicios, la calidad en la prestación de los mismos y la ampliación de la cobertura en la población abierta. Esta medida culminó con el proceso de descentralización de los servicios de salud de la Federación hacia el estado, a partir del 16 de febrero de 1998, con la creación de la Junta de Gobierno y la Transferencia de las funciones, programas y recursos.
- La reforma de la Ley Estatal de Salud, coordinada por ISESALUD.
- La regulación de servicios de salud, que consistió en la verificación sanitaria y permanente de todos los establecimientos que prestan servicios de atención médica, ya sean públicos, privados o sociales.
- La creación del Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes y Lesiones (COEPAL), del Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA) y del Consejo Estatal de Transplantes (COETRA).
- La implantación del Programa Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios Públicos de Salud, cuyo objetivo era contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población bajacaliforniana en las dimensiones técnicas e interpersonales.
- La creación del Comité Estatal de la Calidad de los Servicios de Salud, presidido por ISESALUD.

- La creación del Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica, organismo que puso en marcha el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE).
- La elaboración del manual de integración y funcionamiento del Subcomité Sectorial de Salud y Seguridad Social del COPLADE, cuyos objetivos fueron apoyar al gobernador del estado en el diseño de la política para el sector salud y la seguridad social; fomentar la participación y coordinación de las acciones en el sector de los tres órdenes de gobierno; formular, instrumentar, controlar y evaluar el programa de mediano plazo del sector, y promover la integración de un sistema sectorial de información estadística.
- La constitución del Comité Interinstitucional para la Formación y Capacitación de recursos Humanos e Investigación en Salud.
- La creación del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), con el fin de mejorar la calidad de vida de la población de zonas marginadas.
- La integración del Consejo de Medicina General de Baja California Asociación Civil, con el fin de certificar y recertificar a los médicos generales.
- La puesta en marcha del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progesa), con la participación de los gobiernos federal y estatal.
- La implementación del Programa Integral de Servicios de Salud, para zonas indígenas y marginadas del valle de San Quintín.

#### ***4.3.3.2 Gobernador Eugenio Elorduy Walther (2002-2007)***

Las gestiones que a continuación se enlistan corresponden al periodo 2002-2004 y forman parte del Programa Sectorial de Salud del estado, ejecutado a través de ISESALUD.

- Se implantó en el estado el Seguro Médico Popular a partir de 2002, con el objeto de disminuir la brecha existente entre la población derechohabiente y la que carece de seguridad social.

- En coordinación con el gobierno federal, se incrementó el padrón de familias beneficiarias del Programa de Desarrollo Humano “Oportunidades”.
- En coordinación con el gobierno federal y con los principales estados expulsores de migrantes del país, se instrumentó el Programa Vete Sano-Regresa Sano, con el objeto de atender y conservar la salud de la población migrante.
- Se instaló el Consejo del Aval Ciudadano, como ente imparcial conformado por organizaciones sociales e instituciones educativas, que tiene acceso al sistema de quejas y sugerencias, así como a los resultados de las encuestas de servicios, y da seguimiento permanente a la calidad de éstos, para avalar de esta manera los resultados que se presenten a la sociedad.
- Se firmó el Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, por el cual el estado se compromete a brindar atención integral a la salud de las familias que carecen de seguridad social, mediante la incorporación permanente y paulatina de éstas al Régimen de Protección Social de Salud, sin importar su condición económica o laboral.
- Se buscó promover, a través del Programa de Desarrollo Humano “Oportunidades”, el mejoramiento de las capacidades de las personas mejorando la educación, salud, alimentación y nutrición de las familias beneficiarias.
- Se creó la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje en la Prestación de los Servicios de Salud (CECAPSS), para promover la buena práctica en la prestación de los servicios de salud del sector público, social y privado, y de asesorar a la ciudadanía cuando se encuentre ante una presunta irregularidad en el acto médico.
- Se consolidó la red estatal de atención médica para proveer servicios integrales con oportunidad y calidez a los usuarios.
- Se creó el organismo público descentralizado denominado Régimen de Protección Social en Salud, cuya finalidad es garantizar las acciones de protección social a la salud, mediante el

financiamiento para la provisión eficiente, oportuna y sistemática de los servicios de atención médica a las personas.

- Se crearon los Centros Avanzados de Atención Primaria en Salud (CAAPS), cuya función es proporcionar servicios de atención integral, como medicina familiar, especialidades de pediatría y gineco-obstetricia, servicios de atención quirúrgica de bajo riesgo, estudios de diagnóstico, atención y estabilización de urgencias durante las 24 horas. Estos centros operan como unidades intermedias entre un centro de salud y la unidad hospitalaria.
- Se conformaron las Redes Regionales de Salud, cuyo objetivo es brindar atención a las personas que viven en zonas suburbanas, rurales o comunidades alejadas de los servicios establecidos, brindándoles acceso a servicios médicos integrales y oportunos.
- Se formalizó un convenio de colaboración con el gobierno de Estados Unidos de América, denominado “Alerta Temprana para la Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Infecciosas en la Frontera” (EWIDS, por sus siglas en inglés), el cual permitirá la operación en la entidad del Laboratorio Estatal de Salud Pública, con capacidad para realizar las pruebas de laboratorio que actualmente se envían al Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE), ubicado en la ciudad de México. Este convenio beneficiará la obtención de resultados epidemiológicos oportunos en el ámbito local para la detección temprana de las enfermedades que puede padecer el ser humano en general, enfocándose particularmente en aquellos padecimientos que están asociados al bioterrorismo, como el virus del oeste del Nilo, la peste, la tularemia y la influenza.

Estas acciones serán la base para analizar la forma en que cada administración, en los dos periodos correspondientes al inicio y posterior desarrollo de la política de descentralización del sector salud en el estado, han contribuido o no al logro de los objetivos sustantivos de esta política: equidad, disponibilidad, accesibilidad y calidad en la prestación de los servicios de salud para la población abierta de Baja California.

## Capítulo V: Resultados de la investigación

### 5.1 Aspectos metodológicos de la investigación

En esta investigación nuestro objetivo es analizar las diferentes acciones que el gobierno de Baja California realizó de 1996 a 2004 para implementar la política de descentralización del sector salud desde el momento en que se firma el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en Baja California.

Con el fin de lograr el objetivo trazado hemos escogido para nuestro estudio el Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD),<sup>52</sup> que incluye las jurisdicciones sanitarias de Mexicali, Tijuana y Ensenada.<sup>53</sup> Es necesario aclarar que en esta investigación sólo se analiza el impacto de la descentralización en la población abierta, o no derechohabiente, y que la población derechohabiente se tendrá en cuenta solamente como un referente de comparación.

A partir de la descentralización y con la creación del ISESALUD (artículo 49) el estado de Baja California se dividió en tres jurisdicciones: *I. Municipio de Mexicali* (ciudad y valle), *II. Municipio de Tijuana* (con una Subsede IIA, con domicilio en Tecate, y una Subsede IIB, asentada en Playas de Rosarito) y *III. Ensenada* (ciudad y valle). Es importante, pues, incluirlas en la investigación para poder tener un panorama más amplio de lo que ha significado la descentralización del sector salud en el estado.

---

<sup>52</sup> El Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD) es un organismo público descentralizado de la administración pública paraestatal que tiene a su cargo el ejercicio de las atribuciones y facultades que le confiere la Ley Orgánica de la Administración Pública, la Ley para el Control de Vigilancia de los Organismos Descentralizados, Empresas de Participación Estatal y Fideicomisos del Estado de Baja California, las leyes General y Estatal de Salud, Reglamentos, Decretos, Acuerdos y demás disposiciones emanadas del gobernador constitucional del estado, en su calidad de presidente de la junta (ISESALUD, 2000).

<sup>53</sup> Las jurisdicciones sanitarias se encuentran ubicadas en áreas geográficas determinadas por los criterios normativos que regulan la materia y son consideradas oficinas representativas del propio ISESALUD (ISESALUD, 2000).

**Mapa No. 2**  
**Jurisdicciones de Baja California**



### **5.1.1 Instrumentos de recolección**

Para desarrollar este trabajo se eligió como estrategia revisar aquella información oficial que se encuentra en las instituciones que hacen parte del estudio y que está relacionada con la política de Descentralización de los Servicios Públicos de Salud: la Secretaría de Salud federal, el Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD), el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el Gobierno del Estado, entre otras). Se revisaron los archivos existentes desde 1996 hasta 2004.

Con esta revisión se pretendió conocer y analizar las atribuciones legales otorgadas a los gobiernos estatal y municipales; las modificaciones sufridas en la organización del sector salud en Baja California y el tipo de gestión hecha por los diversos gobiernos locales para mejorar la prestación de los servicios públicos de salud.

Se incluye la revisión de: *i) documentación legal*: leyes, decretos, acuerdos, resoluciones o modificaciones, etcétera; *ii) documentación orientada a la planeación y evaluación*: planes,

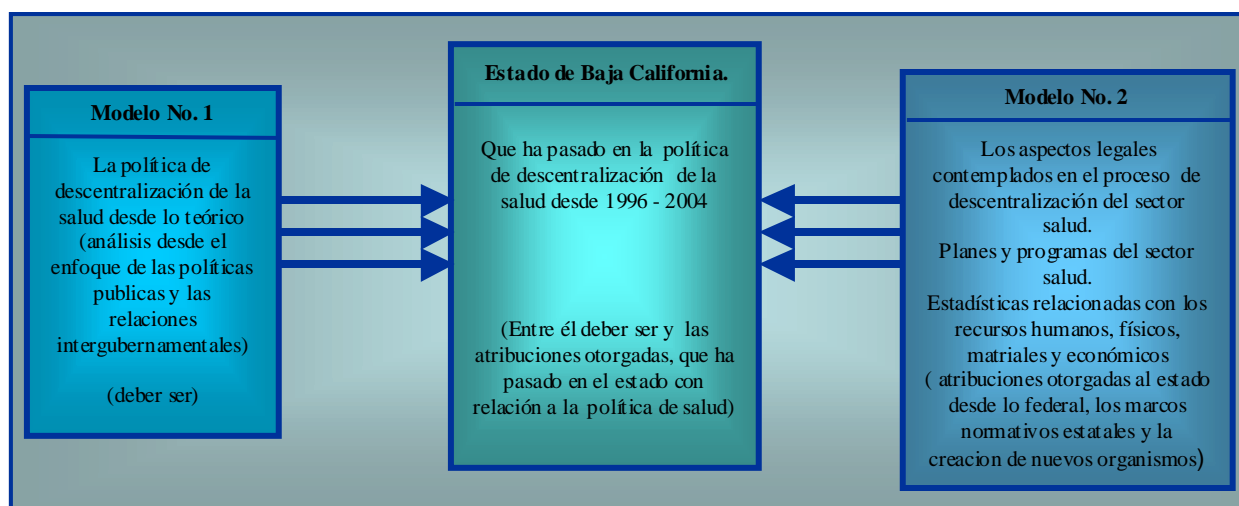


programas y proyectos del ámbito estatal y exclusivos del sector salud; informes semestrales, anuales, etcétera; iii) *documentación relacionada con el incremento de los recursos humanos*: número de médicos, odontólogos, enfermeras, promotores, etcétera, frente al indicador sectorial en el ámbito nacional; iv) *documentación relacionada con el incremento de los recursos físicos*: número de hospitales, centros de salud, ambulancias, camas, etcétera, frente al indicador sectorial en país, y v) *documentación relacionada con reportes presupuestarios*: financiamiento de la salud en los órdenes federal y estatal.

### 5.1.2 Análisis e interpretación

La interpretación de los datos se manejará con base en un modelo que incluye tres aspectos: 1. La política de descentralización de la salud desde lo teórico, con un análisis desde el enfoque de las políticas públicas y las relaciones intergubernamentales; 2. Análisis de los aspectos legales contemplados en el proceso de descentralización del sector salud, de los planes y programas y de las estadísticas relacionadas con los recursos humanos, físicos, materiales y económicos, y 3. Análisis del impacto de la política de descentralización de la salud en Baja California desde que fue instrumentada en 1996 hasta 2004).

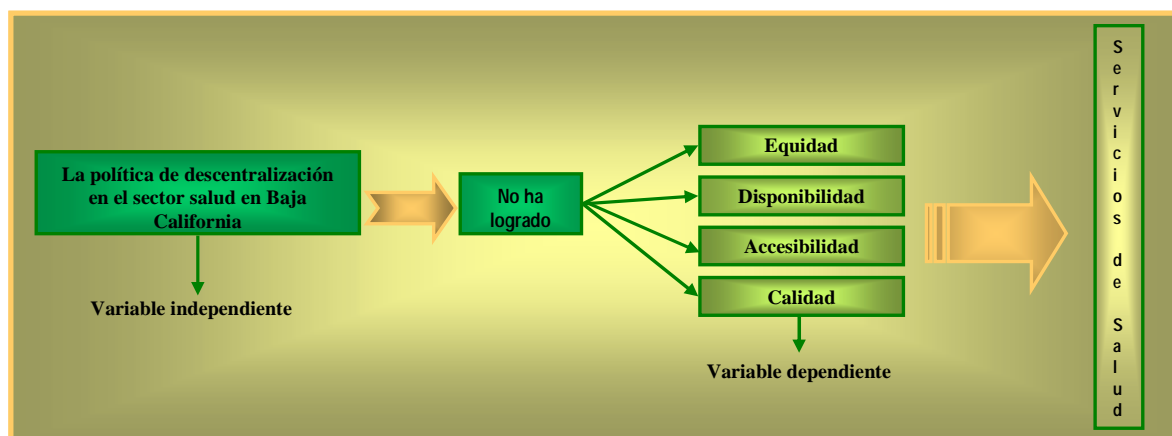
**Figura No. 14**  
**Modelo para analizar la información recolectada**



Con estos análisis se pretende dar respuesta a la hipótesis que se plantea en la investigación: “La política de descentralización en el sector salud en Baja California no ha logrado sus objetivos centrales de prestar con equidad, disponibilidad, accesibilidad y calidad los servicios de salud para la población abierta”.

Teniendo en mente esta hipótesis, se hará a su vez un análisis de las variables independiente y dependiente.

**Figura No. 15**  
**Hipótesis en términos de variable para el análisis**



El análisis de la información se centrará en las cuatro variables que forman parte de los objetivos planteados en la política de descentralización del sector salud: *equidad*, *disponibilidad*, *accesibilidad* y *calidad* en la prestación de los servicios de salud. También se realizará el análisis en dos períodos de gobierno: el que va 1995 a 2001, que incluye el año (1996) en que el gobierno del estado de Baja California firma el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en la entidad; y el que comprende de 2002 a 2004, este último el año de corte de esta investigación. En esta última etapa se analizarán las acciones que emprendió el gobierno del estado de Baja California luego del primer periodo en que se firmó el convenio, para ver qué avances en materia de salud ha experimentado la entidad.

El estudio de estas variables se hizo con base en la información estadística, reportes e informes que han sido emitidos por la Secretaría de Salud federal y el Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD), los planes de los gobiernos estatales

entre 1995 y 2001, encabezados por Ernesto Ruffo, Héctor Terán Terán y Alejandro González Alcocer, y el gobernador actual Eugenio Elorduy Walther, así como información del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

## ***5.2 Análisis de la equidad, disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud en Baja California, 1996-2004***

### *5.2.1 Información para analizar estas variables*

- ***Reportes estadísticos:*** Se trata de los reportes e informes emitidos por la Secretaría de Salud federal, el Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (Isesalud) y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) relacionados directamente con las variables centrales de este estudio. En esta investigación se considerarán los reportes estadísticos de 1996, año en que se firma el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en la entidad, y 2004, año de corte de esta investigación. La razón por la que se escogieron los reportes estadísticos de esos dos años en específico es que esa información es útil para saber hasta dónde la política de descentralización del sector salud ha sido efectiva en el estado y permite a la vez analizar cómo ha sido asumida y desarrollada por los diversos gobiernos, dado que antes de 1996 la prestación de los servicios de salud dependía exclusivamente del nivel federal.
- ***Planes de gobierno y programas sectoriales de salud en el ámbito estatal:*** En este apartado se realizará un análisis de los planes de gobierno y del programa sectorial de salud del gobierno del estado correspondientes a 1995-2001 y 2002-2007 para conocer qué planteamientos se han desarrollado respecto a la política de descentralización del sector salud en la entidad.

### *5.2.2 Las variables equidad y disponibilidad*

En esta investigación se hará un análisis de las variables equidad y disponibilidad en el contexto de la política de descentralización de la salud y teniendo en cuenta el marco teórico expuesto en el capítulo III, en cuanto a la distribución y disposición en 1996 y 2004 de recursos físicos y

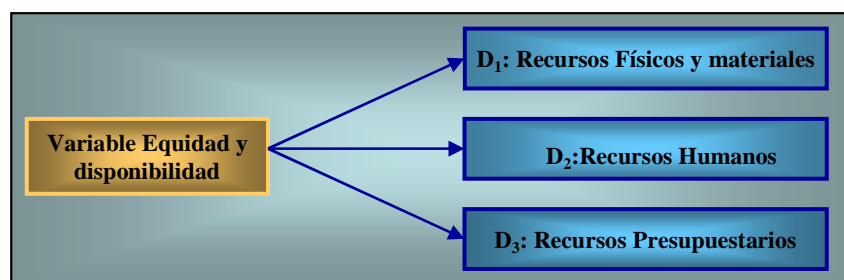
materiales (instalaciones, bienes y servicios, número de hospitales, clínicas, etcétera), recursos humanos (el personal profesional y capacitado para desempeñar las funciones requeridas) y recursos presupuestarios (el financiamiento del gobierno) en la prestación de los servicios de salud a la población abierta, contrastada con la misma distribución y disposición para la población asegurada.

Presentar estas dos variables en un solo análisis obedece, por un lado, a que cuando se mide la disponibilidad se puede a la vez evaluar la equidad, dado que existe una relación entre los recursos existentes y el sujeto o la población objetivo, es decir, aquella a la que se destinan esos recursos.

En ese sentido, en este análisis estas dos variables van en una estrecha concordancia, dado que en la medida en que se analiza la disponibilidad de recursos en el nivel estatal, relacionados a la vez entre las dos poblaciones: abierta y asegurada, frente al nivel federal e internacional, se visualiza si la política de descentralización de la salud en Baja California ha impactado en forma positiva o negativa en estas dos variables, es decir en la equidad y en la disponibilidad de recursos, en forma especial para la población abierta, objetivo central de esta investigación.

Como se puede observar en la figura 16, aquí se va a considerar el proceso social contemplado en la hipótesis para transformarlo en variable que se convierta en un indicador.

**Figura No. 16**  
**Variabes Equidad y disponibilidad en términos de indicador**



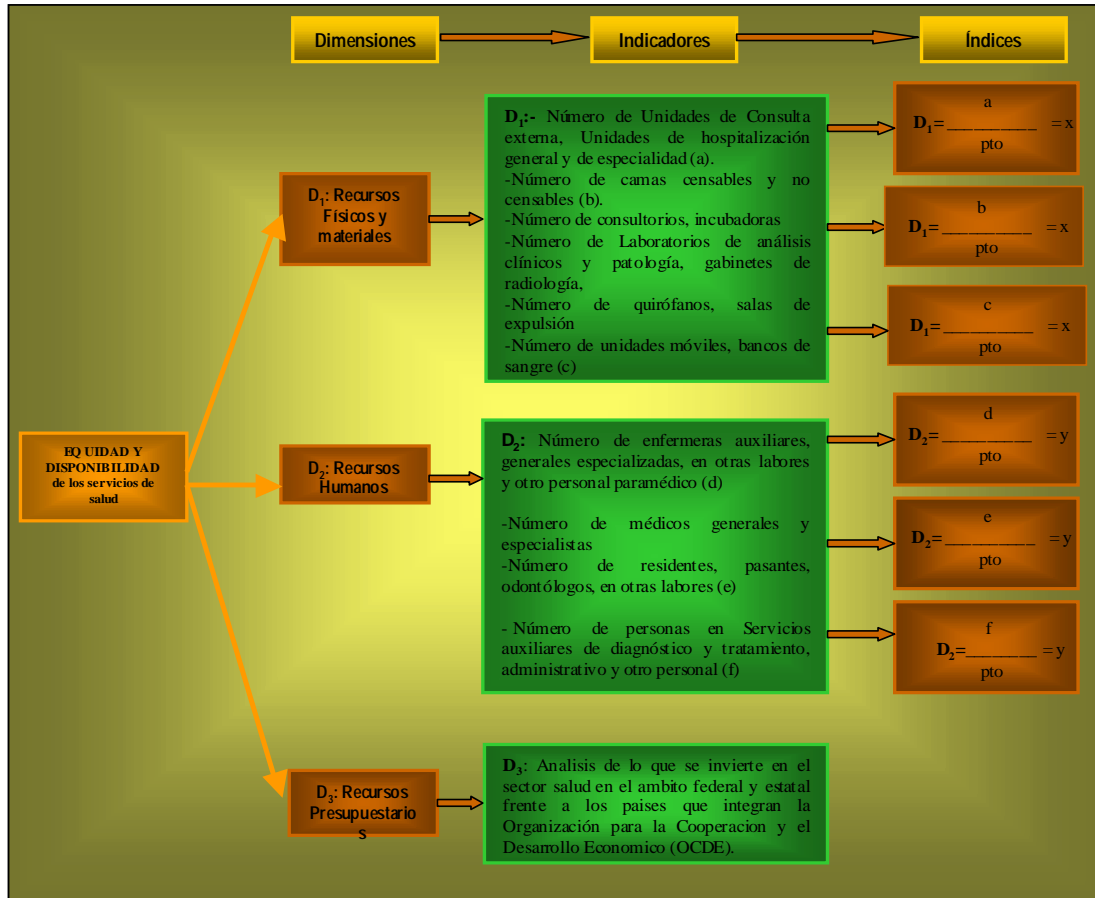
**Fuente:** Elaboración con base en los conceptos expuestos por Lavielle et al. (2004) y UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000).

### *5.2.2.1 Las variables equidad y disponibilidad desde el punto de vista de los reportes estadísticos*

Continuando con el indicador que se va a utilizar para las variables equidad y disponibilidad, a continuación se expondrá el modelo de análisis de cada uno de los recursos físicos y materiales, humanos y presupuestarios.

Ya definidas las variables equidad y disponibilidad, el concepto (que en esta investigación será la distribución y disposición de los recursos físicos y materiales, humanos y presupuestarios en las poblaciones abierta y asegurada), las dimensiones y los indicadores, el siguiente paso es obtener los índices que resultan de la agrupación de los diversos indicadores. Éstos a su vez aportan los datos numéricos que, sometidos a las diferentes operaciones matemáticas, permiten calcular el índice, que también permite calcular hasta dónde la política de descentralización de la salud ha logrado o no equidad y disponibilidad de estos recursos en la prestación de los servicios de salud a la población abierta en Baja California (figura 17).

**Figura No. 17**  
**Dimensiones, indicadores e índices de las variables Equidad y disponibilidad**



**Fuente:** Elaboración con base en los conceptos expuestos por Lavielle et al. (2004) y UN Committee on Economic, social and Cultural Rights (2000).

En este modelo las letras D1 = dimensiones; pto = población objetivo (abierta-asegurada) y las letras a, b, c, d, e, f = indicadores utilizados. Los datos utilizados corresponden a los reportes estadísticos que han sido emitidos por la Secretaría de Salud federal, el Instituto de Servicios de Salud Pública del estado de Baja California (ISESALUD), el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

En este análisis de las variables equidad y disponibilidad se va a realizar una comparación entre los recursos físicos y materiales con los que cuenta la población abierta, frente a los de la población asegurada en los ámbitos estatal y nacional.

Al mismo tiempo, se harán algunas comparaciones de esas variables de México con las que presentan los países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), organismo de forma parte el país desde 1994, todo esto para ver hasta dónde se ha logrado equidad y disponibilidad en cuanto a los recursos físicos y materiales con la puesta en marcha de la política de descentralización de la salud en México y específicamente en Baja California.

**Cuadro 2**  
**Recursos físicos y materiales de la población abierta y asegurada, Baja California, 1996-2004**

Recursos físicos y materiales	Población abierta		Población asegurada	
	1996*	2004**	1996*	2004**
Unidades de consulta externa/1	98	125	65	47
Unidades de hospitalización general/2	3	4	15	21
Unidades de hospitalización especializada/3	0	1	0	7
Camas censables/4	354	469	1129	1229
Camas no censables/5	290	293	469	601
Consultorios/6	301	436	517	659
Incubadoras/7	34	41	70	65
Laboratorios de análisis clínicos y de patología/8	13	11	26	31
Gabinetes de radiología/9	13	6	46	25
Quirófanos/10	15	16	45	49
Salas de expulsión/11	35	34	32	38
Unidades móviles/12	0	44	0	4
Bancos de sangre/13	2	4	9	10

**Fuente:** \* Secretaría de Salud (1997).

\*\* Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (Isesalud) (2005).

**1/Unidades de consulta externa:** Establecimientos físicos que cuentan con recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, y cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y están destinados a proporcionar atención médica integral a la población.

**2/Unidades de hospitalización general:** Establecimientos de los sectores público, social y privado, cualquiera que sea su denominación, en los que se presta atención médica integral a la población, que cuenta con recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos para la atención de pacientes en las ramas troncales de la medicina: medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia y especialidades de mayor demanda, brindando en general servicio las 24 horas al día, siete días a la semana y 365 días al año.

**3/Unidades de hospitalización especializada:** Establecimientos reservados principalmente para el internamiento en camas censables con fines de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes que padecen enfermedades específicas o una afección de un aparato y sistema, o bien son reservados para el diagnóstico y tratamiento de condiciones que afectan a grupos de edad específicos.

**4/Camas censables:** Son las camas de servicio instaladas en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos y que cuentan con los recursos necesarios de espacio y personal.

**5/Camas no censables (o de tránsito):** Se destinan a servicios auxiliares de hospitalización y no son controladas por el servicio de admisión de la unidad. Este tipo de camas se localizan en las áreas de cuidados intensivo, recuperación, urgencias, expulsión y cunero fisiológico. Las camas de cirugía ambulatoria y/o de corta estancia se clasifican en esta variable.

**6/Consultorios:** Áreas donde se desarrollan las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes ambulatorios.

**7/Incubadoras:** Receptáculos donde se facilita el desarrollo de los niños nacidos prematuramente o de término cuando se requiera complementar su desarrollo y/o cuando presentan patología con repercusión sistémica. Se consideran censables cuando se ubican en servicios de hospitalización y son controlados por el área de admisión. Son no censables cuando se usan como apoyo al tratamiento.

**8/Laboratorios de análisis clínicos:** Áreas o locales de personal, mobiliario, equipo e instalaciones independientes o ligados a algún servicio de atención médica para realizar estudios de muestras biológicas provenientes de personas o de sus desechos.

**Laboratorios de patología:** Servicios fundamentales para el diagnóstico preventivo o definitivo de pacientes con algún desorden orgánico; su función es recolectar, analizar y dictaminar, coadyuvando a la atención médica de los pacientes atendidos en las unidades hospitalarias a través de diferentes estudios hematológicos, químicos, inmunológicos y microbiológicos.

**9/Gabinetes de radiología:** Áreas o locales dotados de personal, mobiliario, instalaciones y equipo de rayos x, destinadas para el servicio de diagnóstico.

**10/Quirófanos:** Áreas de hospitales dotadas de personal, mobiliario, equipo e instalaciones para la ejecución de procedimientos quirúrgicos. Entendidas como el conjunto de salas de operaciones, de recuperación y servicios de apoyo.

**11/Salas de expulsión:** Espacios físicos donde se atiende a la parturienta, asépticos al iniciar la expulsión.

**12/Unidades móviles:** Unidades de atención móvil a usuarios que por su localización no pueden asistir a centros de salud o carecen de ellos.

**13/Bancos de sangre:** Áreas o locales con personal, instalaciones, mobiliario y equipo, destinados a la obtención, procesamiento, conservación y distribución de sangre y sus derivados.

Teniendo en cuenta las variables equidad y disponibilidad en cuanto a los recursos físicos y materiales, entre la población abierta y asegurada, se puede ver cómo en estos recursos la población asegurada cuenta con indicadores mayores frente a la no asegurada o población abierta (cuadro 2).

Pese a que la población asegurada es mayor que la población abierta, los recursos físicos y materiales de los que dispone la segunda siguen siendo insuficientes para su atención, y más si se tiene en cuenta que Baja California, por ser un estado fronterizo, está expuesta al flujo permanente de personas sin ninguna seguridad social que deben ser atendidas por el estado.

En el cuadro 3, donde se muestran los recursos físicos entre ambas poblaciones, se puede apreciar cómo en algunos recursos la disponibilidad se duplica en la población asegurada respecto a la población abierta. Un ejemplo de ello son las camas censables. Si se observan las columnas correspondientes a 1996, se puede apreciar cómo en cuanto a la disponibilidad la población asegurada contaba con 1.00 camas por cada mil habitantes, frente a 0.36 camas para la población abierta, es decir, más del doble.

Lo mismo sucede con los demás recursos, como se observa en el mismo cuadro para los años 1996 y 2004.



**Cuadro 3**  
**Comparativo de recursos físicos y materiales entre la población abierta y asegurada, Baja California, 1996-2004**

Recursos Físicos y Materiales	Población abierta B. C.				Población Asegurada B. C.			
	1996*	Tasa X 1000 habitantes	2004**	Tasa X 1000 habitantes	1996*	Tasa X 1000 habitantes	2004**	Tasa X 1000 habitantes
U. de Consulta Externa y hospitalización	101	<b>0.10</b>	131	<b>0.12</b>	80	<b>0.07</b>	75	<b>0.04</b>
Camas Censables	354	<b>0.36</b>	469	<b>0.43</b>	1129	<b>1.00</b>	1229	<b>0.69</b>
Camas no Censables	290	<b>0.29</b>	293	<b>0.27</b>	469	<b>0.42</b>	601	<b>0.34</b>
Consultorios	301	<b>0.31</b>	436	<b>0.40</b>	517	<b>0.46</b>	659	<b>0.37</b>
Incubadoras	34	<b>0.03</b>	41	<b>0.04</b>	70	<b>0.06</b>	65	<b>0.04</b>
Laboratorios de Análisis Clínicos y de patología	13	<b>0.01</b>	11	<b>0.01</b>	26	<b>0.02</b>	31	<b>0.02</b>
Gabinetes de Radiología	13	<b>0.01</b>	6	<b>0.01</b>	46	<b>0.04</b>	25	<b>0.01</b>
Quirófanos	15	<b>0.02</b>	16	<b>0.01</b>	45	<b>0.04</b>	49	<b>0.03</b>
Salas de Expulsión	35	<b>0.04</b>	34	<b>0.03</b>	32	<b>0.03</b>	38	<b>0.02</b>
Bancos de Sangre	2	<b>0.00</b>	4	<b>0.00</b>	9	<b>0.01</b>	10	<b>0.01</b>

**Fuente:** \* Secretaría de Salud (1997).

\*\* Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD) (2005).

Ahora bien, si se comparan los resultados del estado para la población abierta y asegurada con los resultados a nivel nacional para ambas poblaciones, se puede advertir claramente que en cuanto a los recursos físicos y materiales Baja California está por debajo de la tasa nacional. Un ejemplo de ello son las unidades de consulta externa y hospitalización: mientras que para 1996 la tasa nacional fue de 0.35 unidades por cada mil habitantes, en Baja California la tasa sólo fue de 0.17 unidades, y lo mismo sucedió para 2004, cuando la tasa nacional fue de 0.36 unidades por mil habitantes y para Baja California sólo fue de 0.16 unidades, una tasa menor incluso que la de 1996. Es decir, este recurso descendió para el estado pese a que la población había aumentado en un 35.77 por ciento (cuadro 4).

**Cuadro 4**  
**Comparativo estatal y nacional de recursos físicos y materiales para población abierta y asegurada,**  
**Baja California, 1996-2004**

Recursos Físicos y materiales	Tasa X 1000 habitantes Baja California		Tasa X 1000 habitantes Nacional	
	1996*	2004**	1996*	2004**
U. de Consulta Externa y hospitalización	0.17	0.16	0.35	0.36
Camas Censables	1.36	1.12	1.59	1.50
Camas no Censables	0.76	0.61	1.23	1.16
Consultorios	0.76	0.77	0.95	1.02
Incubadoras	0.10	0.07	0.09	0.09
Laboratorios de Análisis Clínicos y de patología	0.04	0.03	0.04	0.04
Gabinetes de Radiología	0.05	0.02	0.08	0.16
Quirófanos	0.06	0.04	0.06	0.07
Salas de Expulsión	0.06	0.05	0.12	0.11
Bancos de Sangre	0.01	0.01	0.01	0.01

**Fuente:** \* Secretaría de Salud (1997).

\*\* Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD) (2005).

Para examinar más de cerca la variable disponibilidad, a continuación se realizará una comparación para poder examinar cómo los recursos físicos y materiales aumentaron en el estado de Baja California en los dos años de estudio, 1996 y 2004, frente al número de la población abierta y asegurada.

Ahora bien, si se observan los cuadros 5 y 6, se puede también apreciar que la disponibilidad de recursos en ambas poblaciones no se incrementó en Baja California, pese al incremento de la población de 1996 a 2004 de 35.77 por ciento; incluso, existen algunos recursos, como las unidades de consulta externa y las incubadoras en la población asegurada, y los laboratorios clínicos, gabinetes radiológicos y salas de expulsión en la población abierta, que descendieron.

**Cuadro 5**

**Disponibilidad de recursos físicos y materiales entre la población abierta de Baja California, tasa por mil habitantes, 1996-2004**

Recursos físicos y materiales	Población abierta	
	1996*	2004**
U. de Consulta Externa y hospitalización	0.10	0.12
Camas Censables	0.36	0.43
Camas no Censables	0.29	0.27
Consultorios	0.31	0.40
Incubadoras	0.03	0.04
Laboratorios de Análisis Clínicos y de patología	0.01	0.01
Gabinetes de Radiología	0.01	0.01
Quirófanos	0.02	0.01
Salas de Expulsión	0.04	0.03
Bancos de Sangre	0.00	0.00

**Fuente:** \* Secretaría de Salud (1997).

\*\* Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD) (2005).

**Cuadro 6**

**Disponibilidad de recursos físicos y materiales entre la población asegurada de Baja California, tasa por mil habitantes, 1996-2004**

Recursos físicos y materiales	Población asegurada	
	1996*	2004**
U. de Consulta Externa y hospitalización	0.07	0.04
Camas Censables	1.00	0.69
Camas no Censables	0.42	0.34
Consultorios	0.46	0.37
Incubadoras	0.06	0.04
Laboratorios de Análisis Clínicos y de patología	0.02	0.02
Gabinetes de Radiología	0.04	0.01
Quirófanos	0.04	0.03
Salas de Expulsión	0.03	0.02
Bancos de Sangre	0.01	0.01

**Fuente:** \* Secretaría de Salud (1997).

\*\* Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD) (2005).

Teniendo en cuenta las variables equidad y disponibilidad entre la población abierta y asegurada en cuanto a los recursos humanos, se puede percibir cómo estos recursos en la población asegurada cuenta con indicadores mayores que los de la población no asegurada, y en algunos casos se

triplican, como se observa en el rubro de las enfermeras auxiliares, generales y especializadas (cuadro 7).

Si se revisa el mismo cuadro tanto para 1996 como para 2004, se puede percibir que sucede algo parecido con los demás recursos.

**Cuadro 7**  
**Recursos humanos, población abierta y asegurada, Baja California,**  
**tasa por mil habitantes, 1996-2004**

Recursos Humanos	Población abierta		Población Asegurada	
	1996*	2004**	1996*	2004**
Enfermeras Auxiliares/1	0.41	0.39	1.04	0.64
Enfermeras Generales/2	0.51	0.61	0.94	0.81
Enfermeras Especializadas/3	0.02	0.04	0.38	0.34
Enfermeras en otras Labores/4	0.18	0.21	0.06	0.10
Otro Personal paramédico/5	0.05	0.18	0.59	0.50
Médicos Generales/6	0.12	0.22	0.49	0.45
Médicos Especialistas/7	0.16	0.24	0.76	0.71
Residentes/8	0.04	0.14	0.02	0.04
Pasantes/9	0.10	0.14	0.01	0.02
Odontólogos/10	0.08	0.04	0.10	0.06
En otras labores/11	0.05	0.07	0.34	0.11
Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento/12	0.07	0.11	0.40	0.34
Personal Administrativo/13	0.38	0.42	0.78	0.40

Fuente:\* Secretaría de Salud (1997).

\*\* Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD) (2005).

**1/Enfermeras auxiliares:** Personal de enfermería que auxilia al médico en la exploración del paciente, recibe y entrega ropa, medicamentos, equipo instrumental y material de curación, participa en el aseo del equipo y mobiliario de la unidad.

**2/Enfermeras generales:** Personal de enfermería que desempeña labores relacionadas con la atención integral de la patología humana en su conjunto, sin consagrarse a una especialidad en particular.

**3/Enfermeras especializadas:** Personal de enfermería que desempeña labores relacionadas con una rama de la medicina con estudios de especialización, que la capacita para dar atención de padecimientos referidos a un órgano, aparato o sistema.

**4/Enfermeras en otras labores:** Personal con estudios autorizados legalmente de enfermería, general, de alguna especialidad o en formación que desempeña otras labores diferentes a la atención médica.

**5/Otro personal paramédico:** Personal dedicado al desarrollo de actividades que apoyan al personal médico en la definición o confirmación de un diagnóstico clínico y/o favorece el tratamiento integral del paciente; incluye trabajo social, dietología y labores de enseñanza. No incluye al personal que desempeña sus actividades en las áreas administrativas, de conservación y mantenimiento de las unidades médicas.

**6/Médicos generales:** Profesionales de la medicina que se dedican al tratamiento integral de la patología humana en su conjunto sin consagrarse a una especialidad en particular.

**7/Médicos especialistas:** Profesionales de la medicina con estudios de especialización que los capacitan para dar atención de padecimientos referidos a un órgano, aparato o sistema; incluye gineco-obstetras, pediatras, cirujanos e internistas.

**8/Residentes:** Médicos que realizan estudios para obtener el grado de especialista siguiendo el programa académico y laboral establecido para cada residencia médica.

**9/Pasantes:** Estudiantes de medicina, enfermería u odontología que realizan su servicio social, hayan o no presentado examen profesional.

**10/Odontólogos:** Personal de odontología y odontología especialista profesional autorizada para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedades bucodentales.

**11/En otras labores:** Personal autorizado legalmente; general, de alguna especialidad o en formación que desempeña labores relacionadas con la atención preventiva, curativa o de rehabilitación en beneficio de los pacientes.

**12/Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento:** Personal profesionista o técnico dedicado al desarrollo de actividades que apoyan al personal médico en la definición o confirmación de un diagnóstico clínico y/o a favorecer el tratamiento integral del paciente.

**13/Personal administrativo:** Son los profesionales, técnicos y auxiliares del área que apoyan las funciones administrativas en la unidad médica.

**Cuadro 8**  
**Comparativo de recursos humanos, población abierta y asegurada, Baja California,**  
**1996-2004**

Recursos Humanos	Población abierta B. C.				Población Asegurada B. C.			
	1996*	Tasa X 1000 habitantes	2004**	Tasa X 1000 habitantes	1996*	Tasa X 1000 habitantes	2004**	Tasa X 1000 habitantes
Enfermeras Auxiliares	403	0.41	424	0.39	1168	1.04	1127	0.64
Enfermeras Generales	499	0.51	668	0.61	1056	0.94	1441	0.81
Enfermeras Especializadas	17	0.02	49	0.04	434	0.38	607	0.34
Enfermeras en otras Labores	174	0.18	230	0.21	68	0.06	173	0.1
Otro Personal paramédico	53	0.05	197	0.18	669	0.59	894	0.5
Médicos Generales	120	0.12	241	0.22	557	0.49	790	0.45
Médicos Especialistas	162	0.16	267	0.24	854	0.76	1256	0.71
Residentes	44	0.04	149	0.14	23	0.02	69	0.04
Pasantes	98	0.10	153	0.14	16	0.01	30	0.02
Odontólogos	76	0.08	43	0.04	109	0.1	106	0.06
En otras labores	52	0.05	81	0.07	389	0.34	199	0.11
Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	67	0.07	119	0.11	448	0.4	599	0.34
Personal Administrativo	372	0.38	462	0.42	882	0.78	712	0.4

**Fuente:** \* Secretaría de Salud (1997).

\*\* Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD) (2005).

En los recursos humanos, si se analiza la tasa estatal teniendo en cuenta a la población abierta y asegurada, frente a la tasa nacional para ambas poblaciones, se puede vislumbrar cómo Baja California sigue aún con tasas más bajas que las que presenta el país en general (cuadro 8 y 9).

**Cuadro 9**  
**Comparativo estatal y nacional de recursos humanos, población abierta y asegurada, Baja California, 1996-2004**

Recursos Humanos	Tasa X 1000 habitantes Baja California		Tasa X 1000 habitantes Nacional	
	1996*	2004**	1996*	2004**
Enfermeras Auxiliares	1.44	1.02	1.43	1.33
Enfermeras Generales	1.44	1.42	1.41	1.64
Enfermeras Especializadas	0.4	0.39	0.43	0.45
Enfermeras en otras Labores	0.24	0.31	0.31	0.27
Otro Personal paramédico	0.65	0.68	0.62	1.97
Médicos Generales	0.62	0.67	0.68	0.73
Médicos Especialistas	0.92	0.95	0.81	1.17
Residentes	0.07	0.17	0.22	0.16
Pasantes	0.11	0.16	0.32	0.25
Odontólogos	0.17	0.1	0.16	0.14
En otras labores	0.4	0.19	0.39	0.38
Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	0.47	0.45	0.66	Nd
Personal Administrativo	1.16	0.82	1.52	Nd
Otro Personal	1.27	3.03	1.35	Nd

Fuente: \* Secretaría de Salud (1997).

\*\* Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD) (2005).

Nd = No disponible.

**Cuadro 10**  
**Disponibilidad de recursos humanos entre población abierta de Baja California, 1996-2004**

Recursos Humanos	Población abierta B. C.	
	1996*	2004**
Enfermeras Auxiliares	0.41	0.39
Enfermeras Generales	0.51	0.61
Enfermeras Especializadas	0.02	0.04
Enfermeras en otras Labores	0.18	0.21
Otro Personal paramédico	0.05	0.18
Médicos Generales	0.12	0.22
Médicos Especialistas	0.16	0.24
Residentes	0.04	0.14
Pasantes	0.10	0.14
Odontólogos	0.08	0.04
En otras labores	0.05	0.07
Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	0.07	0.11
Personal Administrativo	0.38	0.42

Fuente: \* Secretaría de Salud (1997).

\*\* Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD) (2005).

Tasa por 100 mil habitantes.

**Cuadro 11**  
**Disponibilidad de recursos humanos entre población asegurada de Baja California,**  
**1996-2004**

Recursos Humanos	Población Asegurada B. C.	
	1996*	2004**
Enfermeras Auxiliares	1.04	0.64
Enfermeras Generales	0.94	0.81
Enfermeras Especializadas	0.38	0.34
Enfermeras en otras Labores	0.06	0.1
Otro Personal paramédico	0.59	0.5
Médicos Generales	0.49	0.45
Médicos Especialistas	0.76	0.71
Residentes	0.02	0.04
Pasantes	0.01	0.02
Odontólogos	0.1	0.06
En otras labores	0.34	0.11
Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	0.4	0.34
Personal Administrativo	0.78	0.4

**Fuente:** \* Secretaría de Salud (1997).

\*\* Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD) (2005).

Tasa por 100 mil habitantes.

Realizando una comparación entre los (cuadros 10 y 11), se puede también notar que la disponibilidad de recursos humanos en ambas poblaciones, pese al incremento de la población de 1996 a 2004, de 35.77 por ciento, no aumentó en igual proporción; incluso, existen algunos recursos humanos en la atención para la población abierta, como el de enfermeras auxiliares y odontólogos, que descendieron en 2004. Caso contrario sucede con la atención de salud para la población asegurada, pues en 2004 casi todos los recursos humanos descendieron con relación a 1996 pese a que la población asegurada se incrementó en un 9 por ciento.

Ahora bien, si observamos los cuadros que se presentan de Baja California relativos tanto a la población abierta como a la asegurada, se puede percibir claramente que entre 1996, cuando el estado apenas firmó el convenio de transferencia, y 2004, cuando llevaba ya ocho años de haber entrado al proceso descentralizador, los recursos físicos, materiales y humanos disminuyeron notablemente.

De igual forma, si se observan los cuadros de los recursos físicos, materiales y humanos, entre la población abierta y asegurada, se puede notar la inequidad que existe para las dos

poblaciones, dado que la población que cuenta con aseguramiento posee mayor disponibilidad de recursos frente a la población abierta.<sup>54</sup>

### 5.2.3 *Variable accesibilidad*

En este estudio, para evaluar la accesibilidad se tendrá en cuenta la cantidad de población que ha asistido a recibir servicios de salud de los siguientes programas: planificación familiar, diabetes mellitus, hipertensión arterial, consultas especializadas y odontológicas, y esquemas de vacunación. También se analizará la accesibilidad desde el punto de vista del acceso físico, entendido como la distancia que existe para acceder a servicios de salud de segundo y tercer nivel.

Es necesario aclarar que muchas veces no sólo se requiere que los recursos existan para prestar los servicios, sino también que haya otros elementos fundamentales que la población receptora debe conocer para poder acceder a ellos. Esto significa que no basta con tener disponibilidad de recursos para ofrecer los servicios de salud, sino que deben existir las condiciones necesarias para que pueda haber accesibilidad a ellos.

Hablar de accesibilidad es también hablar de la relación que existe entre ésta y la disponibilidad. Por eso, para que haya accesibilidad a los servicios de salud que se ofrecen también se deben considerar los diversos obstáculos que pueden impedir o dificultar el uso de los servicios por una población, y éstos obstáculos, como se mencionó, pueden ser las barreras económicas (entendiendo éstas como las relacionadas con el costo de buscar y obtener atención médica para el paciente o el hogar), la forma en que están disponibles los servicios en el área donde reside la gente, la localización física (llamada también “barrera física”, que se entiende como las relacionadas directamente con la disponibilidad general de los servicios de salud y la distancia en que se

---

<sup>54</sup> Considerada como aquella que no posee ninguna afiliación ya sea a una institución de salud pública o privada (Ley general de salud, última reforma aplicada 19/01/2004). Esta población está constituida por las personas de más bajos ingresos tanto de las zonas urbanas como rurales.



encuentran los establecimientos), los horarios de atención, el acceso a la información adecuada, el trato (aspecto que se verá en la variable de calidad, más adelante), las barreras culturales (determinadas por las creencias religiosas, la etnia), etcétera.

Las condiciones expuestas son relevantes para que la población use los servicios de salud. Si no se cuenta con las condiciones favorables, la población puede ser renuente a acceder a ellos; de ahí la necesidad de que los encargados del sector salud sean responsables a la hora de diseñar y ejecutar los programas. No se puede olvidar que los factores que influyen para que una comunidad que demanda servicios de salud pueda o no acceder a ellos son diversos, y por tal razón es urgente que los responsables de diseñar las políticas de salud en un país tengan una visión integral del concepto de salud, para que puedan también diseñar y ejecutar programas acordes con las necesidades de la población, que vayan más allá de la mera planeación inmediata para resolver problemas inmediatos, para que se pueda a la vez tomar decisiones acertadas relacionadas con los problemas de acceso que tienen los ciudadanos.

En este orden de ideas, a continuación se presenta un comparativo entre el acceso que tuvo en 1996 y 2004 la población abierta y la asegurada a servicios de salud básicos, como planificación familiar, programas de diabetes mellitus e hipertensión arterial, al igual que a consultas especializadas y odontológicas.

**Cuadro 12**  
**Acceso a servicios básicos de salud de la población abierta y asegurada, Baja California, 1996-2004**

Población adulta y adulta mayor, hombres y mujeres	Población abierta				Población asegurada			
	1996*	Porcentaje	2004**	Porcentaje	1996*	Porcentaje	2004**	Porcentaje
Planificación familiar\	33388	<b>3.39</b>	30104	<b>2.75</b>	68608	<b>6.08</b>	197281	<b>11.14</b>
Diabetes mellitus\	nd	<b>0</b>	230892	<b>21.06</b>	nd	<b>0</b>	262972	<b>14.85</b>
Hipertensión arterial\	nd	<b>0</b>	245749	<b>22.41</b>	nd	<b>0</b>	938099	<b>52.97</b>
Consultas especializadas\	69916	<b>7.1</b>	151757	<b>13.84</b>	609537	<b>54.03</b>	787074	<b>44.44</b>
Consultas odontológicas	50312	<b>5.11</b>	35634	<b>3.25</b>	192822	<b>17.09</b>	189123	<b>10.68</b>

\a Incluye a hombres y mujeres, procedimientos quirúrgicos como salpingoclasia y vasectomía y métodos como los hormonales, con inyectables y pastillas, y los de apoyo como dispositivo intrauterino y preservativos.

\b Incluye consultas, casos nuevos, detecciones, ingreso a control y casos en control.

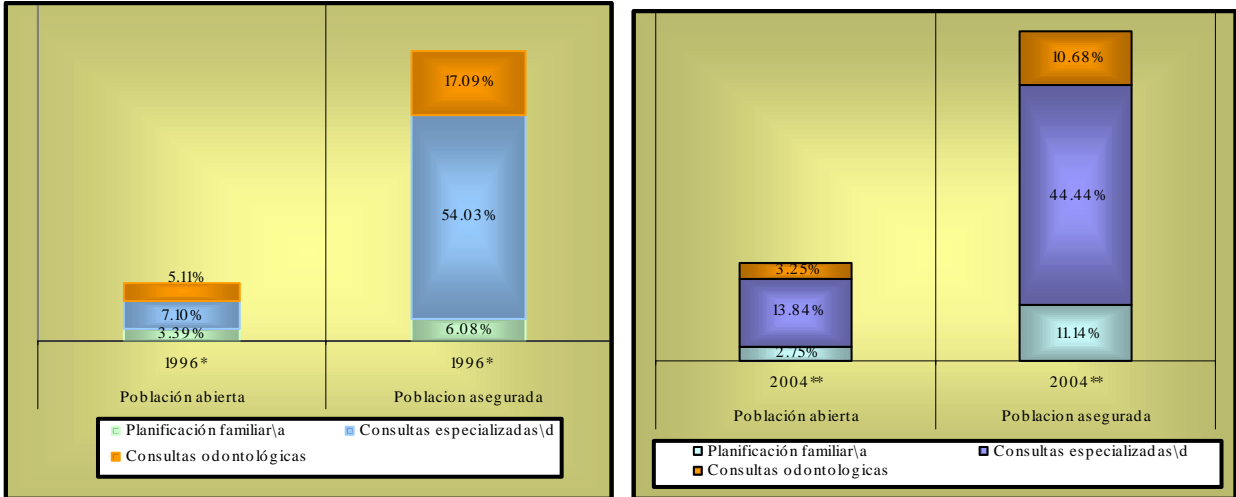
\c Incluye consultas, casos nuevos, detecciones, ingreso a control y casos en control.

\d Comprende consultas gineco-obstétricas, pediátricas, de cirugía, de medicina interna y de otras especialidades.

Nd= No disponible.

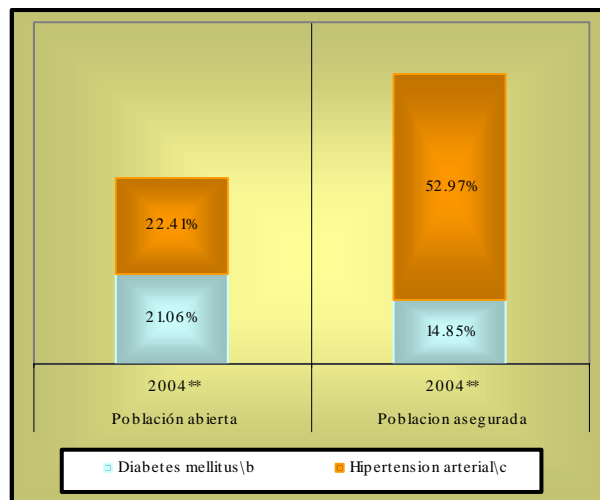
**Fuente:** \*INEGI y Gobierno del Estado de Baja California (1997). Anuario Estadístico del Estado de Baja California.  
 \*\* INEGI y Gobierno del Estado de Baja California (2005). Anuario Estadístico del Estado de Baja California.

**Grafico 5**  
**Acceso a servicios básicos de salud de la población abierta y asegurada 1996-2004**



**Fuente:** Elaboración con base en los datos de \*INEGI y Gobierno del estado de Baja California (1997). Anuario Estadístico del estado de Baja California.  
 \*\* INEGI y Gobierno del estado de Baja California (2005). Anuario Estadístico del estado de Baja California.

**Grafico 6**  
**Acceso a servicios básicos de salud de la población abierta y asegurada 2004**



**Fuente:** Elaboración con base en los datos de \*INEGI y Gobierno del estado de Baja California (1997). Anuario Estadístico del estado de Baja California.  
 \*\* INEGI y Gobierno del estado de Baja California (2005). Anuario Estadístico del estado de Baja California.

Si consideramos que en la variable accesibilidad existen algunas condiciones indispensables para que todas las personas, por el derecho constitucional que les asiste, puedan tener y recibir del

Estado atención para mejorar la salud, se puede decir que la población abierta de Baja California, frente a la asegurada, no ha recibido los beneficios que la ley y la política de descentralización del sector salud plantearon en su momento en cuanto a aumentar y facilitar el acceso de esta población a programas básicos de salud (según las gráficas 5 y 6).

Otro indicador del acceso son los esquemas básicos de vacunación en la población menor de 5 años.

**Cuadro 13**  
**Acceso de la población infantil a los esquemas básicos de vacunación, 1996-2004**

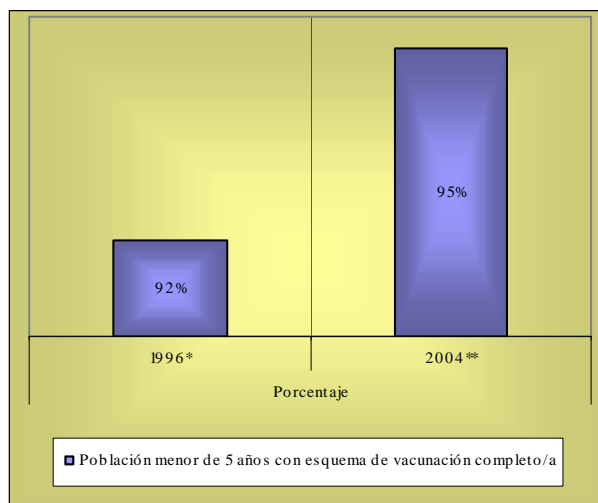
Población infantil	Población abierta		Población asegurada		Total población atendida		Porcentaje	
	1996*	2004**	1996*	2004**	1996	2004	1996	2004
Población menor de 5 años con esquema de vacunación completo/a	110977	118338	125832	147635	236809	265973	92%	95%

/a Se considera esquema básico completo de vacunación en los menores de cinco años cuando éstos han recibido tres dosis de vacuna antipoliomielítica (Sabin); tres de difteria, tosferina, tétanos, hepatitis B e infecciones graves por haemophilus influenzae B (pentavalente); una de antituberculosa (BCG), y una de triple viral.

**Fuente:** \*INEGI y Gobierno del Estado de Baja California (1997). Anuario Estadístico del Estado de Baja California.

\*\* INEGI y Gobierno del Estado de Baja California (2005). Anuario Estadístico del Estado de Baja California.

**Gráfico 7**  
**Acceso al esquema básico de vacunación población menor de cinco años 1996 - 2004**



**Fuente:** Elaboración con base en los datos de \*INEGI y Gobierno del estado de Baja California (1997). Anuario Estadístico del estado de Baja California.

\*\* INEGI y Gobierno del estado de Baja California (2005). Anuario Estadístico del estado de Baja California.

Con relación a los esquemas básicos de vacunación, en general México presenta un porcentaje alto en el acceso de los menores de 5 años a estos servicios. Las campañas que se han lanzado en todo el país, y que cada estado asume también como propias, han formado en la población una mayor conciencia de la necesidad de llevar a los niños a recibir estas dosis, lo que ha hecho que para el país se logre un porcentaje del 95 por ciento de niños menores de 5 años con esquemas básicos de vacunación y que Baja California también se encuentre sobre ese nivel, como lo muestra la gráfica 7.

En cuanto al acceso físico, que tiene que ver directamente con la distancia que existe entre las diversas instituciones y la población beneficiaria, se puede decir que en la actualidad no se cuenta en el estado con un sistema de información geográfica que ubique a las diferentes instituciones que prestan servicios de salud (hospitales generales y de especialidades, unidades móviles, unidades auxiliares de salud, centros de salud rurales o dispersos, centros de salud rurales concentrados, centros de salud urbanos, centros de salud con hospital, etcétera) para que las diferentes poblaciones del estado tengan la posibilidad de saber la accesibilidad a los servicios de salud y las dificultades que podrían enfrentar debido a la distancia, el estado de las vías de acceso y el transporte.

Hay que apuntar que en 1996 la Secretaría de Salud realizó un estudio de Regionalización Operativa de Baja California, con un análisis detallado de la distancia en kilómetros y minutos en que se encontraban las diferentes instituciones que existían tanto en el ámbito urbano como en el rural.

Este estudio mostró que la dificultad más grande para acceder a los servicios de salud concernía a los servicios de segundo nivel.<sup>55</sup> En el caso, por ejemplo, del municipio de Mexicali, la

---

<sup>55</sup> Los servicios de salud se dividen en tres tipos: **primer nivel de atención médica**, con acciones y servicios enfocados básicamente en preservar la salud mediante actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección específica, así como diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación, en su caso, de padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya resolución es factible con atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica. El **segundo nivel de atención médica** presta servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias médico-quirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana

población que presentaba más dificultad para llegar a este servicio (Hospital General de Mexicali) era la del puerto de San Felipe, dado que tenía que recorrer 200 kilómetros y pasar 180 minutos en el camino. En el caso de Tecate, la localidad más lejana, Benito Juárez, según este estudio se encontraba a 50 kilómetros y 100 minutos en tiempo; en relación con Tijuana, en 1996 la localidad más lejana al Hospital General era El Florido, a 30 kilómetros y 120 minutos; para Rosarito era el ejido Primo Tapia, a 48.5 kilómetros y 120 minutos, y para el municipio de Ensenada se encontró que, junto con Mexicali, es el municipio con las localidades más distantes del servicio de atención de salud de segundo nivel. Como ejemplos están la Isla de Cedros, cuya población, para acceder al Hospital General y recibir una atención especializada, debe recorrer 543 kilómetros y unos 570 minutos en tiempo, y Bahía de los Ángeles, con una población que debe recorrer 480 kilómetros de distancia en unos 600 minutos.

Aunque estudios de esta clase no se han vuelto a realizar en Baja California, se puede deducir que, debido a que los servicios de salud de segundo nivel en el estado se ubican en las principales ciudades, el acceso a los servicios de salud de este nivel sigue siendo limitado para las poblaciones más alejadas de estas áreas urbanas.

Otro factor, que tiene que ver con el acceso a los servicios de salud, es la información que la población usuaria recibe de los programas que el estado ofrece. En general, en México esta variable no se había evaluado antes y solamente comienza a tener importancia en los procesos de evaluación en 2001, con el Programa Nacional de Salud 2001-2006, que incluye una serie de indicadores (expuestos en el capítulo III) que pretenden establecer criterios y mecanismos de evaluación tanto del sistema mexicano de salud en su conjunto como de los diversos sistemas estatales.

---

complejidad a cargo de personal especializado; comprende, además, acciones de vigilancia epidemiológica en apoyo a las realizadas en el primer nivel. Y el **tercer nivel de atención médica o de alta especialidad** realiza actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas. Este nivel puede comprender también funciones de apoyo especializado para la vigilancia epidemiológica y actividades de investigación y desarrollo de recursos humanos altamente capacitados.

Un elemento que llama la atención del Programa Nacional de Salud 2001-2006 es que en él se evalúa la información que recibe el paciente de su enfermedad (relación médico-paciente), como parte de la variable de calidad, pero no se incluye información relevante de la variable del acceso, como horarios de atención, instituciones de salud en la localidad (hospitales generales y de especialidades, unidades móviles, unidades auxiliares de salud, centros de salud rurales o dispersos, centros de salud rurales concentrados, centros de salud urbanos, centros de salud con hospital, etcétera), campañas de prevención, entre otros datos. Esta información, sin duda, contribuye para que las personas accedan a y utilicen los servicios de salud.

### 5.2.3 *Variable calidad*

Esta variable tendrá como indicadores centrales para analizar los siguientes: atención a los usuarios (desde tiempo de espera hasta consulta externa y urgencias)<sup>56</sup> y trato de calidad<sup>57</sup> (en unidades de primer nivel y urgencias).

La variable calidad como tal se comenzó a evaluar a partir de 2001 con el Programa Nacional de Salud 2001-2006, donde se estableció una serie de variables acordes con las propuestas realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Con base en esta información, a continuación se presentan algunos resultados de las evaluaciones que se han hecho en el país de 2001 a 2004, con el fin de conocer cómo se encuentra Baja California frente a los demás estados del país en cuanto a la calidad en el sector salud.

Entre los indicadores evaluados están tiempo de espera en consulta externa y urgencias y porcentaje de usuarios satisfechos, que corresponden a promedios de las diferentes mediciones

---

<sup>56</sup> El tiempo de espera en consulta externa se define como la suma de los minutos que pasaron desde la asignación de la consulta hasta su entrada al consultorio médico (Secretaría de Salud, 2001) y el tiempo de espera promedio en urgencias es la suma de los minutos pasados por los usuarios desde que solicitan atención de urgencia hasta que ésta se inicia (Secretaría de Salud, 2001).

<sup>57</sup> El desempeño en trato de calidad en unidades de primer nivel se evalúa a través de un índice que mide el tiempo efectivo de espera, la satisfacción del paciente con la información proporcionada por el médico sobre su diagnóstico y sobre su tratamiento y el surtimiento de medicamentos, y la correspondiente satisfacción del usuario con estos elementos. En el servicio de urgencias se evalúa mediante un índice que mide el grado de satisfacción del usuario (paciente, familiar o acompañante) con la oportunidad en la atención, el intercambio de información entre el médico y el usuario y el trato brindado por el personal en la unidad médica en servicios de urgencias en hospitales de áreas urbanas y rurales (Secretaría de Salud, 2001).

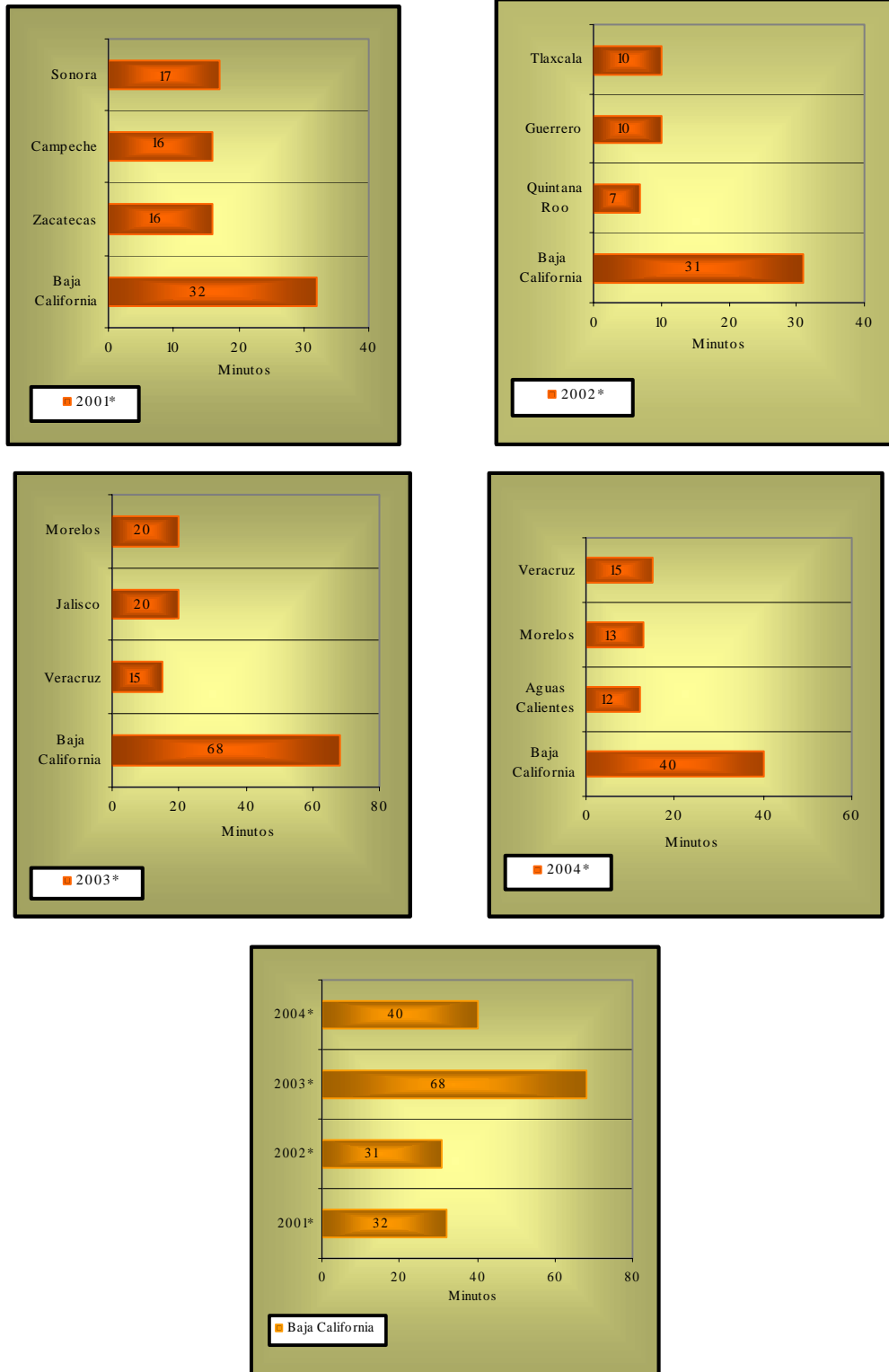
realizadas cada año en las unidades médicas participantes que atienden tanto a población abierta como asegurada en las diferentes entidades.

Cuando se habla de calidad en el sector salud es necesario tener en cuenta un conjunto de características que deben cumplir los servicios de salud en el proceso de atención a los usuarios desde dos puntos de vista: el técnico y el humano, esto con el fin de lograr los efectos deseados tanto en quienes proveen el servicio como en quienes lo reciben. Desde esta visión, la Cruzada Nacional de la Calidad en México, iniciada en 2001, quiso incorporar varios elementos para evaluar no sólo a las unidades de la Secretaría de Salud (la responsable de atender a la población abierta), sino también a aquellas que atienden a la población derechohabiente o asegurada, con el fin de conocer el nivel de satisfacción de los usuarios en lo que se refiere a los tiempos de espera en consulta externa y urgencias y en el trato que reciben al ser atendidos tanto en las unidades de primer nivel como en las urgencias de las instituciones del segundo nivel (hospitales).

En este sentido, si se observan las gráficas 8 y 9, relativas a los tiempos de espera en consulta externa y urgencias, se puede ver cómo el estado de Baja California duplica los tiempos de espera que se observan en los tres primeros estados del país con los menores tiempos. Además, si se mira el consolidado de los tiempos de espera sólo en Baja California, desde 2001 hasta 2004, se observa claramente cómo éstos en lugar de mejorar, es decir bajar, los minutos que los usuarios deben esperar para ser atendidos ya sea en consulta externa o en urgencias, al contrario aumentan cada año, lo que demuestra una vez más que el estado en cuanto a los servicios de salud se refiere ha bajado también en la calidad, ya que no ofrece a sus usuarios mejorías en algo tan vital como es una atención en consulta externa y mucho más en urgencias.

**Gráfico 8**

**Tiempo de espera en consulta externa 2001-2004 estado de Baja California, en relación con los tres primeros estados que presentan el menor tiempo**

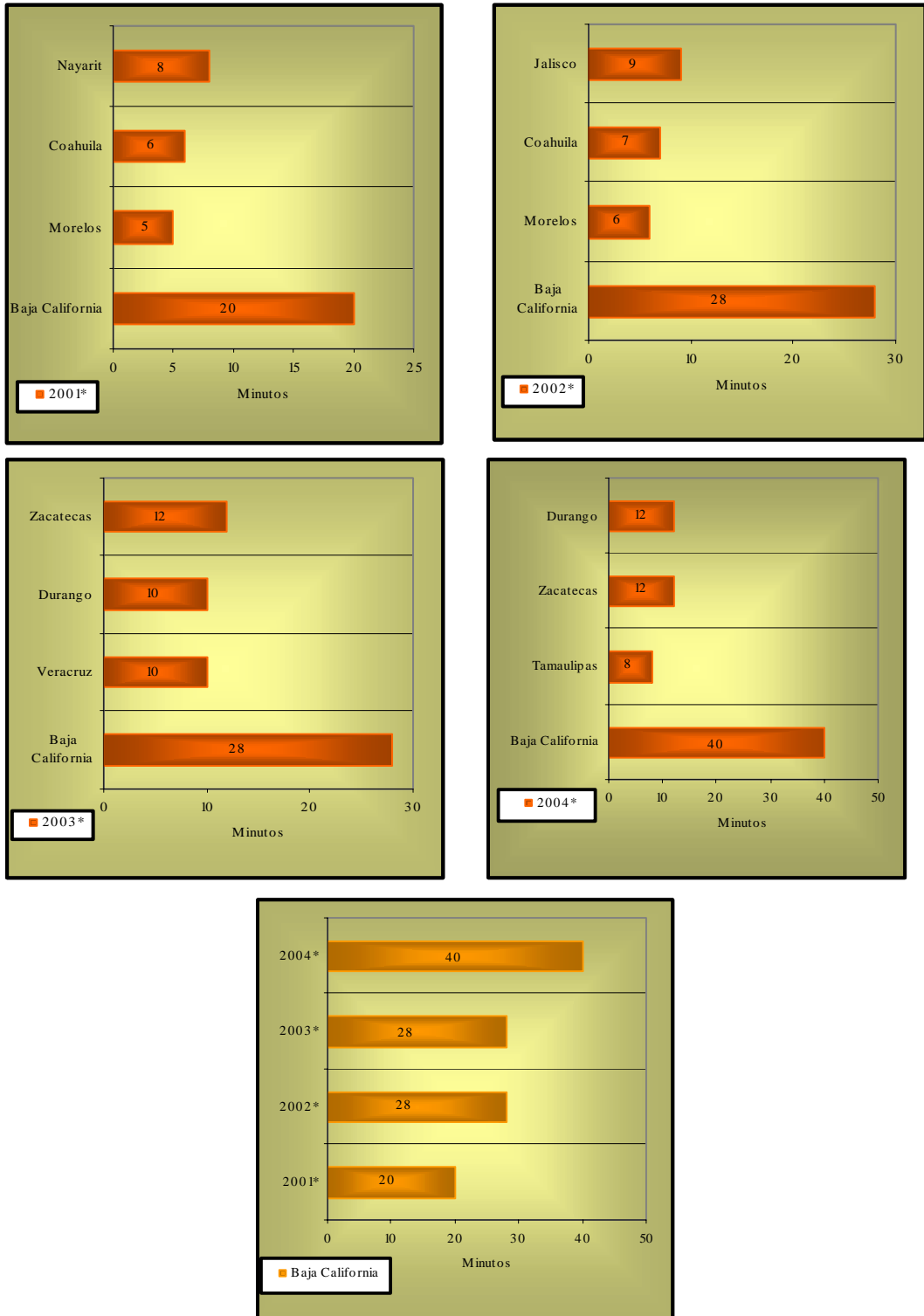


**Fuente:** \* Elaboración con base en los datos de Secretaría de Salud (2001-2004) Salud: México 2001-2004. Información para Rendición de Cuentas. Primera edición. México.



**Gráfico 9**

**Tiempo de espera en urgencias 2001-2004 estado de Baja California, en relación con los tres primeros estados que presentan el menor tiempo**



**Fuente:** \* Elaboración con base en los datos de Secretaría de Salud (2001-2004) Salud: México 2001-2004. Información para Rendición de Cuentas. Primera edición. México.

Otro aspecto significativo que muestra la baja calidad en cuanto a los tiempos de espera es el lugar que ocupa el estado en el país. Si comenzamos en 2001, Baja California ocupa el puesto 23 de los 32 estados, incluyendo al Distrito Federal; en 2002 ocupó el puesto 27; en 2003 bajó al 32 (último lugar), y en 2004 quedó en el puesto número 30. Con esto se confirma que, en relación a la calidad en servicios de salud en los tiempos de espera, el estado está entre los últimos lugares de México y que en lugar de mostrar alguna mejoría, por el contrario, estos indicadores se han ido empeorando año tras año en forma progresiva. Esto también confirma que para la población abierta, pese a los ocho años de haberse implantado la política de descentralización en el sector salud, en lugar de incrementar la calidad de los servicios, ha ocurrido un deterioro progresivo de los mismos. Un proceso similar se encontró en el trato digno, tal como se aprecia a continuación.

En cuanto al trato digno en unidades de primer nivel y de urgencias en hospitales, se encontró que en 2001 en las unidades de primer nivel los estados mejor evaluados en este desempeño y que mostraron más del 50 por ciento de satisfacción de los usuarios por el trato recibido fueron Tlaxcala, Veracruz, Nuevo León, Zacatecas, Sonora, Nayarit y Chiapas (cuadro 14).

**Cuadro 14**  
**Estados mejor evaluados en trato digno otorgado a pacientes en unidades de primer nivel, 2001**

Estado	Porcentaje
Tlaxcala	88%
Veracruz	82%
Nuevo León	69%
Zacatecas	62%
Sonora	62%
Nayarit	62%
Chiapas	58%

**Fuente:** \* Elaboración con base en los datos Salud: México 2001-2004. Información para Rendición de Cuentas, primera edición, Secretaría de Salud. México.

Las demás entidades, incluido Baja California, tuvieron un porcentaje por debajo del 50 por ciento de satisfacción de los usuarios, lo que hace que estén considerados como estados que todavía no llenan las expectativas de la población beneficiaria. Es necesario aclarar que el servicio que recibieron los usuarios corresponde a las unidades de primer nivel a cargo de la Secretaría de Salud (población abierta) (Secretaría de Salud, 2001).

Para estas mismas unidades, los estados que mostraron mejor desempeño en 2002 fueron:

**Cuadro 15**  
**Estados mejor evaluados en trato digno otorgado a pacientes en unidades de primer nivel, 2002**

Estado	Porcentaje
Veracruz	98%,
Tlaxcala	70%
Colima	52%
Coahuila	51%
México	50%
Quintana Roo	50%
Oaxaca	50%

**Fuente:** \* Elaboración con base en los datos Salud: México 2001-2004. Información para Rendición de Cuentas, primera edición, Secretaría de Salud. México.

Al igual que en 2001, los demás estados, incluido Baja California, no tuvieron calificación superior a 50 por ciento. En 2003, Zacatecas, Veracruz, Sonora, Puebla, Nayarit y Michoacán se destacaron como los estados que brindaron un mejor trato a los usuarios, con un porcentaje superior al 95 por ciento de satisfacción de los usuarios. Los demás estados, y entre ellos Baja California, mantuvieron su nivel por debajo del 50 por ciento; es decir, en ellos la mayoría de los usuarios no se mostraron satisfechos con el trato recibido en las unidades de primer nivel adonde acudieron a solicitar servicios (Secretaría de Salud, 2001-2003).

Finalmente, los estados destacados en 2004 por dar un trato digno a los usuarios en la prestación de servicios de salud en unidades de primer nivel fueron Veracruz, Zacatecas, Chihuahua y Aguascalientes, con un porcentaje superior al 95 por ciento. Es de anotar que esta evaluación corresponde únicamente a instituciones de la Secretaría de Salud y que en estas unidades fueron evaluados los siguientes indicadores: el tiempo efectivo de espera, la satisfacción del paciente con la información proporcionada por el médico sobre diagnóstico, tratamiento y provisión de medicamentos, y la correspondiente satisfacción del usuario con estos elementos (Secretaría de Salud, 2004).

En 2001, en el trato digno evaluado en las urgencias, que corresponde a instituciones de segundo nivel, los estados destacados fueron Chihuahua, Sonora, Sinaloa, Nayarit, Guerrero, Zacatecas, Tlaxcala, Nuevo León y Aguascalientes; en 2002 sobresalieron Sonora, Hidalgo, Tamaulipas, Chihuahua, Veracruz, Tabasco, Nayarit, Sinaloa y Aguascalientes; en 2003 destacaron Sonora, Puebla, Nayarit, Aguascalientes,

Zacatecas y Chihuahua, y en 2004 estuvieron: Chiapas, Chihuahua, Sonora, Veracruz, Baja California Sur, Sinaloa, Guanajuato, Tabasco y Zacatecas. Los estados que fueron bien evaluados por los usuarios en cada año obtuvieron tasas de satisfacción del 50 al 98 por ciento (Secretaría de Salud, 2001-2004).

Es necesario recalcar aquí que esta evaluación corresponde sólo a las instituciones de la Secretaría de Salud, y los aspectos que se tuvieron en cuenta para esta evaluación fueron el grado de satisfacción del usuario (paciente, familiar, acompañante) con la oportunidad en la atención; el intercambio de información entre el médico y el usuario, y el trato del personal en la unidad médica en servicios de urgencias de hospitales ubicados en áreas urbanas y rurales. Los demás estados obtuvieron porcentajes inferiores al 50 por ciento, y es evidente que Baja California, en la variable calidad en cuanto al trato digno en unidades de primer y segundo nivel, no aparece en los cuatro años que se incluyen para evaluar estos indicadores (Secretaría de Salud, 2001-2004). Esto muestra una gran insatisfacción de los usuarios, ya que esta evaluación se lleva a cabo considerando la opinión de los beneficiarios de los servicios de salud, que en nuestro caso corresponde a la población abierta.

En general, como se ha venido observando, en las cuatro categorías de análisis Baja California presenta grandes deficiencias; pero es necesario recalcar que actualmente se está llevando a cabo en todo el país el Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006 en lo que a salud se refiere. El objetivo central es tener una primera experiencia que contribuya a proyectar la salud del país al 2025, con base en los resultados obtenidos de este programa, para así dar respuesta a las necesidades de cada estado. El llamado es para que, retomando las conclusiones que se han venido generando desde 2001 a través de este programa, las autoridades y los responsables de atender la salud de los californianos las analicen de manera concienzuda y sean incorporadas en los planes, programas y proyectos del sector salud. Con ello se buscaría hacer un rediseño de las políticas públicas de salud que hasta hoy se han venido practicando y conseguir los objetivos medulares de la descentralización del sector salud: alcanzar la equidad, la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad en la prestación de los servicios de salud para la población abierta.

#### 5.2.4 *La equidad, disponibilidad, accesibilidad y calidad desde el punto de vista presupuestario*

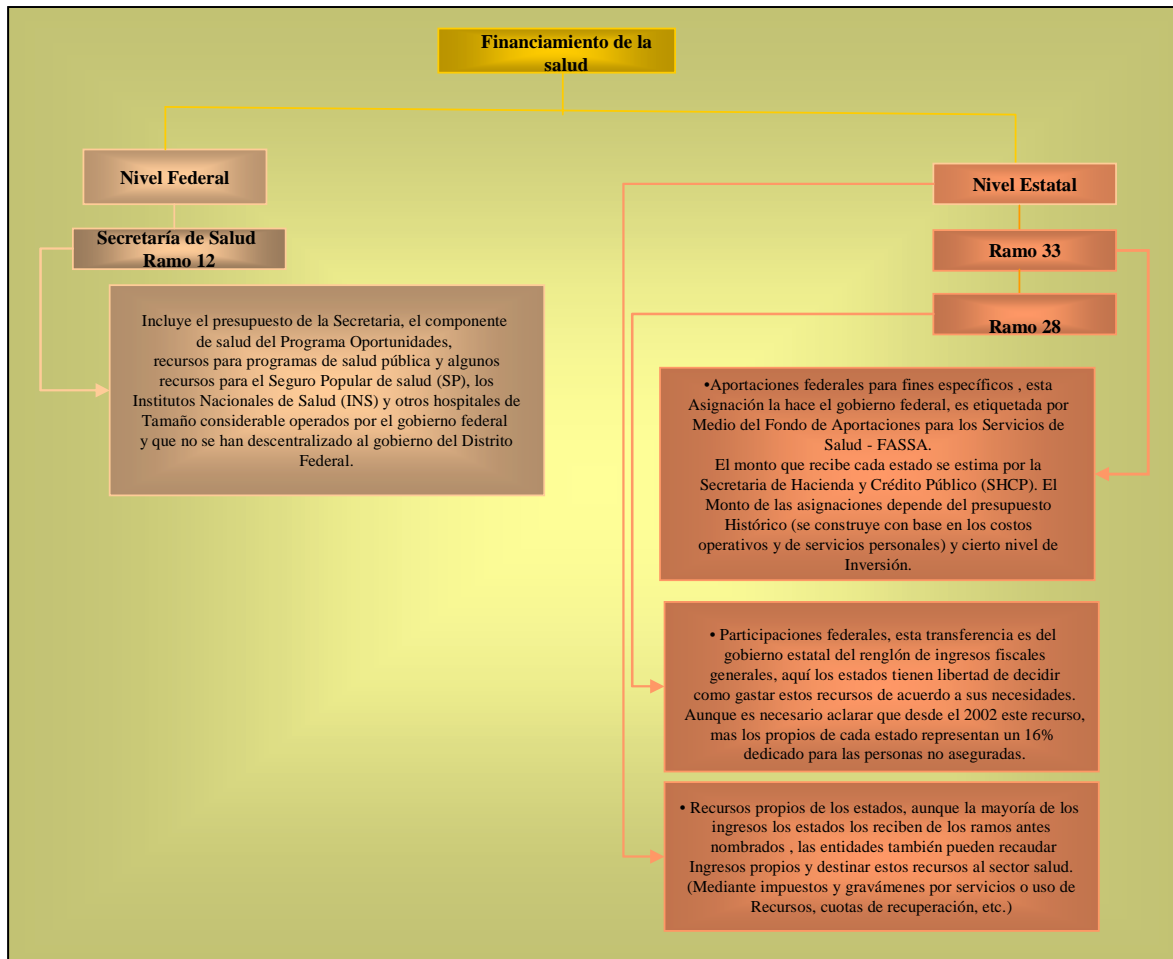
En cuanto a los recursos presupuestarios, es necesario recalcar que desde la política de descentralización de la salud la forma de asignación de estos recursos tuvo cambios significativos que dieron una dinámica diferente a la forma de financiar la salud en el país.

Como parte de estos cambios, desde 1999 la Secretaría de Salud inició el llamado Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud (Sicuentas)<sup>58</sup> y en Programa Nacional de Salud 2001-2006 establece como reto el logro de un sistema de salud con equidad financiera. Para ello se creó un sistema de información sobre los recursos financieros invertidos, así como la identificación de los flujos que éstos siguen y de los principales proveedores, con el fin de obtener evidencias para determinar la magnitud del reto y, a la vez, dar seguimiento a las medidas correctivas necesarias para hacerle frente (Lozano *et al.*, 2005). Este nuevo proceso genera cambios en la forma de financiar la salud en el nivel federal y estatal, con dinámicas diferentes y responsabilidades compartidas (figura 18).

---

<sup>58</sup> Es un marco conceptual que permite integrar la información financiera que da seguimiento a los recursos tanto públicos como privados que se invierten y consumen en la producción de salud (Lozano *et al.*, 2005).

**Figura 18**  
**Financiamiento de la salud en el nivel federal y estatal**



**Fuente:** Elaboración con base en lo expuesto en Estudios de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos - OCDE sobre los Sistemas de Salud en México (2005)

A continuación se presenta un análisis general de lo que ha representado para Baja California y para México el financiamiento de la salud desde que se instauró la política de descentralización.

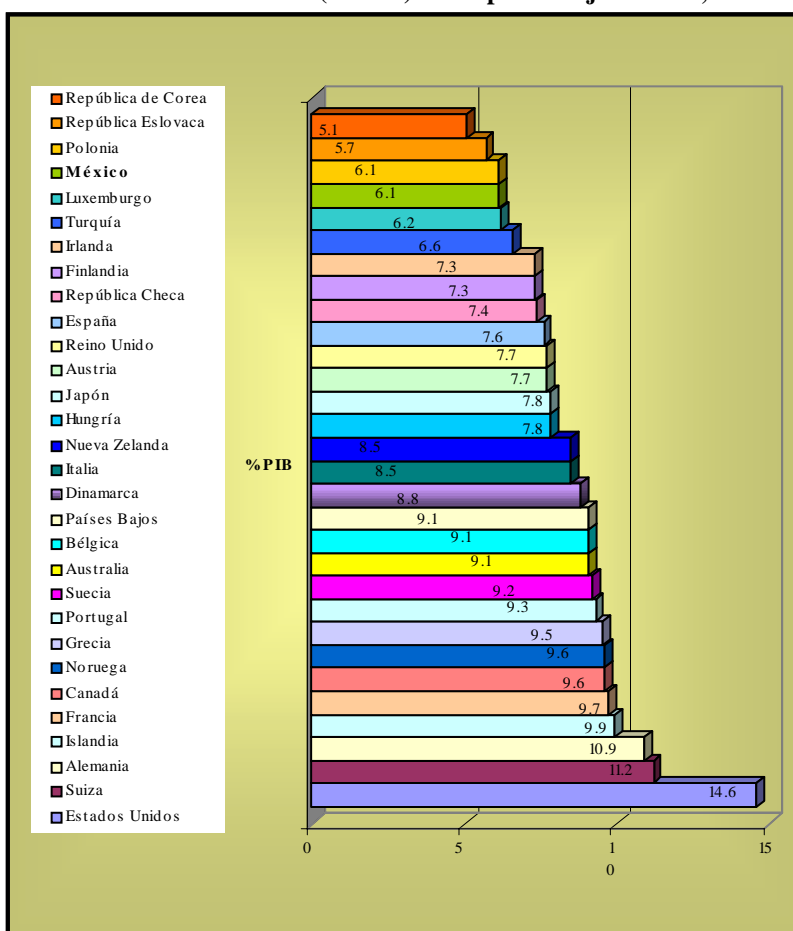
Si se analizan los Estudios de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) sobre los Sistemas de Salud en México (2005) en cuanto al gasto público en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB),<sup>59</sup> se puede encontrar que en México este gasto representó en 2002 un 6.1 por ciento, cifra que se encuentra por debajo del promedio de países latinoamericanos como Argentina,

<sup>59</sup> Se define como la relación porcentual entre los recursos públicos destinados a la salud y el producto interno bruto (PIB) (Secretaría de Salud, 2005).

Brasil, Costa Rica y Chile, de 7.8 por ciento, y del promedio de los países de la misma OCDE –donde México forma parte desde hace 12 años–, que es 7.9 por ciento (OCDE, 2005).

Es de anotar que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) está conformada por 30 países cuyo gasto público en salud promedio, como porcentaje del PIB, en 2002 fue de 7.9 por ciento. Catorce de estos países presentan un promedio inferior, y México ocupa el puesto 27 de los promedios más bajos de inversión en salud (gráfica 10).

**Gráfico 10**  
**Lugar ocupado por México en Gasto en salud frente a los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) como porcentaje del PIB, 2002**



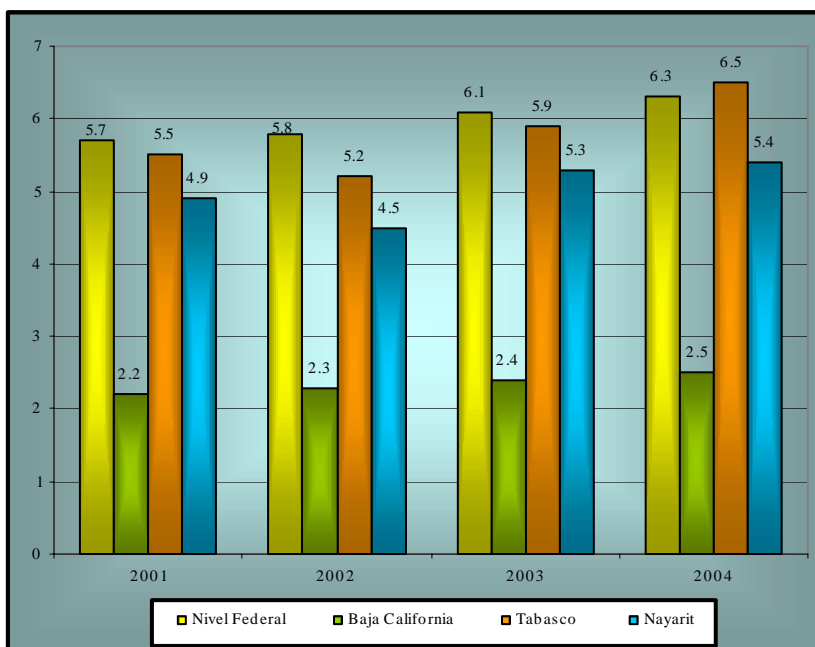
**Fuente:** Estudios de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos - OCDE sobre los Sistemas de Salud en México (2005)

Si se analiza el gasto público en salud como porcentaje del PIB a partir de los informes para la rendición de cuentas de salud en México de 2001 a 2004, se puede ver cómo este gasto es diverso entre los

estados que conforman el país. En este indicador Baja California se encuentra entre los últimos cinco estados, en el puesto número 28 de los promedios más bajos.

Si hacemos una comparación del gasto público en salud como porcentaje del PIB de 2001 a 2004 de Baja California con respecto al promedio nacional y a los dos primeros estados que presentan los PIB más altos del país, se puede ver cómo Baja California se encuentra en una condición muy desfavorable entre los 31 estados, incluido el Distrito Federal.

**Gráfico 11**  
**Gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto –PIB, de Baja California con respecto al Promedio Nacional y a los dos estados del País con el PIB más alto del 2001 al 2004**



**Fuente:** Elaboración con base en los Informes para rendición de cuentas, Salud México 2001 al 2004. Secretaría de Salud.

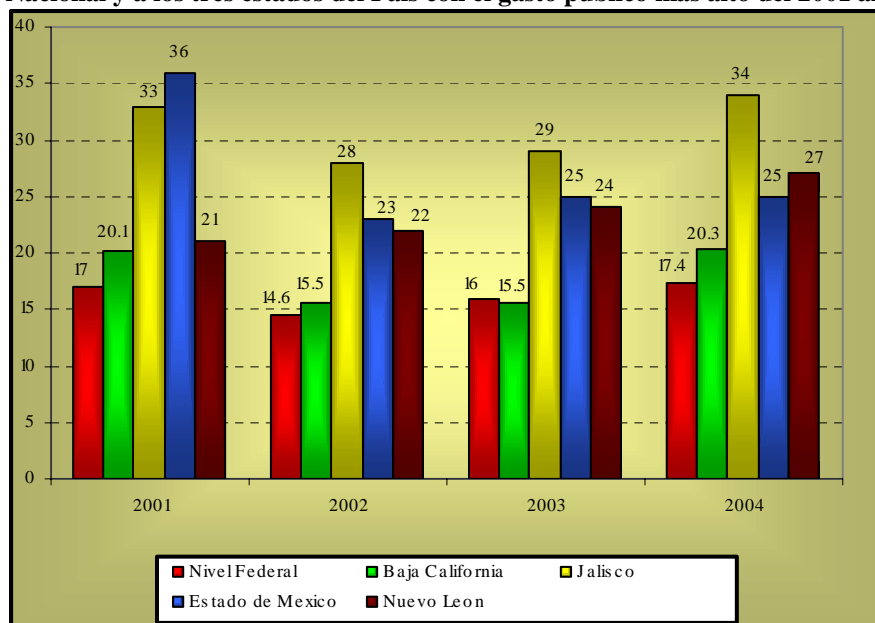
Y si hacemos un recorrido por el gasto público en salud como porcentaje del gasto público total<sup>60</sup> de 2001 a 2004, de Baja California con respecto al promedio nacional y a los estados que presentan este gasto más alto, incluso que el promedio del país, se puede apreciar que en esos cuatro años Baja California ocupó el puesto 15 entre los 31 estados, incluido el Distrito Federal, con un gasto promedio de 15 por ciento.

<sup>60</sup> El gasto público en salud como porcentaje del gasto público total es un indicador que habla del esfuerzo público en materia de salud respecto del esfuerzo público global en un año calendario. El gasto público total en México se compone del gasto programable y del gasto no programable. El primero incluye las erogaciones de las dependencias gubernamentales con fines de inversión, prestación de servicios y producción de bienes. El gasto no programable es aquel que se destina al cumplimiento de ciertas obligaciones, generalmente establecidas por ley, como el pago de la deuda. Para el cálculo de este indicador sólo se considera el gasto programable (Secretaría de Salud, 2001).



En esta categoría, los estados que presentan el gasto público total más alto son Jalisco, el Estado de México y Nuevo León, con un gasto promedio de 31, 27 y 23 por ciento, respectivamente (Secretaría de Salud, 2001-2004).

**Gráfico 12**  
**Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total, de Baja California con respecto al Promedio Nacional y a los tres estados del País con el gasto público más alto del 2001 al 2004**



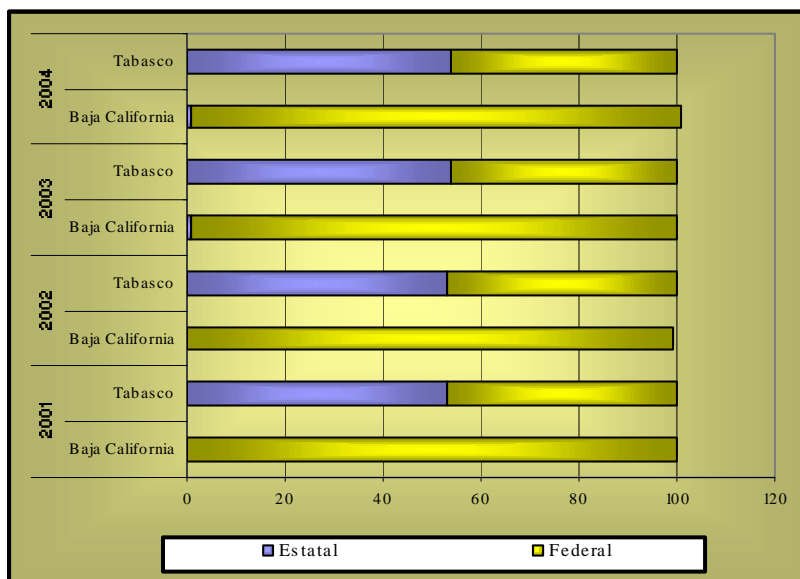
**Fuente:** Elaboración con base en los Informes para rendición de cuentas, Salud México 2001 al 2004. Secretaría de Salud.

Finalmente, si se analiza la relación entre la aportación estatal y federal al financiamiento de la salud de la población no asegurada,<sup>61</sup> se puede encontrar que en el período de 2001 a 2004 la participación de Baja California en este rubro fue nula, pues ocupó el último lugar de los estados, incluido el Distrito Federal. En contraparte, los aportes del estado de Tabasco, que ocupa el primer lugar en participaciones para financiar la salud de la población asegurada, son 100 veces mayores que los de Baja California. Cabe destacar que Guerrero es otro estado de nula participación en el financiamiento de la salud de la población no asegurada.

<sup>61</sup> La relación entre la aportación estatal y federal al financiamiento de la salud se obtiene de la división de los recursos que aporta la entidad entre los recursos que aporta la federación a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del ramo 33 y los programas especiales con financiamiento del Ramo 12 (Secretaría de Salud, 2001).

Como se puede apreciar en el (gráfico No. 13) en los años 2003 y 2004, Baja California presenta una participación de 1%, esto obedece a los aportes que la entidad hace al Seguro Popular de Salud<sup>62</sup>

**Gráfico 13**  
**Relación entre gasto estatal y federal al financiamiento de la salud de la población No asegurada de Baja California con respecto al estado con la participación más alta del País del 2001 al 2004**



**Fuente:** Elaboración con base en los Informes para rendición de cuentas, Salud México 2001 al 2004. Secretaría de Salud.

De igual manera, si se analiza la situación al respecto de los países que conforman la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), se puede confirmar que tanto Baja California como México en general están rezagados en cuanto al porcentaje de población asegurada y en equidad y disponibilidad de recursos físicos y materiales, humanos y presupuestarios, no sólo para la población abierta, sino también para la población que cuenta con seguridad social.

Para ver más de cerca esta realidad, tomando como referencia la situación en el 2000 en cuanto a cobertura de aseguramiento en salud y proporción de gasto de bolsillo en países de la OCDE, se puede ver cómo Baja California y el país en general están por debajo del promedio del total de los países que conforman esta organización, lo que muestra, si lo vemos desde el punto de vista de la equidad, cómo la

<sup>62</sup> La estructura financiera del Seguro Popular se basa en un esquema tripartito, con aportaciones federales, estatales y, en una mínima proporción de 1.2 por ciento del total, familiares (Secretaría de Salud, 2005).

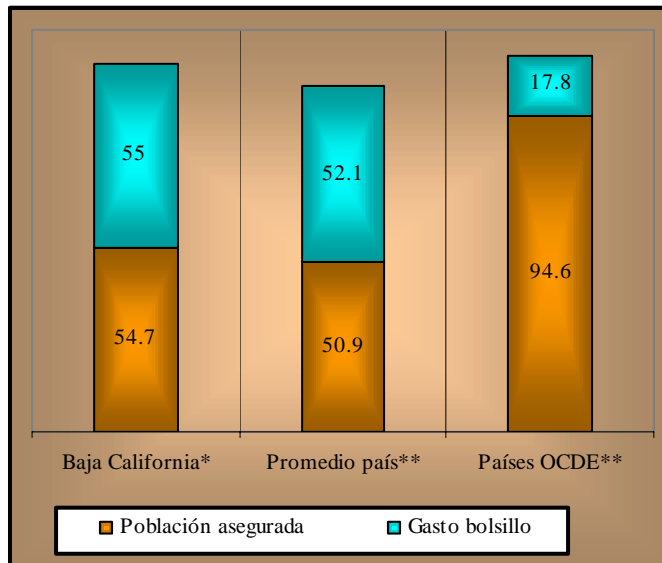
población tanto del estado como de todo México no tiene las mismas oportunidades de acceder a un seguro de salud, oportunidades que sí son equitativas para la población de los países miembros de la OCDE, y eso se refleja también en el gasto de bolsillo que asume la población de esos países. Estas condiciones evidencian los retrasos, tanto en el ámbito estatal como en el nacional, en cuanto a políticas públicas que lleven a incrementar la incorporación de la población a servicios de salud.

Si observamos la gráfica 14, podemos constatar, como plantean Gómez *et al.* (2004), que casi la mitad de la población mexicana carece de seguro de salud, realidad que sin duda alguna refleja cómo esta población se ve obligada con frecuencia a enfrentar sus necesidades de salud con gastos de bolsillo. Según Gómez y sus colaboradores, en México alrededor del 50 por ciento del gasto total en salud es privado y casi la totalidad de este gasto es de bolsillo, mientras que en Colombia esta cifra desciende a 25 por ciento y en Gran Bretaña a 3 por ciento.

La gráfica 14 muestra esta realidad latente: mientras que el promedio de los países de la OCDE, tiene un 94.6 por ciento de la población asegurada, México sólo tiene un 50.9 por ciento y Baja California un 54.7 por ciento. Por su parte, el gasto de bolsillo en México es del 55 por ciento, en tanto que en Baja California alcanza el 52.1 por ciento, frente a un 17.8 por ciento en promedio de los países de la OCDE.

**Gráfico 14**

**Cobertura de aseguramiento en salud y proporción de gasto de bolsillo en países de la OCDE, frente al estado de Baja California y el promedio del país, año 2000**



**Fuentes:** Elaboración con base en los datos de \* INEGI. Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados de la Muestra Censal. Cuestionario Ampliado. Aguascalientes, Ags., México, 2000.

\*\*Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos - OCDE sobre los Sistemas de Salud en México (2005)

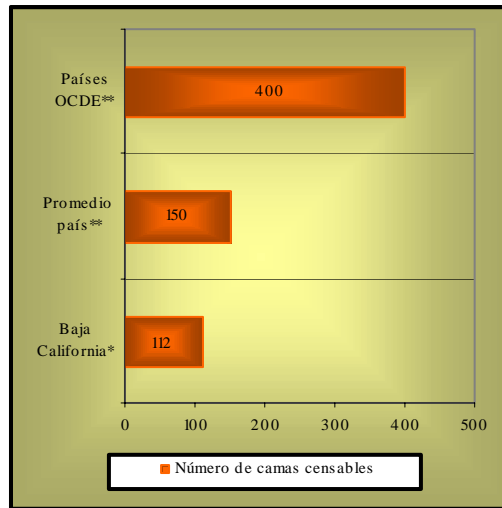
De acuerdo con un análisis de la Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto de los Hogares realizado en el 2000, entre dos y tres millones de hogares mexicanos se ven obligados a utilizar más de la tercera parte de su ingreso disponible (gasto total menos gasto en alimentos) para hacer frente a sus necesidades de salud, incurriendo así en gastos potencialmente catastróficos que los pueden llevar a la pobreza o a sumirlos todavía más en ella. Este fenómeno en particular es más frecuente entre las familias de menores ingresos que carecen de un seguro médico.

En cuanto a los recursos físicos y materiales, humanos y presupuestarios, las tasas que presenta Baja California y México en general, si los comparamos con las de los países de la OCDE, se ven claramente rezagadas.

A modo de ejemplo, tomaremos sólo uno de los diversos recursos materiales con que un país debe contar en la prestación de servicios de salud para analizar la disponibilidad del mismo en los tres lugares: Baja California, México y los países de la OCDE. Este indicador corresponde al número de camas censables por cien mil habitantes en 2005 gráfica 15.

**Gráfico 15**

**Comparativo de la disponibilidad de camas censables entre la OCDE, el estado de Baja California y el país, Tasa por 10000 habitantes año 2004**



**Fuente:** Elaboración con base en los datos de \*Instituto de Servicios de Salud Pública del estado de Baja California (2005)  
\*\*Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos - OCDE sobre los Sistemas de Salud en México (2005)

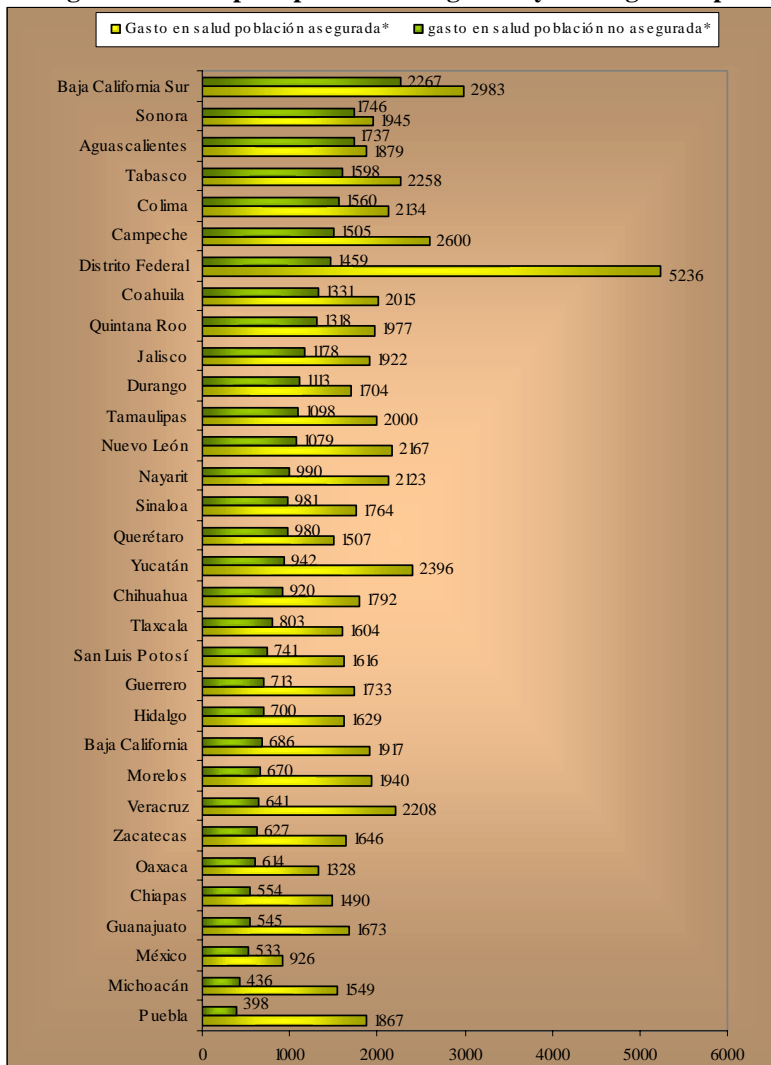
Hecha la comparación, es necesario recalcar que estas diferencias también se observan con los demás recursos, no sólo entre los países de la OCDE, sino también entre los estados del mismo país. Un ejemplo de ello son las diferencias en cuanto a los recursos presupuestarios, como se aprecia en las gráficas 12 y 13), y de igual manera sucede con los demás recursos, en los que a veces las diferencias son abismales entre un estado y otro.

Para conocer en forma más precisa las inequidades que ocurren en el mismo país en cuanto a la disponibilidad, a continuación se presenta un comparativo por estados de recursos presupuestarios, físicos y humanos.

Si se analiza la gráfica 16, que muestra un comparativo entre el gasto en salud para población asegurada y no asegurada por estados correspondiente a 2002, podemos ver, en primer lugar, que en todos los estados hay más inversión para la población que posee seguridad social. Yucatán, por ejemplo, tiene un gasto en salud para la población asegurada de \$2,396 frente a \$942 para la población no asegurada, es decir, más del doble. Estas diferencias tan marcadas hacen ver que el principio de inequidad está presente,

y más cuando el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud en 1983, artículo 4, señala que no debe haber tales diferencias en la protección a la población mexicana.

**Gráfico 16**  
**Comparativo entre el gasto en salud para población asegurada y no asegurada por estados, año 2002**



**Fuente:** Elaboración con base en los datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos - OCDE (2005) Estudio sobre los Sistemas de Salud en México.

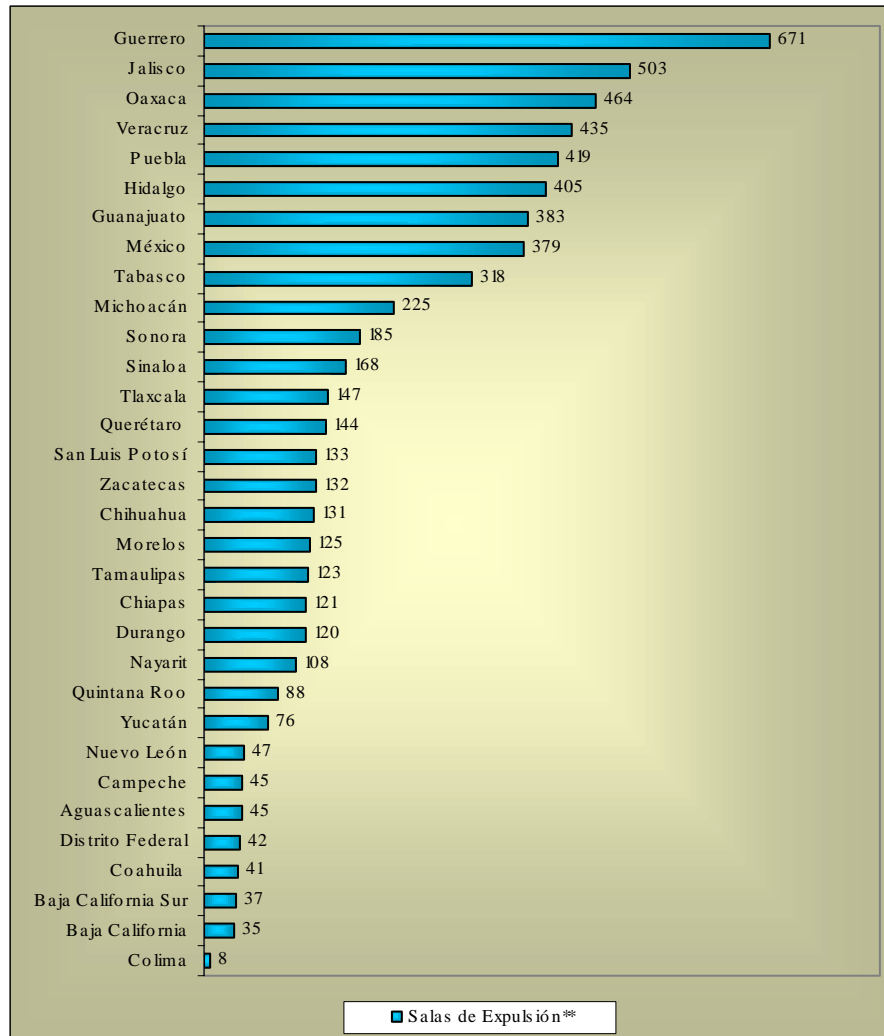
En segundo lugar, se puede apreciar cómo en algunos estados las diferencias en cuanto a lo En segundo lugar, se puede apreciar cómo en algunos estados la diferencia en inversión para las poblaciones asegurada y no asegurada es abismal. Un ejemplo de ello es el estado de Puebla, donde el gasto en salud para la población no asegurada es de tan sólo \$398, en comparación con Baja California Sur, que para la misma población tiene un gasto de \$2,267, casi seis veces más.

En cuanto a los recursos físicos y materiales, al igual que en el recurso presupuestario, la realidad no cambia. Como se puede apreciar en la gráfica 17, algunos estados poseen una disponibilidad amplia de salas de expulsión, mientras otras entidades presentan una tasa muy baja en este rubro. Para esquematizar más estas diferencias, podemos analizar el caso de dos estados que presentan diferencias grandes en la disponibilidad de este recurso, considerando la cantidad de población con la que cada uno de ellos contaba en el 2000.

En 2002 la población de Aguascalientes era de 995,441 habitantes y la de Baja California alcanzaba la cifra de 2,705,614 habitantes, pero el número de salas de que disponía cada estado muestra una relación caótica: Aguascalientes contaba con 45 salas mientras que Baja California tenía 35 salas, pese a que la población de esta entidad era casi tres veces mayor.

Ahora, si tomamos dos estados con un número de población similar, también se pueden encontrar diferencias elevadas en cuanto a la disponibilidad de un recurso físico, como las salas de expulsión. En el 2000 Quintana Roo y Nayarit tenían una población relativamente similar, de 976,188 y 977,249 habitantes, respectivamente, pero la disponibilidad de salas de expulsión del primer estado era de 88 por 108 del segundo. Y si continuamos con las comparaciones se van a poder apreciar las diferencias que existen dentro del mismo país en cuanto a la equidad y disponibilidad de recursos físicos y materiales se refiere.

**Gráfico 17**  
**Comparativo recursos físicos por estados, año 2002**



**Fuente:** Elaboración con base en los datos de Secretaría de Salud (2002). Dirección General de Información de Salud. SISPA - Subsistema de Recursos.

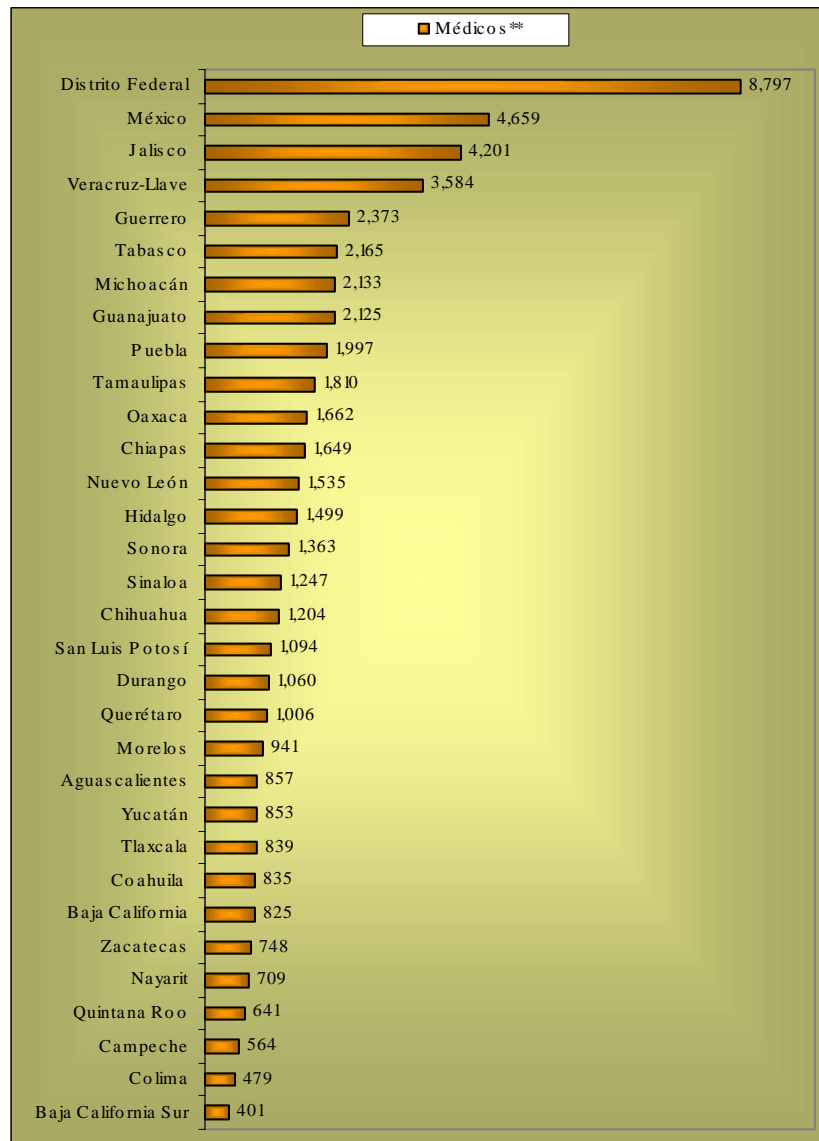
En lo que se refiere a los recursos humanos (gráfica 18) estas discrepancias no cambian, y al igual que en los anteriores ejemplos la diferencia entre un estado y otro es amplia.

Por ejemplo, tomemos la disponibilidad de médicos generales en los 31 estados, incluido el Distrito Federal. En el 2000 Chiapas contaba con 4,231,931 habitantes y Michoacán con 4,181,275; no obstante, si observamos el número de médicos que tenía cada estado se puede apreciar una evidente diferencia en la disponibilidad, como en general en la disponibilidad de los otros recursos, pues en tanto



que la primera entidad contaba con 1,649 médicos generales, la segunda disponía de 2,133, pese a que Chiapas tenía más población para atender que Michoacán.

**Gráfico 18**  
**Comparativo recursos humanos por estados, año 2002**



**Fuente:** Elaboración con base en los datos de Secretaría de Salud (2002). Dirección General de Información de Salud. SISPA - Subsistema de Recursos.

## Capítulo VI: Análisis de la información

### 6.1 Aspectos generales

La interpretación de los datos se realizará a la luz del modelo presentado en la figura 14 del capítulo IV, que incluye tres aspectos:

1. La política de descentralización del sector salud desde el enfoque de las políticas públicas y las relaciones intergubernamentales, considerado el deber ser de la descentralización;
2. El análisis de la descentralización del sector salud con fundamento en los aspectos legales, los planes y programas del sector salud diseñados e implementados en Baja California y las estadísticas relacionadas con los recursos humanos, físicos, materiales y económicos del estado con relación a los ámbitos nacional e internacional.
3. El impacto de la política de descentralización de la salud en Baja California desde 1996 hasta 2004.

A partir de estos tres elementos del modelo, y analizando los planes de desarrollo y el programa sectorial de salud de Baja California correspondientes a los períodos 1995-2001 y 2002-2007, es posible afirmar que en el caso de Baja California la política de descentralización de la salud ha presentado por lo menos una combinación de las tres formas principales que puede asumir la descentralización: desconcentración, delegación y devolución.

Como plantean algunos autores,<sup>63</sup> no es fácil identificar las experiencias reales de descentralización con alguna de estas tres formas organizacionales, porque la mayoría de las experiencias

---

<sup>63</sup> Rondinelli *et al.*, 1984; Wolman, 1990; CEPAL, 1993; Di Gropello *et al.*, 1998; Cabrero, 1998; Finot, 2001.

estudiadas corresponden a tipos híbridos, es decir, a la combinación de por lo menos dos de las formas de descentralización mencionadas.

En el caso de Baja California, la descentralización del sector salud se presenta como una experiencia de tipo híbrido, ya que, por un lado, encontramos un proceso de entrega de responsabilidades al gobierno estatal que se combina, por otro lado, con limitaciones de la autonomía en el manejo, por ejemplo, de los recursos económicos y de otros rubros contemplados en la Ley General de Salud en los que los estados también están limitados para tomar decisiones. Un ejemplo de ello son los programas para prevenir o erradicar enfermedades transmisibles, puesto que según la ley el diseño de esos programas es competencia del gobierno federal. En este caso se puede hablar de una desconcentración o delegación, más que de una devolución.

La política de descentralización del sector salud en México, planteada ya hace 23 años, sin duda ha representado un reto para los diversos gobiernos federales y estatales; pero pese al tiempo transcurrido, aún hoy, los rezagos en el sector permanecen en el país con diferencias marcadas entre un estado y otro, lo mismo que entre México y otros países tanto desarrollados como en vías de desarrollo. Esta circunstancia nos lleva a pensar que no basta con otorgar autonomía política a los gobiernos para asegurar o mejorar los servicios públicos; es necesario de igual forma acompañar el proceso con reformas profundas y funcionales acordes a las realidades regionales y locales de cada país (Burki *et al.*, 1999).

En este sentido, uno de los problemas que presenta el sector salud en México y que afecta a todos los estados es la forma en que está organizado el Sistema de Salud (figura 8). Por un lado existen los trabajadores de la economía formal deben de afiliarse por ley a alguna institución de seguridad social, estas son: Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) quien concentra el mayor número de asegurados, seguido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR). El segundo grupo corresponde al sistema para población abierta o no asegurada integrado por los Servicios Estatales de Salud (SESA), el IMSS-Oportunidades y el reciente Seguro

Popular, y un tercer grupo que corresponde al sector privado, que además de ser un sector muy grande, no cuenta con la regulación necesaria del gobierno federal o de los gobiernos estatales.

Esta estructura, sin duda, no permite ninguna conexión entre los subsectores del sistema, ni una coordinación que haga más viable la atención de los afiliados al sistema con pago y la atención de los Servicios Estatales de Salud (SESA), lo que hace que existan diferencias marcadas entre la atención que recibe un grupo de asegurados (como los de PEMEX, por ejemplo) y otros (los correspondientes al IMSS), condiciones que no deberían presentarse en un país donde la Constitución reconoce como iguales tanto a hombres como mujeres y les otorga a la vez el derecho a la salud.

Estas circunstancias hacen ver la necesidad de hacer una reforma al sistema actual que permita una mejor interacción entre las diversas instituciones encargadas de atender tanto a la población afiliada como a la no afiliada, haciéndolo así más funcional y eficiente. De esta forma, los usuarios se verán beneficiados al recibir una atención integral de la salud, y a la vez podrán tener la libertad de elegir la institución de salud que mejor oferta presente en todos los aspectos: disponibilidad de recursos humanos calificados, recursos materiales con calidad, recursos económicos para responder a las necesidades de los usuarios, accesibilidad en costos y distancias, calidad en instalaciones funcionales y bien dotadas, etcétera.

Otro aspecto que contribuye para que la reforma se lleve adelante es la transición demográfica que el país comienza a vivir y que afecta a los estados. En el caso de Baja California, el panorama epidemiológico que presenta responde a la teoría de la transición, la cual dice que los cambios que se generan en el proceso salud-enfermedad dependen de la dinámica demográfica, económica y social. El perfil epidemiológico se ha transformado de tal manera en el estado, que en la actualidad, por ejemplo, las enfermedades propias de adultos y ancianos predominan sobre las de la población joven, lo que origina que el sector salud tenga que ejercer un mayor presupuesto debido a los elevados costos que implica la atención de estos padecimientos. Es necesario reformar el sistema actual en razón de estos cambios, esto es, tomar las medidas necesarias para hacerlo sustentable, dinámico y más eficiente, generando de entrada la posibilidad de ampliar el acceso a la población no asegurada.

## ***6.2 Acciones del gobierno del estado de Baja California en la descentralización del sector salud: un análisis desde los planes y programas***

Si analizamos las acciones emprendidas por los dos gobiernos correspondientes a la etapa inicial de la descentralización del sector salud en Baja California (1995-2001) y a la continuación del proceso (2002-2007), se puede advertir que carecieron de una planeación y una propuesta de políticas para la salud que, por un lado, reforzaran y dieran continuidad a los programas iniciados, y que, por el otro, avanzaran en las acciones pertinentes para encauzar el proceso en el corto, mediano y largo plazos.

Cuando se analizan los planes y programas de esos gobiernos se observa la forma en que desaprovecharon la oportunidad que la descentralización les ofrecía como política pública para mejorar la eficiencia y la capacidad de respuesta de las administraciones estatales ante los problemas de salud. No obstante, las políticas públicas todavía abren un espacio para cambiar la forma en que se ha venido planeando y manejando el sector salud en Baja California, ya que con ellas se pueden generar consensos e identificar las prioridades que el estado tiene en la materia, a la vez que permitir una gestión intergubernamental enfocada en la resolución de los problemas que presenta el sector.

En este sentido, si el gobierno estatal asumiera la descentralización desde la perspectiva de las políticas públicas, las relaciones intergubernamentales y la gestión, lograría hacer de este proceso un inmejorable instrumento para establecer una coordinación entre los tres niveles de gobierno y la sociedad y tomar así decisiones conjuntas, lo que contribuiría a superar el solitario protagonismo gubernamental que tradicionalmente se ha dado en la toma de decisiones y que ha impedido el diseño de políticas públicas con una amplia participación.

En un estado donde los rezagos de salud no se han podido superar, y que a la vez se combinan con la aparición de nuevas enfermedades resultado de la transición demográfica que se comienza a vivir, es necesario y prioritario contar con gobiernos que tengan compromiso político, ejerzan liderazgo y enfoquen sus esfuerzos en mejorar la política de salud.

En el caso de las relaciones intergubernamentales, que ofrecen un escenario amplio para que los gobiernos interactúen no solamente entre niveles (central-estatal, estatal-local, local-central) sino con otras organizaciones y dinámicas sociales existentes, se puede decir que en los planes y programas de salud de Baja California ha habido una ausencia de una estrategia en este sentido. Esta ausencia es más evidente en la etapa de transición (1995-2001), al ponerse en marcha el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en la entidad, cuando el gobierno estatal se abocó más a buscar el apoyo del gobierno federal para consolidar la descentralización de los servicios de salud, la calidad en la prestación de los mismos y la ampliación de la cobertura en la población abierta, antes que a buscar acuerdos entre los gobiernos municipales y las organizaciones existentes en el estado.

Las propuestas desarrolladas en el período de implantación de la política de descentralización se caracterizaron en Baja California por el excesivo centralismo y se enfocaron en la conformación de una serie de consejos y comités, en la implantación de programas de salud y en aprobación de leyes, decretos y acuerdos, sin que hubiera un análisis minucioso de las necesidades que el estado presentaba en ese momento en materia de salud y de los problemas que habrían de enfrentar. Los primeros pasos para descentralizar el sector salud se caracterizaron, entonces, por el protagonismo del gobierno y por su afán de iniciar cuanto antes, sin una estrategia definida, la tarea para lograr los objetivos sustanciales de la descentralización presentes en el acuerdo firmado, relacionados con la calidad, cobertura, acceso y equidad en la prestación de los servicios a la población abierta.

En este sentido y con una perspectiva desde las políticas públicas, la gestión intergubernamental y las relaciones intergubernamentales, se puede decir que es indudable que el gobierno estatal le restó valor a la descentralización como política pública para abrir espacios de coordinación y establecer relaciones que le permitieran tomar decisiones conjuntas (sociedad-gobierno) y promover así una efectiva participación ciudadana en el ámbito local.

No se puede olvidar que desde el punto de vista político uno de los argumentos que justifican un traspaso de responsabilidades a los gobiernos regionales y locales es la ventaja que se tiene para mejorar las condiciones existentes con participación efectiva (Ocampo, 1998). Esta ventaja no la supo aprovechar

el gobierno estatal para generar acuerdos con los gobiernos municipales y la sociedad y compartir responsabilidades que llevaran en forma conjunta a mejorar la salud de los bajacalifornianos.

En esta dirección, se puede decir que la implementación de la política de descentralización en Baja California, desde el punto de vista de los planes y programas enfocados en el sector salud, no ha contado con verdaderos procesos de gestión intergubernamental, lo que ha impedido tener eficacia en la gestión de las políticas y, por ende, buenos resultados. Se puede apreciar, más bien, una combinación entre el afán de figurar y la necesidad de cumplir los compromisos adquiridos con la firma del acuerdo.

En este orden de ideas, en Baja California se puede ver reflejado en los planes y programas del sector salud que surgieron de la descentralización un diseño de políticas públicas desde un modelo incremental, como lo presenta Tamayo (1997), en el que se deja de lado la interacción política entre los individuos y los grupos sociales (un elemento importante para la elaboración de las políticas públicas de corto, mediano y largo plazos), para dar pie al planteamiento de una serie de iniciativas que, por un lado, no contemplan el análisis minucioso de las necesidades reales de salud del estado y en las que, por el otro, se desconocen los aportes que en este sentido pueden hacer los gobiernos municipales y las organizaciones existentes para identificar las prioridades de salud en ese momento.

De acuerdo con el planteamiento anterior, también se puede deducir que el manejo de las relaciones intergubernamentales sigue el modelo de autoridad dominante o inclusiva de Wrigth (1997). En este modelo la autoridad es esencialmente jerárquica y se basa en la suposición de que el gobierno nacional siempre trata de aumentar su capacidad para influir en los niveles estatal y municipal. En el caso de Baja California, este modelo se puede apreciar en dos dimensiones: el poder que el gobierno federal sigue ejerciendo sobre el gobierno estatal en el diseño e instrumentación de la política descentralizadora y el poder que el gobierno estatal comienza a ejercer sobre los gobiernos municipales, un fenómeno que se refleja en la centralización de las decisiones y en la poca participación de los municipios en el diseño de los programas de salud. Un ejemplo de ello es que las responsabilidades en materia de salud que se le asignan a los municipios tienen que ver con la participación únicamente en programas relacionados con

campañas masivas; las demás decisiones se toman y se desarrollan desde el gobierno estatal a través de ISESALUD.

Otro aspecto interesante de analizar, desde la perspectiva de las relaciones intergubernamentales y teniendo en cuenta el modelo de autoridad dominante o inclusiva expuesto, es la manera en que el gobierno federal sigue diseñando acciones que deben ser ejecutadas por los gobiernos subnacionales. Por ejemplo, en el Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño del Sector Salud 2001-2006 se trazan los lineamientos, a través de 58 indicadores establecidos por la Secretaría de Salud, para que los estados evalúen las acciones que realizan en materia de salud, desconociendo, entre otros factores, las particularidades de cada uno de ellos. Otro ejemplo es el Programa Cruzada Nacional por la Calidad, que contiene los lineamientos que los estados deben seguir para lograr y evaluar la calidad de los servicios de salud.

Se puede concluir que con la imposición desde el nivel federal de las formas de evaluar el proceso en los niveles subnacionales, por una parte, se está desconociendo uno de los objetivos de la descentralización: fortalecer el federalismo, y por la otra, se están olvidando también las razones por las que se requiere descentralizar el sector salud en México, como son las particularidades y necesidades que cada estado tiene en materia de salud, y que por ello debe ser éste el responsable de diseñar y poner en marcha las acciones necesarias para evaluar y sacar adelante los rezagos existentes de salud en cada uno de los estados sin la intromisión del gobierno federal.

Pero también se puede pensar que este cúmulo de programas federales presentes en el estado obedece también a que hasta el momento el gobierno estatal no ha logrado mostrar sus capacidades para diseñar e implantar un modelo propio que permita evaluar íntegramente al sector salud y realizar los correctivos necesarios.

Bajo esta perspectiva, es necesario recalcar que el plan de desarrollo de 1995-2001 y el programa sectorial de salud de 2002-2007 de Baja California adolecen de la falta de propuestas claras de políticas públicas, procesos de gestión y trabajo conjunto entre los tres niveles de gobierno y las organizaciones sociales con que en materia de salud cuenta el estado.



### ***6.3 Análisis de la descentralización de la salud desde los resultados estadísticos***

Si tenemos en cuenta las cuatro variables que se analizan: equidad, disponibilidad, accesibilidad y calidad, se puede afirmar que la política de descentralización del sector salud por sí sola no ha tenido los efectos esperados entre la población abierta.

En forma general, se puede decir que la política de descentralización no ha favorecido la salud de la población abierta en Baja California y que, por el contrario, en muchos casos esta política ha tenido efectos negativos, como lo muestran las estadísticas de los recursos físicos, materiales, humanos y económicos.

Cuando se observan los resultados en las cuatro variables de estudio correspondientes a 1996 y se comparan con los resultados de 2004, se puede apreciar que la disponibilidad, equidad, acceso y calidad de los recursos descendieron, lo que refleja la ausencia de liderazgo del gobierno estatal, a partir de la puesta en marcha de la descentralización, para promover propuestas tendientes a hacer más eficiente el Sistema Estatal de Salud.

Para mostrar que la descentralización del sector salud por sí sola no es la solución para superar los rezagos de salud que viven los estados del país, retomo algunos estudios realizados en México sobre el impacto de la política de descentralización de la salud en la primera fase.<sup>64</sup> Los resultados de esos estudios para diversas entidades (Colima, Guerrero, Jalisco, Estado de México, Nuevo León, Tlaxcala, Tabasco, Campeche, Aguascalientes, San Luis Potosí y Zacatecas) se asemejan a los encontrados para Baja California, ya que en ninguno de esos estados la política de descentralización generó los cambios positivos que se esperaban en la prestación de los servicios de salud para la población abierta, y por el contrario, tuvieron descensos significativos en la disponibilidad de los recursos, en la calidad de los servicios recibidos, etcétera, al igual que en Baja California.

Estos resultados prueban que no basta sólo con descentralizar; es necesario también acompañar al proceso con la formulación de políticas de salud sustentadas en las necesidades reales que tiene la

---

<sup>64</sup> Realizados por Ornelas, 1998; Leyva, 1997, y Cabrero, 1997.

población, por un lado, y debe existir, por el otro, una gran capacidad del gobierno estatal para establecer convenios, realizar alianzas, gestionar recursos, etcétera.

Para el caso de Baja California, la forma en que el gobierno del estado diseñó los planes y programas en la etapa de transición y los ha venido diseñando en etapa de continuación ha contribuido a los resultados obtenidos, dado que las acciones desarrolladas en el momento de iniciarse el proceso descentralizador no tenían objetivos claros que mostraran lo que realmente el estado necesitaba y deseaba en cuestión de salud en lo inmediato y en el futuro, y por otra parte, si analizamos el plan propuesto por el gobierno anterior y lo comparamos con el que planteó el actual, observamos que no hay continuidad de los procesos iniciados; es más, algunos de los comités, consejos y programas creados por el gobierno anterior desaparecen sin razón en el nuevo plan y programa sectorial. Estos hechos muestran también que la alternancia política tampoco ha mejorado la calidad de los servicios, ni ha ofrecido alternativas que lleven a superar la escasa coordinación institucional que hubo cuando se puso en marcha la descentralización del sector salud en el estado.

De esta manera, se puede decir que el diseño del programa actual del sector salud se ha hecho bajo una perspectiva de logros cuantificables, es decir, de elementos que pueden ser mostrados como logros indudables (número de unidades móviles adquiridas, número de camas aumentadas, médicos pasantes, licencias de sanidad logradas, etcétera), excluyendo aspectos importantes como el análisis riguroso de las necesidades que el sector salud tiene y los problemas que va a enfrentar en el futuro. Por esa orientación del diseño, en las estadísticas presentadas para 2004 los resultados relacionados con la disponibilidad, el acceso y la calidad de los recursos no son positivos.

Las estadísticas revelan asimismo el poco impacto que la descentralización ha tenido en la salud de la población, y esto se puede constatar en la prevalencia de las 10 enfermedades que más muertes causan en el estado, que son las mismas de 1996. Estos resultados muestran que las acciones que el gobierno estatal ha llevado adelante no han sido las suficientes y que carecen al mismo tiempo de un componente esencial como es la gestión, capaz de eliminar deficiencias, desvíos e incumplimientos,

particularmente de aquellas políticas que se encargan de las funciones básicas del gobierno frente a los ciudadanos (Aguilar, 1992).

Otro factor que se sumaría al proceso corresponde a las relaciones intergubernamentales, que no está presente en los programas de salud de Baja California y cuya ausencia es evidente en las estadísticas. Si las relaciones intergubernamentales fueran promovidas por el gobierno estatal se lograrían cambios sustanciales en la eficiencia del Sistema Estatal de Salud, a la vez que facilitarían las acciones futuras en el diseño e implementación de políticas públicas con impacto en el sector salud. Por sus alcances y por el efecto que tienen en el desarrollo local y estatal, el gobierno del estado debe contar con una verdadera capacidad de gestión para llevar a cabo las relaciones intergubernamentales (Agranoff, 1997), y en este sentido parece no existir el interés suficiente del gobierno.

#### ***6.4 Análisis de los problemas de salud en el estado a la luz del Acuerdo Nacional y del Acuerdo para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en Baja California***

“El grado actual de desarrollo del país y la complejidad para la ejecución de decisiones tomadas desde el orden federal son responsabilidades que de origen corresponden al orden local, [y] entre otros factores, plantean la necesidad de descentralizar responsabilidades, recursos y decisiones con las que se cumple un doble propósito: el político, al fortalecer el federalismo y reintegrar a la esfera local las facultades que les eran propias al suscribir el pacto federal; y el social, al acercar a la población servicios fundamentales, que al ser prestados por los estados aseguran a los usuarios mayor eficiencia y oportunidad” (DOF, 1996).

Si analizamos los avances del Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud firmado por todos los estados, se puede decir que en Baja California los objetivos de ese acuerdo aún no se han logrado; por el contrario, los resultados y las estadísticas de los planes y programas del sector salud estatal muestran que, en definitiva, en el estado no existe un planteamiento de políticas de salud que advierta un avance en el logro de esos objetivos.

Según el Acuerdo Nacional, la descentralización de los servicios no implica la desaparición de objetivos y estrategias nacionales en materia de salud, pero sí una nueva forma de relación entre las autoridades federales, las entidades federativas y los municipios para el establecimiento de las metas y la consecución de los objetivos en salud. En este sentido, si se analiza el Acuerdo de Coordinación para la

Descentralización Integral de los Servicios de Salud de Baja California, se puede ver que en el acuerdo no se explicita la forma en que esta relación se va a manejar; más bien, se evidencia que hay una continuidad en la forma centralizada en que se ha estado manejando históricamente la salud en el país. Esto se puede constatar en algunos apartados del acuerdo:

“En la ley o decreto de creación del organismo descentralizado en el estado, deberá expresarse la obligación de aplicar y respetar las Condiciones Generales de Trabajo de la SSA y sus reformas futuras”.

“Las transferencias de recursos que realice el Gobierno Federal se efectuarán a través de un ramo especial, etiquetadas y calendarizadas al organismo descentralizado por conducto de la Secretaría de Finanzas Estatal o su equivalente. Estos recursos pasarán a formar parte del presupuesto y la cuenta pública estatal”.

“La Secretaría de Salud, en coordinación con las instancias competentes y de conformidad con la normatividad aplicable, determinará un procedimiento que facilite al Gobierno del Estado reasignar con flexibilidad el gasto presupuestado entre programas y capítulos”.

Al comparar los contenidos del Acuerdo Nacional con los del acuerdo estatal, y teniendo en cuenta los planteamientos que el Acuerdo Nacional hace frente a lo que será y significa la descentralización del sector salud para el país, se encuentra una contradicción, como se puede notar en los fragmentos arriba expuestos, ya que por un lado todos los gobiernos estatales firman un Acuerdo Nacional que les da “autonomía” para decidir el rumbo de la política de salud en sus territorios, y por la otra, en el momento de firmar el acuerdo individual aparecen las restricciones que impiden la autonomía y contradicen el objetivo de fortalecer el federalismo.

Otro elemento que se encuentra en los dos acuerdos, y que contradice al nacional en el proceso descentralizador, es que en el acuerdo que firman los gobiernos estatales no se nombra en ninguno de los apartados la manera en que la “*nueva forma de relación entre las autoridades federales, entidades federativas y municipios*” se va a dar; es más, en los acuerdos estatales ni siquiera se nombra al municipio en ningún apartado; en ellos esta “nueva forma de relación” sólo es posible entre los órdenes federal y estatal, dejando de lado la participación del municipio y de la ciudadanía.

En este sentido, la firma por el gobierno de Baja California del Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud dio forma a un documento que muestra

contradicciones frente al Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, firmado por todos los gobiernos estatales.

## Conclusiones

La revisión y análisis de los planes de gobierno de los períodos 1995-2001 y 2002-2007, del programa sectorial de salud correspondiente al período 2002-2007, de los marcos legales que surgieron con la firma del acuerdo de transferencia y de las estadísticas de Baja California de 1996 y 2004 evidencia la manera aún tradicional que los gobiernos de este estado tienen para planear y proyectar el logro de objetivos y la forma en que asumen una realidad. Es conveniente llamar la atención acerca de estas evidencias para que problemas como el de la salud comiencen a verse de forma y con un enfoque distinto.

De ahí que analizar los avances de la descentralización de la salud desde la perspectiva de las políticas públicas y las relaciones intergubernamentales tal vez constituya un aporte para el diseño y la implementación de los planes y programas. En general, en la visión de los planes de gobierno se deja de lado la necesidad de tener propuestas de largo alcance y siempre se proponen metas generalmente tangibles que permitan visualizar las “acciones” de los gobiernos. De ahí que se deje de lado propuestas como el diseño de políticas públicas orientadas a través de su implementación y un proceso riguroso de evaluación dar respuesta en el corto, mediano y largo plazo a los diversos problemas que enfrenta el sector salud en el estado. En ese sentido, de seguir elaborando planes de desarrollo sin visión de largo alcance, seguiremos teniendo acciones mediatas a problemas inmediatos, sin resolver de fondo las verdaderas causas de los problemas por los que hoy atraviesa el sector salud en Baja California.

Como se expuso en el capítulo IV (gráfica 14), sólo la mitad de la población mexicana está cubierta por la seguridad social y alrededor de la mitad del gasto en salud de las familias sin seguridad social proviene de los bolsillos de las personas, lo que genera un desmejoramiento en su calidad de vida, debido a que ese gasto no permite atender otras necesidades básicas, como alimento, educación, vivienda, etcétera. Estas cifras hacen ver que el país en general está lejos de lograr la cobertura universal o casi universal de la salud, una condición que también se vive en Baja California, donde en 2004 el 40 por ciento de la población no tenía seguridad social y la inversión del gobierno del estado para atenderla fue

de sólo 0.5 por ciento del presupuesto. En ese año, Baja California fue la entidad del país con la menor tasa de financiamiento para atender la salud de la población no asegurada.

En este sentido, realizada la investigación y analizados los planes y programas de salud de los dos períodos de gobierno a los que ha correspondido implementar la descentralización de la salud, se observa la falta de una planeación orientada a lograr la eficiencia del Sistema Estatal de Salud.

Los resultados encontrados en la disponibilidad, equidad, accesibilidad y calidad de los recursos en el sector salud bajacaliforniano llaman la atención poderosamente para que los gobiernos venideros inicien un trabajo apoyado en el diseño de políticas públicas para el sector salud con un enfoque de gestión y de relaciones intergubernamentales que lleve a unir esfuerzos para la realización de un plan y de un programa de salud que den respuesta a las necesidades que la población presenta y que al mismo tiempo permitan pensar en la salud de los bajacalifornianos a largo plazo, teniendo en cuenta la transición demográfica que el país comienza a vivir y que hace necesaria la acción de gobiernos con vocación para planear en forma estratégica.

Como se mostró en los resultados de esta investigación, en Baja California la población derechohabiente cuenta con más recursos provenientes del gobierno estatal que la población abierta, un factor que sin duda alguna influye para que la equidad, disponibilidad, acceso y calidad de los servicios de salud sean desventajosos para la población abierta respecto de la asegurada. Así se aprecia en el capítulo V, donde se hace una comparación de estas cuatro variables entre estas dos poblaciones, con resultados que constituyen un factor más para considerar que la política de descentralización del sector salud en el estado no ha contribuido a mejorar las condiciones de salud de la población abierta.

La calidad de los servicios de salud debe ser también un motivo de preocupación para las autoridades responsables de implementar la política de descentralización del sector salud en Baja California, pues es evidente que existe una diferencia entre los recursos físicos, materiales, humanos y económicos con que cuentan las instituciones que atienden a la población asegurada y los que están disponibles para las instituciones que prestan sus servicios a la población abierta. Este estado de cosas en la diferente calidad de los servicios de salud que reciben ambas poblaciones debe ser considerado en el

momento de abordar las políticas gubernamentales de salud y tratar de enmendarlo en los planes y programas de salud estatal.

Las acciones emprendidas por el gobierno estatal entre 1996 y 2004 fueron insuficientes para lograr un impacto real de la política de descentralización del sector salud en la disponibilidad, equidad, acceso y calidad de los servicios, y esto obedeció básicamente a que las políticas públicas fueron diseñadas sin tener en cuenta un enfoque de gestión y de relaciones intergubernamentales.

La descentralización de forma aislada no permite por sí sola mejorar las condiciones de salud de los bajacalifornianos; se necesita un gobierno que plantee el rediseño de la política de salud vigente a través de un enfoque que permita gestionar y manejar el ambiente de colaboración que despierta ese proceso.

Hablar de los problemas de salud es también hablar de un gobierno estatal con fallas en el proceso de llevar a la práctica una política cuyos factores esenciales no se manejan ni se visualizan en los planes y programas del sector, y en la que la ausencia de coordinación ha llevado al desconocimiento real de los problemas de salud que enfrenta la población en el estado.

La forma de gobernar en Baja California aún tiene sus matices tradicionales y centralizados, lo que en definitiva afecta el desarrollo de las políticas públicas, y más si los gobiernos no tienen capacidad para gestionar y negociar.

Finalmente, se puede decir que de 1996 a 2004 la descentralización del sector salud tuvo muy poca incidencia en el mejoramiento de los servicios públicos de salud en Baja California. De esta manera, son varios las acciones que los gobiernos venideros deben replantearse para lograr los objetivos trazados de la descentralización, entre las que sobresalen: 1) la planeación a largo plazo y con una visión estratégica, para que haya continuidad en los planes y programas que se vienen desarrollando, con los ajustes requeridos, y voluntad para hacer eficiente al Sistema Estatal de Salud); 2) la realización de procesos participativos, con la incorporación de los municipios y las organizaciones existentes (es decir, con una visión de la política desde las relaciones intergubernamentales), para diseñar las políticas de salud; 3) la instrumentación de un sistema de evaluación propio que haga posible realizar los ajustes de



forma oportuna (las iniciativas del gobierno federal para mejorar la salud pueden ser buenas y el gobierno estatal tal vez participe en ellas; no obstante, es urgente que el Baja California diseñe su propio sistema de evaluación), y finalmente, 4) es necesario que las políticas de salud diseñadas e implementadas en todo el estado se hagan de forma focalizada, hacer un esfuerzo para generar un sistema que redefina e identifique a la población abierta, para poder así enfocar todos los esfuerzos en brindar la atención requerida a esta población.

## Bibliografía

Academia Nacional de Medicina (1994). Simposio “*Salud y federalismo*”. 5 de julio. México.

Aguilar Villanueva, Luis F. (1992). “*Estudio Introductorio*”, En el estudio de las políticas. Colección Antologías de política pública, primera antología. Miguel Ángel Porrúa. México.

Aguilar Villanueva, Luis F. (1992). “*Estudio Introductorio*”, En la hechura de las políticas. Colección Antologías de política pública, segunda antología. Miguel Ángel Porrúa. México.

Aguilar Villanueva, Luis F. (1993). “*Estudio Introductorio*”, En la implementación de políticas. Colección Antologías de política pública, cuarta antología. Miguel Ángel Porrúa. México.

Aghón, Gabriel (1993). “*Descentralización fiscal: tendencias y tareas pendientes*”. Documento presentado en el I Comité de Hacienda y Finanzas Municipales, Unión de Ciudades Capitales Iberoamericanas, organizado por la Alcaldía Mayor de Bogotá, D. C. y la Secretaría de Hacienda del Distrito. Agosto.

Aghón, Gabriel y Herbert Edling (comps.) (1997), *Descentralización fiscal en América latina. Nuevos desafíos y agenda de trabajo*, CEPAL/GTZ, Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Agranoff, Robert. (1992). “*Marcos para el análisis comparado de las relaciones Intergubernamentales*”. En M. Merino (Coord.). “Cambio político y gobernabilidad” Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública –CONACYT. México

\_\_\_\_\_ (1997). “*Las relaciones y la gestión Intergubernamentales*”. En Bañón, Rafael y Ernesto Carrillo (Comps.). “*La Nueva administración Pública*”. Alianza Universidad textos.

Anand S. Hansen K. (1997). “*Disability adjusted life years: a critical review*”. Journal of Health Economics. Vol. 16. P. P. 685 - 702.

\_\_\_\_\_ (1998). “*DALYs: efficiency versus equity. World Development*”. Vol. 26. P. P. 307-310.

Bañón, R., y Carrillo, E. (1994). “*Evaluación de la calidad de los servicios públicos*”, Ponencia presentada en el Seminario Sobre Gestión de Calidad de las Administraciones Públicas. Junio 9 y 10. Santiago de Compostela, Galicia.

Bardhan, P. K. (2002). “*Decentralization of governance and development*” Journal of Economic Perspectives. Vol. 16. No. 4.

Barr, Nicholas (1993). “*La economía del estado de bienestar*”. 2da edición, prensa de la universidad de Oxford.

Bazaga, Isabel (1997). “*El planteamiento estratégico en el ámbito público*”, En Bañón, R. Y E. Carrillo (Comps.) (1997), La Nueva administración pública. Alianza Universidad Textos. Madrid, España.

Benz Arthur (2000), “*Two types of Multilevel Governance: Intergovernmental relations in German and EU Regional Policy*”. In *Regional and Federal Studies*.

Bird, R. M. (2001). “*Intergovernmental fiscal relations in Latin America: Policy design and policy outcomes*”. Washington D.C.: Sustainable Development Department, Inter-American Development Bank.

Burki, Shahid; Guillermo E. Perry; William, Dillinger y otros (1999). “*Más allá del centro: la descentralización del Estado*”. Estudios del Banco Mundial sobre América Latina y el Caribe. Puntos de vista, Banco Mundial Washington, D. C. Primera edición en español.

Bronfman, Mario, Roberto Castro (Coords.) (1999). “*Salud, Cambio Social y Política: Perspectivas desde América Latina*”. Instituto Nacional de salud Pública, Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud. México.

Cabrero Mendoza, Enrique y Escotto, Teresita (1992). “*Evolución reciente de los procesos de reforma de la administración pública y su efecto en los modelos organizacionales*”. México, Solar, servicios editores.

Cabrero Mendoza, Enrique (1996). “*Las políticas descentralizadoras en el ámbito internacional. Análisis de tendencias y obstáculos en diversos países*”. Centro de investigación y docencia económica. División de Administración Pública, Número 19. México.

\_\_\_\_\_ (Coord.) (1998). “*Las políticas descentralizadoras desde el ámbito regional. Análisis de desequilibrios regionales, gasto e ingreso público y relaciones intergubernamentales (1983 – 1993)*” En Cabrero, Mendoza Enrique (Coord.) (1998). “*Las políticas descentralizadoras en México (1983 – 1993) Logros y desencantos*”. Centro de investigación y docencia económica. Miguel Ángel Porrúa. México.

Cardozo Brum, M. (1993). “*La descentralización de servicios de salud en México: Hacia la amnesia total o hacia la resurrección de la política*”, *Gestión y política pública*, Vol. 2, No. 2, julio-diciembre.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1993). “*Descentralización Fiscal: Marco conceptual*”. Serie Política Fiscal No. 44, Santiago de Chile.

CLAD (Centro Latinoamericano de Administración para el desarrollo) (1998). “*Una Nueva Gestión Pública para América Latina*”. Documento del CLAD, 14 de octubre.

Culyer, A. J. (1993). Health, health expenditures, and equity. In: *Equity in the Finance and Delivery Care: An International Perspective* (E. van Doorslaer, A. Wagstaff & F. Rutten, Ed.), P. P. 299-319, Commission of the European Communities Health Research, Series 8, Oxford: Oxford Medical Publications.

Di Gropello Emanuela y Rossella Cominetti (1998). “*La Descentralización de La Educación y La Salud: Un Análisis Comparativo De La Experiencia Latinoamericana*”. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL.

Dillinger, W.; Perry, G. y Webb, S. (2000). “*Macroeconomic management in decentralized democracies: The quest for hard budget constraints in Latin America*”. En: Burki, S. y Perry, G. (ED.) “*Decentralization and accountability in of the public sector*”. Washington D.C.: World Bank.

Fajardo Ortiz, Guillermo (2004). “*La descentralización de los servicios de salud en México (1981-2000)*”. Elementos 53. Vol. 11, Marzo - Mayo, Página 45.

Finot, Iván (1996). “*La descentralización del Estado como política contra la corrupción*”. ILPES, Santiago, Chile.

\_\_\_\_\_ (1997). “*Descentralización en América Latina: ¿Cómo conciliar eficiencia con equidad?*”. II Congreso Interamericano del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, celebrado en Margarita, Venezuela, del 15 al 18 de octubre.

\_\_\_\_\_ (2001). “*Descentralización en América Latina: Teoría y práctica*”. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica Social, ILPES.

Fukasaku, K. y de Mello, L. (1999). “*La descentralización fiscal y la estabilidad macroeconómica: La experiencia de las grandes economías en desarrollo y en transición*” En Fukasaku, K y Hausmann, R. ED. Democracia, descentralización y déficit presupuestarios en América Latina. Washington D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

FUNDAR (Centro de Análisis e Investigación) (2004). “*Propuestas para la mesa de gasto de la convención Nacional Hacendaria: Gasto en salud*”. Con Apoyo de la Fundación Ford. México.

Frenk, Julio; González Block, Miguel A.; Lozano, Rafael (1998). “*Seis tesis equivocadas sobre las políticas de salud en el combate a la pobreza*”. *Este País* 84, marzo, P. P. 28-36.

Frenk, Julio (2001). “*La reforma de la salud en México*”. *Gaceta Medica de México*: 135.5. Fundación Mexicana para la salud.

Gómez, Dantés O, et al. (2004). “*La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud*”. *Revista de Salud Pública de México*. Vol.46, No.5, septiembre-octubre.

Inman, Robert P. y Daniel, L. Rubinfeld (1997). “*Rethinking Federalism*”. *Journal Economic Perspectives* 11(4): 43-64

INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática) (1999). “*Superficie de la República Mexicana por Estados.*”

INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática) (2000). “*Marco Geoestadístico*”.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática) (1930 a 2000). “*IV al XII Censos de Población y Vivienda*”.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática) (1995). *“Censo de Población y Vivienda”*. Resultados Definitivos. Aguascalientes. México.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática) Gobierno del Estado de Baja California (1997). *Anuario Estadístico del Estado de Baja California*. Aguascalientes. México.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática) (1999). *Agenda Estadística 99 Estados Unidos Mexicanos*. México.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática) (2000). *“XII Censo General de Población y Vivienda”*. Tabulados Básicos. Tomo II. Aguascalientes, México.

Instituto Nacional de Salud, Secretaría de Salud (2000). *“Encuesta Nacional de Salud”*. Primera edición, Tomo I y II.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática) (2005). *“Resultados preliminares del II censo de población y vivienda”*. Comunicado Número 024/06. Aguascalientes.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática), Gobierno del Estado de Baja California (2005). *“Anuario Estadístico del Estado de Baja California”*. Aguascalientes. México.

Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD) (2005). *“Estadísticas principales recursos materiales de las unidades médicas en servicio de las instituciones públicas del sector salud según régimen e institución al 31 de diciembre de 2004”*.

Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD) (2005). *“Estadísticas recursos humanos de las instituciones públicas del sector salud por tipo de personal según régimen e institución al 31 de diciembre de 2004”*.

Jordana, Jacint (2001), *“Relaciones intergubernamentales y descentralización en América Latina: Una perspectiva institucional”*. Documento de Trabajo I-2EU, BID / INDES, Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

\_\_\_\_\_ (2002). *“Relaciones intergubernamentales y descentralización en América Latina”*. Casos de Argentina y Bolivia. Departamento de Ciencias Políticas y Sociales, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España. Banco Interamericano de Desarrollo Washington. Proyecto conjunto INDES - Unión Europea.

Lavielle, Briseida; Lara, Gabriel y Díaz, Daniela (2004). *“Curitas para la salud: el mapa de la equidad”*. Serie salud. México.

Leiva, René (1997). *“Descentralización y acceso a los servicios de salud”*. México, Centro de investigación en sistemas de salud INSP.

Lindblom, Charles E. (1991), *“El proceso de elaboración de las políticas públicas”*. Ministerio para las Administraciones Públicas. Madrid. Traducción de Eduardo Zapico Goñi. Versión en Español, Miguel Ángel Porrúa. Primera edición.

Lozano, Rafael et al (2005). *“El Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud: herramienta básica en la medición del financiamiento”*. XI Congreso de Salud Pública Cuernavaca, Morelos.

Meny, Yves y Jean Claude Thoenig (1992). *“Las Políticas Públicas”*. Versión española (Título original: politiques publiques) a cargo de Francisco Morata. Editorial Ariel, S.A. Primera edición Barcelona.

Méndez, José Luis (1997), “Estudio introductorio”. In Wright, Deil S. (1988), *“Para entender las relaciones intergubernamentales”*, México: Fondo de Cultura Económica.

Merino, Gustavo (2003). *“Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo”*. Caleidoscopio de la salud.

\_\_\_\_\_ (2004). *“Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo”*. Caleidoscopio de la salud. México.

<http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/librocaleido.htm>

Miranda, Ernesto (1994). *“Cobertura, eficiencia y equidad en el área de salud en América Latina. Problemas y propuestas de solución.”* Serie de Políticas Sociales. Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile.

Moore, Mark H. (1998). “*Gestión estratégica y creación de valor en el sector público*“. Paidós, Barcelona.

Moreno Jaimes, Carlos (2001). “*La Descentralización del Gasto en Salud en México: una revisión de sus criterios de asignación*”. Documento de Trabajo No. 95, CIDE.

Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (1993). “*Descentralización Fiscal: Marco conceptual*“. Serie Política Fiscal No. 44, Santiago de Chile.

Nickson, R. Andrew (1995) “*Local Government in Latin America*”. Boulder: Lynne Rienner Publishers. En Burki, Shahid; Guillermo E. Perry; William, Dillinger y otros (1999). *Más allá del centro: la descentralización del Estado*. Estudios del Banco Mundial sobre América Latina y el Caribe. Puntos de vista, Banco Mundial Washington, D. C. Primera edición en español.

Nohlen, Dieter (Editor) (1991). “*Descentralización política y consolidación democrática – Europa – América del Sur*”. Síntesis Editorial Nueva Sociedad, Primera edición. Madrid España.

Oates, Wallace E. (1972). “*Federal Fiscalism*”. Nueva York: Harcourt, Brace, and Javonovich.

\_\_\_\_\_ (1999), “*An Essay on Fiscal Federalism*”. In *Journal of Economic Literature*, 37:1120

Ocampo, José Antonio (1998). “*Prólogo*” En Di Gropello Emanuela y Rossella Cominetti (1998). “*La Descentralización de La Educación y La Salud: Un Análisis Comparativo De La Experiencia Latinoamericana*”. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL.

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) (1997), “*Managing Across Levels of Government*”. Paris. Disponible en <http://www.ocde.org/puma/mgmtres/malg/malg97/toc.htm>

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) (2005). “*Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud México*”.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) (1989). “*Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud*”. Washington, D. C.



Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1991) “*Constitución de la Organización Mundial de la Salud*”, En Documentos Básicos, Documento Oficial núm. 240, Washington.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (1991), “*Constitución de la Organización Mundial de la Salud*”, En Documentos Básicos, Documento Oficial núm. 240, Washington.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (1992). “*Municipios saludables: una estrategia de promoción de la salud en el contexto local*”. Washington, D.C.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (2003). “*Análisis de la Situación de Salud*”. Perú. [www.paho.org](http://www.paho.org)

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud y La Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) (2005). “*Lineamientos metodológicos, Perfiles de los sistemas de salud monitoreo y análisis de los procesos de cambio*”.

Ornelas Carlos (1998) En Di Gropello Emanuela y Rossella Cominetti (1998). “*La Descentralización de La Educación y La Salud: Un Análisis Comparativo De La Experiencia Latinoamericana*”. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Ospina, Bozzi, S. (1993). “*Gestión, política pública y desarrollo social: hacia la profesionalización de la gestión pública*”. Gestión y política pública, Vol. II, núm. 1, enero-junio.

Ostrom, Elinor, L. Schroeder y S. Wynne (1993). “*Institutional Incentives and Sustainable Development*” Boulder: Westview Press.

Penfold, M. (2000). “*Descentralización y mercado en América Latina*”. *Reforma y Democracia*. No. 16.

Pereira, J. (1988). “*La interpretación económica de equidad en salud y atención sanitaria en salud y equidad*.”, En: VIII Jornadas de Economía de la Salud, Anales, pp. 31-52. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

[www.ans.gov.br/portal/upload/forum\\_saude/forum\\_bibliografias/](http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/)

Porto, Silvia Marta (2002). “*Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud*”. *Saúde Pública*, Río de Janeiro, 18(4):939-957, jul-ago.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (1991). “*Informe de Desarrollo Humano*”. Colombia, Tercer Mundo Editores.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (1997), “*Gobernabilidad y desarrollo democrático en América Latina y el Caribe*”. Nueva York: Naciones Unidas.

Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos - PROVEA (1996). “*La salud como derecho: marco nacional e internacional de protección del derecho humano a la salud*”. Serie Aportes Número.3, Caracas, Venezuela.

Programa para un Nuevo Federalismo 1995-2000 (1996). “*Descentralización de los servicios de salud 1995-2000.*” Balance Sexenal.

Ramírez, Teresita de J. et al., (1998). “*Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios*”. *Salud Publica México*, Vol. 40, No. 1. enero- febrero

Rawls, Juan, (1972) “*A Theory of Justice*”. Oxford: Oxford University Press.

Rosero, Bixby Luis (2000). “*Acceso y disponibilidad de servicios de salud en Costa Rica*”. Centro Centroamericano de Población (CCP). Universidad de Costa Rica.

Prud'homme, R. (1995). “*On the dangers of decentralization*”. *World Bank Research Observer*. Vol. 10. No. 2.

Quade, E. S. (1989). “*Análisis de formación de las decisiones políticas*”. Instituto de estudios Fiscales. Madrid.

Rider M. Flynn B. Yiska T. Ray D. y Rains J. (1992). *“The city net manual: How communities can (and do!) create healthy cities”*. Publics Indianapolis, Indiana: Institute of Action Research for Community Health.

Rodríguez, Victoria E. (1997) *“La descentralización de la política contra las políticas descentralizadoras en México, 1970 –1995”*. En Vellinga, Menno, (Coor.) (1997). El cambio del Papel del Estado en América Latina. Siglo veintiuno editores, s.a de c.v, Siglo veintiuno de España editores, S.A. Primera edición.

Rondinelli, D. Nellis J. y Cheema G.S. (1984). *“Decentralization in developing Countries: a Review of Recent Experiences”*. World Bank Staff Working Papers, No. 581, Washington, D. C.

Ruando de la Fuente Rossi, P.H. y Freeman, H. E. (1989): *“Evaluation: A systematic Approach”*. Newbury park, CA. Sage.

Rosenfeld, Alex (1994). *“Los gobiernos locales en América Latina”*. Programa de Gestión Urbana de América Latina (PGU - LAC). PNUD – Hábitat – GTZ - Banco Mundial. Quito.  
<http://www.netline.cl/riadel>.

Rosero, Bixby Luis (2000). *“Acceso y disponibilidad de servicios de salud en Costa Rica”*. Universidad de Costa Rica.

Ruano de la Fuente, J. M. (2001). *“El control de gestión en las organizaciones públicas”*. En Olías de Lima, Blanca. La nueva gestión Pública. Prentice Hall, Madrid España.

Saunders, Cheryl (1995). *“Constitutional arrangements of federal systems”*. In *Publius*, 25:61-79.

Secretaria de Salud (1996). *“Estudio de Regionalización Operativa. Estado de Baja California”*

Secretaría de Salud (1997). *“Estadísticas recursos Físicos materiales y humanos en las instituciones que proporcionan servicios médicos Baja California 1996”*.

Secretaria de Salud (2001). *“Salud: México 2001. Información para Rendición de Cuentas”*. Primera edición. México.

Secretaria de Salud (2002). “*Salud: México 2002. Información para Rendición de Cuentas*”. Primera edición. México.

Secretaria de Salud (2003). “*Salud: México 2003. Información para Rendición de Cuentas*”. Primera edición. México.

Secretaria de Salud (2004). “*Salud: México 2004. Información para Rendición de Cuentas*”. Primera edición. México.

Sen, Amartya (2002). “*¿Por qué la equidad en salud?*”. Revista Panamericana de Salud Publica. [en línea]. Mayo/Junio 2002, Vol.11, No.5. P. P. 302-309. Disponible en internet en:

[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102049892002000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892002000500005&lng=en&nrm=iso)

Simon, Herbert (1957). “*Administrative Behaviour*”. Londres, McMillan.

Soberón Acevedo, Guillermo (1986). “*La descentralización y la integración del sistema Nacional de Salud*”. En De la Madrid M. Soberón Acevedo G. Ruiz Massieu JF. Kumate Rodríguez J.

\_\_\_\_\_ et al. (1996). *La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta*. México, Salud Pública, P. p. 38, 371- 378.

\_\_\_\_\_ (2001). “*La reforma de la salud en México*”. Gaceta Medica de México: 135.5. Fundación Mexicana para la salud.

Subirats, Joan (1994). “*Evaluación de políticas públicas*”. En Subirats, Joan. Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración. Ministerio para las administraciones públicas, MAP, colección estudios Madrid.

Stein, E. (1999). “*Fiscal decentralization and government size in Latin America*”. Journal of Applied Economics. Vol. 2. No. 2. pp. 357-391.

Tamayo, S. Manuel. (1997). *El análisis de las políticas públicas*”. En Bañón, Rafael y Ernesto Carrillo (Comp.) (1997), La Nueva administración pública. Alianza Universidad Textos. Madrid, España.

Tiebout, Charles (1956). "A Pure Theory of Local Expenditures" *Journal of Political Economy* 64 (5): 416-424.

Tocqueville, Alexis (1980). "La Democracia en América". Alianza, Madrid, Vol. I y II,

Tomassini, Luciano (2003). "El problema de los consensos en las reformas administrativas en América Latina". Documento preparado por encargo del CLAD para la V Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado, realizada en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, del 26 al 27 de junio. <http://www.clad.org.ve>

Ugalde, Vicente (2002). "Las Relaciones Intergubernamentales en el Problema de los Residuos Peligrosos: El Caso de Guadalupe San Luis Potosí.". Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Universidad Autónoma del estado de México.

Un Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000). "General Comment 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health." Un Doc. E/C.12/2000/4.

Valdés Olmedo C. (Coord.) (1988). "Descentralización de los servicios de salud a población abierta." En: Soberón G, Kumate J, Laguna J, et. Al La salud en México: testimonios 1988. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica. P. p. 103 - 151.

Vargas, Ingrid, Vázquez, Maria Luisa y Jané, Elisabet. (2001). "Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica." *Saude Pública*. Río de Janeiro, 18. P. P. 927-938, julio- agosto. [www.ans.gov.br/portal/upload/forum\\_saude/forum\\_bibliografias/](http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/)

Véliz, Claudio (1980). "The Centralist Tradition of Latin América". Princeton University Press.

Wagstaff A. Paci P. Van Doorslaer E.V. (1991). "On the measurement of inequalities in health". *Soc Sci Med*. 33(5), P. P. 545-557.

Wiesner, Eduardo (1997). "La economía neoinstitucional, la descentralización y la gobernabilidad local". En Luders, Rolf y Luis Rubio (Coord.) (1997) Estado y economía en América Latina, por un gobierno efectivo en la época actual". Miguel Ángel Porrúa y otros.

Wolman, H. (1990). “*Decentralization: What it is and Why We Should Care*”, En Robert J. Bennet (ed.), “*Decentralization, Local Governments and Markets: Towards a post Welfare Agenda*”. Oxford: Clarendon.

Wright, Deil S. (1997). “*Para Entender las Relaciones Intergubernamentales*”. Estudio Introductorio de José Luis Méndez. Traducción de Maria Antonia Neira Bigorra. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A. C., Universidad Autónoma de Colima y Fondo de Cultura Económica, México.

Wright, Deil S. (1988). “*Understanding Intergovernmental Relations*”. Brooks/Cole. E. U. A.

Zurita, Beatriz; Lozano, Rafael; Ramírez, Teresita; Torres, José Luís (S/F). “*Desigualdad e inequidad en salud.*” Calidoscopio de la salud. México.

[www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio](http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio)

### **Documentos oficiales**

Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y, para segundo y tercer nivel, el catálogo de insumo. Dado en la residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veinte días del mes de diciembre de dos mil dos.- Vicente Fox Quesada.- El Presidente del Consejo de Salubridad General, Julio José Frenk Mora.

[www.cddhu.gob.mx/leyinfo/](http://www.cddhu.gob.mx/leyinfo/)

Cámara de Diputados, Secretaría. Plan Nacional de Desarrollo (1995-2000). Dirección General de Bibliotecas. México.

<http://www.cddhcu.gob.mx/bibliot/publica/otras/pnd/pndind.htm>

Cámara de Diputados, Secretaría. Programa de Reforma del Sector Salud en México (1995-2000). Dirección General de Bibliotecas. México.

<http://www.cddhcu.gob.mx/bibliot/publica/otras/pnd/pndind.htm>

Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos. ISEF. Décima edición, enero de 2004. México.

Diario Oficial de la Federación (DOF) (1997). “Acuerdo de Coordinación que celebran las secretarías de Salud, de Hacienda y Crédito Público, de Contraloría y Desarrollo Administrativo y el Estado de Baja California, para la descentralización integral de los servicios de salud en la entidad”. 6 de agosto [www.cddhu.gob.mx/leyinfo/](http://www.cddhu.gob.mx/leyinfo/)

Diario Oficial de la Federación (DOF) (1983). “Decreto por el que el ejecutivo federal establece bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia”. 30 de agosto.

Diario Oficial de la Federación (DOF) (1984). “Decreto por el que se Descentralizan a los gobiernos estatales los servicios de los Servicios de Salud que presta la Secretaría de Salubridad y Asistencia en los estados, y los que dentro del Programa de Solidaridad Social por Participación Comunitaria denominado IMSS-COPLAMAR, proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social”. 8 de marzo.

Diario Oficial de la Federación (DOF) (1996). “Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.” Firmado el 25 de septiembre.

Diario Oficial de la Federación (DOF) (1997). “Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en Baja California”. Publicado el 6 de agosto.

Diario Oficial de la Federación (DOF) (1983). “Decreto por el que el ejecutivo Federal establece bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia”. 30 de agosto. [www.cddhu.gob.mx/leyinfo/](http://www.cddhu.gob.mx/leyinfo/)

Diario Oficial de la Federación (DOF) (1984). “Decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de mediano plazo, denominado Programa Nacional de Salud 1988”. 9 de agosto. (Gobierno de Miguel de la Madrid Hurtado). [www.cddhu.gob.mx/leyinfo/](http://www.cddhu.gob.mx/leyinfo/)

Diario Oficial de la Federación (DOF) (1984). “Decreto por el que se descentralizan a los gobiernos estatales los servicios de salud que presta la Secretaría de salubridad y Asistencia en los Estados, y los que dentro del programa de Solidaridad Social por participación comunitaria denominado IMSS-COPLAMAR, proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social”. 8 de marzo [www.cddhu.gob.mx/leyinfo/](http://www.cddhu.gob.mx/leyinfo/)

Elorduy, Walther Eugenio (2002). “*Primer Informe de Gobierno*”. Baja California. Noviembre.

Elorduy, Walther Eugenio (2003). “*Segundo Informe de Gobierno*”. Baja California”, octubre.

Elorduy, Walther Eugenio (2004). “*Tercer Informe de Gobierno*”. Baja California”, octubre.

Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD) (1997). “*Diagnóstico de salud sectorial del estado de Baja California*”.

Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD) (2000). “*Reglamento interno del Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California*”. Publicado en el periódico oficial No. 3 de fecha 21 de enero, Tomo CVII.

[http://www.congresobc.gob.mx/reglamentacion/estatal/Tomo\\_12/Reglamento\\_Interno\\_Del\\_Institu/reglamento\\_interno\\_del\\_institu.html](http://www.congresobc.gob.mx/reglamentacion/estatal/Tomo_12/Reglamento_Interno_Del_Institu/reglamento_interno_del_institu.html)

Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD) (2002). “*Programa sectorial de salud del estado de Baja California 2002-2007*”.

Ley general de salud, (última reforma aplicada 19 de enero del 2004). [www.cddhu.gob.mx/leyinfo/](http://www.cddhu.gob.mx/leyinfo/)

Secretaría de Desarrollo Social (1998). *Participación, organización, planeación y descentralización, la Constitución de México*, México, Sedesol.

Secretaría de Salubridad y Asistencia (1984). “*Acuerdo de Coordinación con el propósito de establecer las bases para la elaboración, ejecución del programa de descentralización de los servicios de salud en Baja California*”. Periódico Oficial fechado del 10 de abril de 1985, del Estado de Baja California.

Secretaría de Salud (2002). “*Documento Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006*”. Primera Edición.

Terán, Terán Héctor (1995-1998) y Alejandro González Alcocer (1998-2001). “*Plan Estatal de Desarrollo de Baja California (1995 – 2001)*”. *Evaluación Final*.



## **Glosario General\***

**Años de vida saludable (AVISA):** Indicador compuesto que evalúa el número de años que una persona vive sin presentar ningún tipo de merma en su salud. Resulta de sumar los años perdidos por muerte prematura con los años vividos con discapacidad, que se restan de los años que podría vivir ese individuo en un tiempo y lugar determinado.

**Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).** Creada en 1996, es un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud orientado a proporcionar a la población un mecanismo para resolver los conflictos que surjan entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de estos servicios por medio de la conciliación y el arbitraje, así como a mejorar la calidad de los servicios.

**Consejo Nacional de Salud (CNS).** Organismo colegiado que coordina a la federación y los estados en las actividades relacionadas con la salud. Participa en la planeación y evaluación de los servicios de salud, y está integrado por los 32 secretarios estatales de salud y encabezado por el secretario federal de salud. Se creó a mediados de la década de 1980 y está encargado de coordinar las acciones en el marco de un sistema de salud descentralizado.

**Cuota de recuperación:** Forma de financiamiento de los servicios de salud para población abierta que consiste en el cobro directo y al momento de la prestación del servicio que se hace a los pacientes por la atención médica recibida en hospitales o centros de salud de las instituciones públicas.

**Derechohabiente a servicio médico.** Persona que tiene la posibilidad de recibir atención médica, como resultado de una prestación laboral, como beneficiario designado por el derechohabiente o como miembro

---

\* Tomado de Instituto Nacional de Salud, Secretaría de Salud (2000); Secretaría de Salud (2005); Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2005).

de una institución (Pemex, Sedena, Semar, etcétera). Se incluye a quienes hayan adquirido un seguro facultativo (voluntario) en el IMSS.

**Encuesta Nacional de Salud (ENSA).** Es parte del sistema nacional de encuestas de salud que se llevan a cabo periódicamente en México. Incluye una serie de encuestas que se aplican desde 1986. La ENSA es representativa en el nivel nacional y regional. Así, cubre aspectos de la salud como las condiciones de salud y la utilización de los servicios de salud. La más reciente se llevó a cabo en 2000.

**Esperanza de Vida Saludable (EVISA):** Indicador compuesto que mide el número de años en buena salud que, en promedio, una persona puede esperar vivir en una sociedad determinada. Su construcción permite relacionar los datos de mortalidad con las causas de discapacidad.

**Entidad federativa.** Unidad geográfica mayor de la división político-administrativa del país. El territorio nacional se divide en 31 estados y un Distrito Federal.

**Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA).** Recursos federales canalizados a las entidades federativas para financiar la prestación de servicios de salud para población no asegurada en los estados por medio de los SESA. Este fondo forma parte de los recursos federales contenidos en el Ramo 33 del presupuesto de egresos de la Federación. Este fondo se creó en 1998 como parte de la descentralización de servicios de salud a los estados.

**Gasto catastrófico:** Gasto de bolsillo destinado a financiar la atención a la salud que supera al ingreso percibido por el hogar descontando el gasto destinado a cubrir alimentación y vivienda.

**Gasto de bolsillo:** Pago que hacen los hogares por los servicios de salud al momento de recibirlos. El gasto de bolsillo como pago directo tiene como límite máximo el ingreso percibido por los hogares, que puede incluir los ahorros o hasta los recursos producto de la venta del patrimonio.

**IMSS-COPLAMAR (1979-1990), IMSS-Solidaridad (1990-2002), IMSS-Oportunidades (2002– a la fecha).** Programa creado en 1979 como IMSS-COPLAMAR, con objeto de llevar los servicios de salud básica a la población que vive en pobreza extrema. En 1983, por decreto presidencial, desapareció como programa independiente, pero continuó funcionando bajo el auspicio del IMSS. En un inicio, el programa recibió financiamiento del presupuesto del gobierno federal (60 por ciento) y del IMSS (40 por ciento). Entre 1985 y 1987 el programa se descentralizó a 14 estados. En 1990, cambió de nombre por el de IMSS-Solidaridad. Con operación en 17 estados. Desde 1996, el financiamiento proviene por completo del presupuesto del gobierno federal. La infraestructura y los establecimientos de servicios de salud que se emplean en la actualidad para cumplir su mandato se establecieron entre 1990 y 2002. En el año 2002, cambió de nuevo su nombre por el de IMSS-Oportunidades. El esquema continúa bajo coordinación del IMSS y aún opera mediante sus propias instalaciones. De acuerdo con el Sistema de Protección Social en Salud, de reciente creación, este programa comparte la misma población objetivo que el Seguro Popular de Salud.

**Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES).** Esquemas de aseguramiento privado similares a las Organizaciones de Salud Administrada (HMO, por sus siglas en inglés), que ofrecen una amplia gama de servicios en todos los niveles de atención. Las ISES deben estar especializadas en seguros médicos y están sujetas a reglas específicas, a diferencia de las aseguradoras generales que sólo pueden ofrecer pólizas como las de gastos médicos mayores y no requieren estar especializadas en el rubro de la salud.

**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).** Creado en 1960, proporciona a sus afiliados servicios de salud, prestaciones económicas (pensiones, hipotecas) y otras prestaciones sociales y culturales (guarderías, deportivos, etcétera). Entre los asegurados se incluye a

los trabajadores del gobierno federal y de algunos estados y de otras entidades públicas, al igual que a sus familias y jubilados. Su marco legal está establecido en la Ley del ISSSTE aprobada en 1959.

**Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).** Creado en 1943, proporciona a sus afiliados prestaciones de seguridad social agrupadas en cinco categorías: *i*) enfermedad y maternidad; *ii*) riesgos laborales; *iii*) discapacidad y vida; *iv*) jubilación, pérdida de empleo en edad avanzada y vejez, y *v*) guarderías y otras prestaciones sociales. Estas prestaciones son financiadas mediante las aportaciones que pagan empleadores, empleados y el gobierno federal. La afiliación es obligatoria para los trabajadores del sector privado formal. Entre los asegurados también se incluye a los trabajadores del IMSS. El IMSS también ofrece un esquema de seguro voluntario llamado Seguro de Salud para la Familia, financiado mediante reglas distintas. Su marco legal está establecido en la Ley del Seguro Social. Entre las principales reformas relacionadas con los servicios de salud están las aprobadas en 1995 y en 2001.

**Institutos Nacionales de Salud (INS).** Hospitales de tercer nivel o de alta especialización. En la actualidad existen 11 Institutos, que corresponden a los siguientes renglones: *i*) psiquiatría; *ii*) oncología; *iii*) cardiología; *iv*) pediatría (dos institutos); *v*) perinatología; *vi*) nutrición y enfermedades metabólicas y endocrinas; *vii*) neurología y neurocirugía; *viii*) salud pública; *ix*) enfermedades respiratorias, y *x*) medicina genómica (establecido en 2004). Todos los INS son organismos públicos descentralizados cuyo principal objetivo reside en realizar investigaciones científicas en el campo de la salud, capacitar a recursos humanos calificados y prestar servicios de salud de alta especialización. Su ámbito de influencia es nacional y son coordinados por la Secretaría de Salud.

**Jurisdicción Sanitaria.** Unidad administrativa o área responsable ante las autoridades estatales de salud. Las jurisdicciones son unidades dependientes de los Servicios Estatales de Salud, encargadas de dirigir, administrar y operar la atención primaria y hospitalaria general que recibe la población no asegurada.

También se encargan de la coordinación y operación de los servicios de salud pública para toda la población.

**Población abierta.** Conjunto de personas que no son derechohabientes en alguna de las instituciones públicas o privadas de seguridad social (IMSS, ISSSTE, etcétera) y que son responsabilidad de la Secretaría de Salud.

**Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2001-2006.** Documento oficial de política que presenta el diagnóstico y los retos que enfrenta el sistema de salud y los objetivos, estrategias y medidas correspondientes que deben llevarse a cabo durante el sexenio presidencial (2001-2006). Establece metas y propone indicadores para medir los logros. Representa el documento rector de la política nacional de salud. El primer documento de esta naturaleza data de 1973.

**Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL).** Esta Secretaría es responsable de formular, conducir y evaluar las políticas generales de desarrollo social a fin de luchar contra la pobreza. Entre otros rubros, también es responsable del programa Oportunidades (que se compone de cuatro elementos: salud, educación, alimentación y activos). La Ley de Desarrollo Social fue aprobada a principios de 2004. Su objetivo consiste en garantizar el ejercicio pleno de los derechos sociales, según lo definido en la Constitución, al igual que establecer un Sistema Nacional de Desarrollo Social para estados y comunidades. La Ley también establece una Comisión Nacional de Desarrollo Social que se compone de los encargados de varias secretarías de Estado: educación pública, salud, trabajo y previsión social, agricultura, ganadería, desarrollo rural, alimentación y pesca, medio ambiente y recursos naturales.

**Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA).** Nombre anterior (entre 1943 y 1985) de la actual Secretaría de Salud.

**Secretaría de Salud.** Esta institución se encarga de dirigir el Sistema Nacional de Salud, con responsabilidades en la definición y conducción de la política nacional de salud. Sus orígenes datan de la época colonial (siglos XVII a XIX). Su establecimiento formal fue en 1943, con el nombre de Secretaría de Salubridad y Asistencia como resultado de la fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública. En 1985 cambió su nombre por el de Secretaría de Salud. El marco legal para el Sistema Nacional de Salud, reescrito por completo en 1983, es la Ley General de Salud (LGS).

**Seguro Popular de Salud (SP).** Creado en 2001 como programa piloto, en la actualidad opera bajo el nuevo Sistema de Protección Social en Salud en 29 de 32 estados. Es un seguro público voluntario de salud orientado hacia las familias de bajos ingresos sin acceso a las prestaciones de la seguridad social. Las fuentes de financiamiento incluyen las aportaciones del gobierno federal, de los estados y de las familias afiliadas, con la contribución de estas últimas definida con base en el ingreso. Proporciona acceso a un paquete de 91 intervenciones médicas y 165 medicamentos. También proporciona cobertura de algunas intervenciones complejas o costosas relacionadas con gastos catastróficos por medio de un fondo dirigido específicamente a este propósito. A fines de 2004, la cobertura llegaba a un millón y medio de familias. Se espera lograr la cobertura total de la población no asegurada en 2010 (cerca de la mitad de la población total de México).

**Servicios Estatales de Salud (SESA).** Se trata de los servicios de salud operados por las autoridades estatales y orientados en especial a la población no asegurada. Los SESA tienen la responsabilidad principal de proporcionar servicios de salud en el estado, al igual que otras funciones definidas en la Ley General de Salud. Las secretarías de salud de los estados cumplen otras funciones, como la de emitir reglamentación en el nivel local y prestar servicios comunitarios de salud. Los SESA rinden cuentas directamente al gobierno del estado y se crearon a raíz del proceso de descentralización. En 1982, la Secretaría de Salud (Secretaría de Salubridad y Asistencia en aquel tiempo) comenzó un proceso de delegación de responsabilidades a los Servicios Coordinados de Salud Pública (SCSP), organismos

administrativos creados en 1934 para coordinar los servicios de salud en el nivel estatal. La primera etapa de la descentralización de los servicios de salud se realizó entre 1984 y 1998. Por decreto presidencial, los servicios que antes prestaba la Secretaría de Salud y los de IMSS-COPLAMAR se descentralizaron en 14 estados. Durante esta primera etapa los SCSP cambiaron su nombre por el de SESA. Entre 1988 y 1994, se llevó a cabo una segunda etapa de descentralización, que incluía a los estados restantes, excepto al Distrito Federal. Antes de la descentralización de los servicios de salud hacia los estados en las décadas de 1980 y 1990, los servicios de salud en los estados eran prestados por la Secretaría de Salud (la SSA en aquella época) federal, por oficinas de coordinación y establecimientos de nivel estatal y, en algunos casos, en establecimientos financiados en forma directa por el gobierno del estado.

**Servicios de salud.** Conjunto de acciones que se llevan a cabo con el fin de proteger y conservar la salud de la población, independiente del tipo de servicios médicos que se proporcione; esto es, tanto a nivel de atención a enfermedades, como en lo referente a la presentación de servicios encaminados al bienestar físico y emocional de la población, tales como tratamientos dentales, cirugía estética, atención psicológica, etcétera.

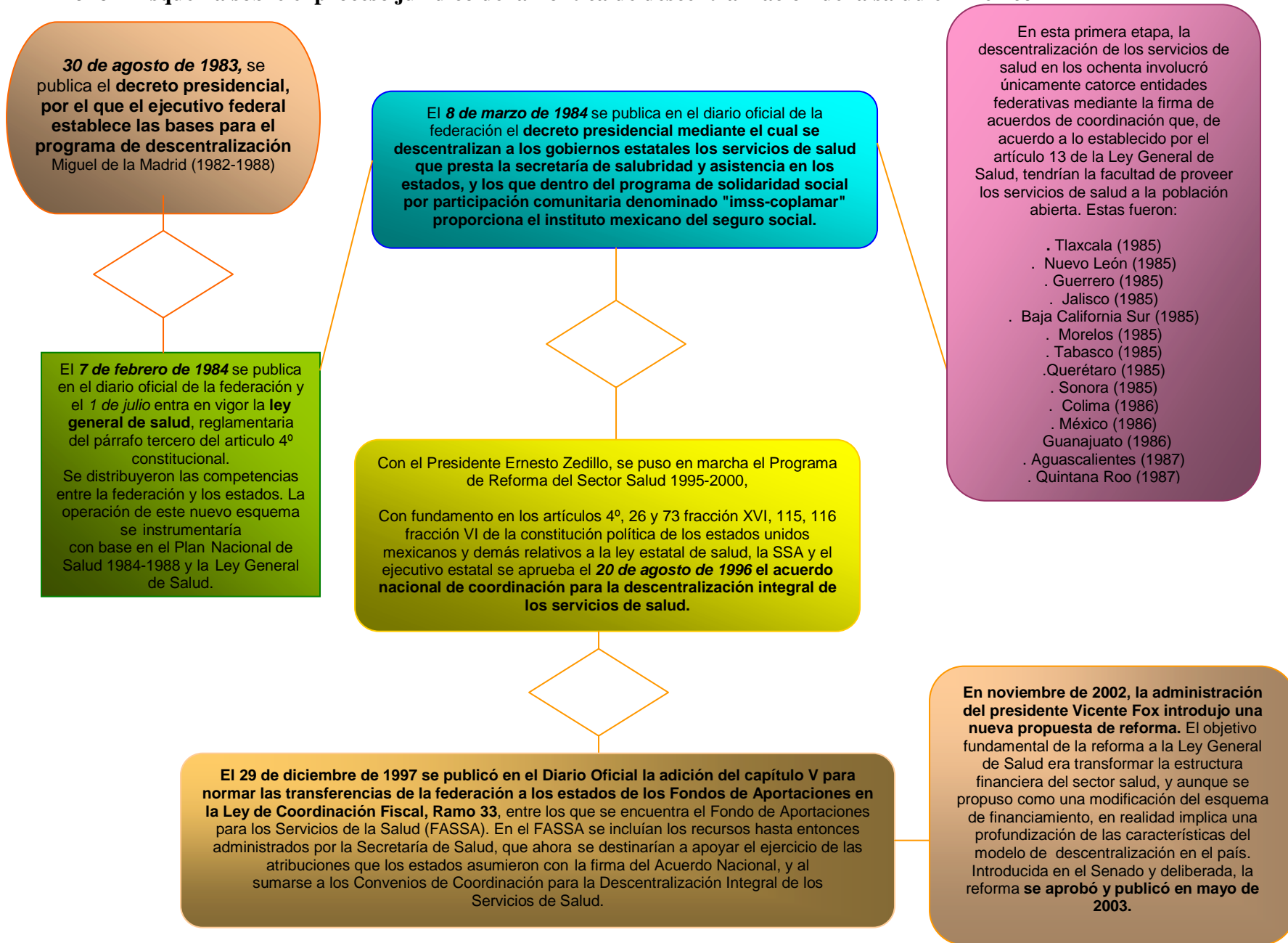
**Servicios de salud preventivos.** Son los servicios de salud que se brindan con el fin de evitar la presencia de enfermedades: por ejemplo, los servicios de vacunación, atención prenatal, atención al niño sano, atención dental preventiva, detección oportuna del cáncer, etcétera.

**Sistema Nacional de Salud (SNS).** Este Sistema incluye a todos los prestadores de servicios públicos de salud, tanto federales como locales, y a los del sector privado (incluye las organizaciones comerciales, sin fines de lucro y otras) y los mecanismos de coordinación entre prestadores de servicios, cuyo objetivo consiste en cumplir el derecho constitucional de contar con protección en salud.

**Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).** Programa que incluye un conjunto de estrategias y medidas para identificar y detectar posibles riesgos de salud. Genera información para orientar los programas de salud, identificar las intervenciones necesarias para luchar contra enfermedades específicas y situaciones de riesgo que afectan a la comunidad y traen consigo riesgos de salud potencialmente considerables.



## Anexo 1 Esquema sobre el proceso jurídico de la Política de descentralización de la salud en México



## **Anexo 2 Acuerdo nacional para la descentralización de los servicios de salud**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

### **ACUERDO NACIONAL PARA LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

#### **I. INTRODUCCION**

El proyecto de nación al que aspira el pueblo de México está claramente definido en sus principios constitucionales, entre los que destaca el Federalismo como expresión política esencial. El Federalismo encuentra sus raíces en la historia del país. Se advierte en la lucha de independencia y en la defensa de su soberanía. Es a su vez el origen de la unidad que representa la diversidad cultural de la nación y permite la integración armónica de todas las regiones. El México de hoy, complejo, diverso, y de promisorio futuro, requiere de un Federalismo renovado en su organización política que fortalezca su capacidad democrática y propicie un país más equilibrado y más justo.

Por otra parte, la salud es un elemento imprescindible del bienestar. Es el sustento para el pleno desarrollo de las capacidades para el trabajo, la educación y la cultura, por ello no se le puede concebir sólo como un valor biológico. Es también un bien social. Entendida de esta manera, la salud constituye un derecho esencial de todos. El nivel de salud poblacional es, sin duda, el más importante de los indicadores que dan cuenta del desarrollo social. Las medidas para elevarlo representan el componente más elemental de la justicia social. El derecho a la protección de la salud, previsto en el artículo 4o. Constitucional, determina principios de equidad y justicia que, con vocación humanista, asume el Estado Mexicano en todos sus órdenes de gobierno. Así lo identifica el Gobierno de la República y por ello convoca a un acuerdo nacional sobre la responsabilidad pública en la materia.

Este documento contiene, ya formalizado, el Acuerdo Nacional que permitirá la descentralización de los servicios de salud y lo suscriben: El Gobierno Federal, los gobiernos de cada una de las entidades federativas de la República Mexicana y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud. Los suscriptores de este Acuerdo Nacional reconocen los innegables avances logrados en la salud de los mexicanos que el Sistema Nacional de Salud ha alcanzado, pero les está claro también, la poca probabilidad que se tiene, bajo la forma actual de organización, de superar los rezagos acumulados y hacer frente a los nuevos retos, por lo que resulta indispensable la redefinición estructural del sistema.

El Gobierno Federal concurre al Acuerdo Nacional con los compromisos que en materia de salud se determinaron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y en el Programa de Reforma del propio sector. Los compromisos se atenderán principalmente por el desarrollo de cuatro estrategias:

1. La descentralización a las entidades federativas de los servicios de salud para la población no asegurada.
2. La configuración de sistemas estatales.
3. La ampliación de la cobertura a través de un paquete básico de servicios, y
4. El mejoramiento de la calidad y eficiencia de las instituciones nacionales mediante una mejor coordinación sectorial.

Los trabajadores de la Secretaría de Salud se suman a este Acuerdo Nacional por convicción y vocación social.

#### **II. ANTECEDENTES**

La historia de la salud pública en el país y la conformación de éste como nación, se han entrelazado porque una ha sido siempre el propósito de la otra. El México independiente, en su origen, se caracterizó por la lucha de ideologías entre liberales y conservadores, federalistas y centralistas, que posteriormente se concretó en hechos por parte del Estado en beneficio de la población, de los cuales la política asistencial en salud es, sin duda, una de sus expresiones más vivas.

Al amparo de la filosofía liberal de gobierno, se alcanzaron importantes logros en la materia, entre otros, se suprimieron las contribuciones de hospital y, con ello, se estableció la obligación para que en todos los hospitales del país se admitiera a los indígenas enfermos como a cualquier otra persona. Asimismo, se eliminó el antiguo Tribunal del Protomedicato, lo que permitió que se desarrollara la Academia de Medicina Práctica de México, se expidiera el bando sobre Salubridad e Higiene Pública y se creara la Facultad Médica de la Ciudad de México.

Estos hechos representan la esencia del modelo de atención a la salud, cuyos principios se plasmaron en el primer Código Sanitario de México.

Por otra parte, el siglo XX abrió amplias posibilidades para una definición moderna de la política asistencial en el campo de la salud. A partir de los años cuarenta se inicia una nueva etapa en la vida económica del país, caracterizada por el acelerado proceso de industrialización y urbanización. Con esto se transforma el México preponderantemente rural en un país más urbano, con importantes polos de desarrollo económico y con asentamientos humanos de los más importantes en el mundo. Sin embargo, persisten zonas de alta marginación y severos rezagos en satisfactores básicos y comunidades dispersas alejadas de las ciudades y con grandes necesidades sociales.

Este México contrastante presenta en el campo de la salud un perfil singular que marca su transición epidemiológica, donde coexisten enfermedades vinculadas al desarrollo industrial y tecnológico con aquellas que caracterizan a la pobreza. Al tiempo que han disminuido las enfermedades y muertes de origen infeccioso, han aumentado los padecimientos crónicos degenerativos. Las diarreas y las enfermedades respiratorias se han reducido a sólo algunas zonas del país, mientras que en las ciudades prevalecen las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos, los accidentes, las muertes por homicidio y la diabetes.

En los últimos veinte años, el crecimiento de la población ha pasado de una tasa global de 3.2% anual a una de 1.8%; pero su composición y distribución plantean serias contradicciones. Del mismo modo, se ha incrementado de manera importante la esperanza de vida de la población, se han reducido las tasas de mortalidad infantil y las de fecundidad.

Estos cambios se explican básicamente por la mejoría en las condiciones de la vivienda, la alimentación, el acceso a los servicios de salud de grandes sectores de la población y los avances en la tecnología médica, los cuales han permitido disminuir la letalidad de muchas enfermedades infecciosas, generando con ello desafíos adicionales ligados a problemas de salud más costosos, de larga evolución y difícil prevención.

La permanencia de enfermedades propias de sociedades rurales poco desarrolladas, se explica por la desigual distribución de los recursos en la sociedad. Existen amplios sectores de la población, alrededor de 10 millones de personas, que enfrentan problemas graves de vivienda y hacinamiento, carencias alimentarias, falta de servicios básicos y acceso limitado a los servicios de salud. Esto hace que en los estados menos desarrollados todavía se encuentren enfermedades ya resueltas en las regiones de mayor desarrollo, lo que contribuye a la formación de un círculo vicioso de marginación, pobreza y enfermedad.

Por todo ello, es necesario revisar las condiciones actuales en las que se proporcionan los servicios de salud, con independencia del carácter público o privado del prestador, o la condición socioeconómica del usuario. La política asistencial en esta materia logra su consolidación en un Sistema Nacional de Salud que comprende a la Secretaría de Salud, que representa una de las principales instituciones promotoras de la justicia social en el país, a las instituciones dedicadas a la seguridad social, así como al campo de la medicina privada.

La conformación del actual Sistema Nacional de Salud ha implicado una enorme concentración de esfuerzos, cuyo efecto negativo se ha traducido en la centralización de decisiones y recursos; sin embargo, no podría afirmarse que todos los problemas en materia de salud se deban a ésta. También obedecen a la evolución histórica del país, a su conformación poblacional y, en última instancia, al carácter asimétrico del propio desarrollo social.

La adición Constitucional al artículo 4o. en el año de 1983, fue concebida como reclamo legítimo de la sociedad mexicana de aspirar a mejores niveles de vida y como responsabilidad histórica de los tres órdenes de Gobierno. A la par de esta adición, se reformó la legislación sanitaria, con lo cual se iniciaron los primeros esfuerzos por descentralizar los servicios de salud para la atención de la población abierta. En esa fase inicial, catorce estados de la Federación suscribieron convenios para hacerse cargo de la prestación de los servicios médicos; sin embargo, el proceso quedó incompleto aunque constituyó un ejercicio importante de reordenamiento del sistema en su conjunto. Si bien el sistema de salud ha tenido avances importantes, aún no puede considerarse que esta plenamente desarrollado, dado que debe transformarse para atender los problemas de salud que hoy enfrenta el país y sentar las bases para una estructura preventiva y de atención que resuelva eficazmente las necesidades del futuro. Esta realidad obliga a perfilar una nueva forma de organización del sistema de salud, a fin de fortalecer su capacidad y ampliar su cobertura para proporcionar más y mejores servicios a los mexicanos.

### **III. LA DESCENTRALIZACION**

El grado actual de desarrollo del país y la complejidad para la ejecución de decisiones tomadas desde el orden federal en responsabilidades que de origen corresponden al orden local, entre otros factores, plantean la necesidad de descentralizar responsabilidades, recursos y decisiones con las que se cumple un doble propósito: el político, al fortalecer el federalismo y reintegrar a la esfera local las facultades que les eran propias al suscribir el pacto federal; y el social, al acercar a la población servicios fundamentales, que al ser prestados por los estados aseguran a los usuarios mayor eficiencia y oportunidad.

Los objetivos señalados se vinculan con los siguientes principios:

1. Los estados de la Federación asumirán cabalmente las responsabilidades que la Ley General de Salud les ha asignado.
2. Los estados de la Federación manejarán y operarán directamente los servicios de salud, en el ámbito de su competencia.
3. Los estados de la Federación manejarán, y operarán directamente los recursos financieros con la posibilidad de distribuirlos de forma acorde con las necesidades de los servicios y con las prioridades locales.
4. Los estados de la Federación participarán efectivamente en el diseño e instrumentación de la Política Nacional de Salud.
5. El fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud se dará a partir de la consolidación de los sistemas estatales.
6. La integración al ámbito estatal de las estructuras administrativas que actualmente operan los servicios federales de salud.
7. El desahogo de las cargas de trabajo administrativo para la Secretaría de Salud, permitirá hacer eficaz su reorientación como instancia normativa y operativa en aquellas materias que son de ejercicio exclusivo de la Federación.
8. El acercamiento de la autoridad local a la población demandante de servicios de salud, revitalizará la relación entre éstas y permitirá ejecutar con eficacia las funciones del Municipio en actividades sanitarias de conformidad con lo que la misma ley ordena y
9. En el marco del pleno respeto a los derechos laborales, se podrán desarrollar fórmulas innovadoras que permitan llevar hasta el límite regional los apoyos efectivos en beneficio de los trabajadores de la salud.

La descentralización de los servicios no implicará en medida alguna la desaparición de objetivos y estrategias nacionales en materia de salud, pero sí una nueva forma de relación entre las autoridades federales, entidades federativas y municipios, para el establecimiento de las metas y la consecución de los objetivos.

#### **El Consejo Nacional de Salud**

Insertas en lo mejor de la herencia federal, en los últimos 50 años, las instituciones de salud han enfrentado y superado graves problemas sanitarios con espíritu y vocación humanista. Con ese espíritu y esa vocación se estableció la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud el 27 de enero de 1995. El Consejo Nacional de Salud funciona como instancia permanente de coordinación y concertación entre las autoridades centrales de la Secretaría y las autoridades de las 31 entidades federativas, para el desarrollo del proceso de descentralización.

Las funciones del Consejo son:

- Proponer lineamientos para la coordinación de acciones de atención en materia de salubridad general;
- Unificar criterios para el correcto cumplimiento de los programas de salud pública;
- Opinar sobre la congruencia de las acciones a realizar para la integración y funcionamiento de los sistemas estatales de salud;
- Apoyar la evaluación de los programas de salud en cada entidad;
- Fomentar la cooperación técnica y logística entre los servicios estatales de salud en todo el país;
- Promover en las entidades los programas de salud; e,
- Inducir y promover la participación comunitaria y social para coadyuvar al proceso de descentralización y estudiar y proponer esquemas de financiamiento complementario para la atención de la salud pública.

Estas medidas y principios permitirán que la descentralización de los servicios de salud signifiquen la armonía y la congruencia de la política asistencial del Gobierno de la República, donde el papel rector que la ley le asigna a la Secretaría de Salud sea efectivo y permita afrontar con éxito, en un ejercicio de Federalismo, los rezagos y retos que encara la medicina mexicana.

### **El Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud**

En el marco de absoluto respeto a los derechos laborales, el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud ha decidido contribuir a la consolidación de los sistemas estatales de salud con su experiencia y vocación de servicio, a fin de que los gobiernos estatales asuman las funciones que la ley les asigna y los compromisos que se derivan del Acuerdo Nacional. De esta manera, el Sindicato Nacional hace suyos, una vez más, los contenidos de la tesis federalista, para el fortalecimiento de las instituciones del país.

La relación laboral, en el contexto de un Federalismo renovado, se sustenta en el respeto a la soberanía de las entidades federativas y en el respeto de la independencia de la agrupación gremial. El Sindicato Nacional hace suyos, una vez más, los contenidos de la tesis federalista. En tal virtud, formulará mecanismos innovadores que impulsen y alienten mayores espacios de participación a nivel seccional.

## **IV. LOS ÓRDENES DE GOBIERNO EN LA SALUD**

La Ley General de Salud define con claridad las responsabilidades que a la Federación y a los estados corresponden en materia de salubridad general. En estricto apego a ella, la Federación, por conducto de la Secretaría de Salud, reitera su compromiso de:

1. Asegurar que la política nacional en la materia responda eficazmente a las prioridades locales y nacionales para así fortalecer a los sistemas estatales y, con ello, al Sistema Nacional, a través de la determinación de lineamientos claros para el ejercicio de atribuciones.
2. Revisar la normatividad de las materias de salubridad general y proponer las modificaciones legislativas y reglamentarias necesarias para la operación del nuevo esquema de atención.
3. Evaluar la prestación de los servicios, con miras a corregir desviaciones, revisar metas, reorientar acciones y mejorar el uso de los recursos.
4. Fortalecer el sistema integral de información para apoyar a los estados en lo que éstos consideren.
5. Consolidar y operar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
6. Impulsar la investigación y enseñanza con el propósito de formar cuadros de investigadores capaces de generar conocimientos científicos y desarrollar nuevas tecnologías en el área médica.
7. Establecer mecanismos más eficientes de coordinación, con otras dependencias, en la atención de problemas de salud, en particular en materia de saneamiento ambiental.
8. Fortalecer el control sanitario, así como en los procesos de importación y de exportación de medicamentos, estupefacientes, sustancias psicotrópicas, plaguicidas, fertilizantes, fuentes de radiación, sustancias tóxicas o peligrosas, y mantener permanentemente actualizada a la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.

El nuevo esquema permite a la Secretaría de Salud mayor posibilidad de mejorar los sistemas de control y vigilancia sanitaria sobre el funcionamiento de servicios proporcionados a la población, sean éstos públicos, sociales o privados.

Los gobiernos estatales, por su parte, al asumir la operación de los establecimientos de salud, se abocarán a asegurar en beneficio de la población:

1. La adecuada organización y operación de los servicios de atención médica, materno infantil, planificación familiar y salud mental, entre otros.
2. La orientación y vigilancia en materia de nutrición.
3. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre.
4. La salud ocupacional y el saneamiento básico.
5. La prevención y el control de enfermedades transmisibles.
6. La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes.

7. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los discapacitados.
8. El programa contra el alcoholismo, el tabaquismo y las adicciones, y
9. Los programas de asistencia social.

La acción de los gobiernos estatales en el impulso, organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud, en la promoción de la formación de los recursos humanos y la investigación, será decisiva para que el país alcance los niveles de bienestar social a que aspira la sociedad.

Los estados contribuirán de manera significativa en la consolidación del Sistema Nacional de Salud a través de la formulación y desarrollo de sus programas locales, y de conformidad con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, el Programa de Reforma del Sector Salud y este Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.

Los estados adquieren el compromiso de mejorar sus sistemas de verificación y control sanitario de los establecimientos que expendan o suministren al público alimentos y bebidas no alcohólicas y alcohólicas, en estado natural, mezclados, preparados, adicionados o acondicionados, para su consumo dentro o fuera del mismo establecimiento, basándose en las normas que al efecto se emitan.

Por lo que se refiere a su relación con los actuales trabajadores federales que se incorporarán a los sistemas estatales de salud, los gobiernos de los estados asumen el compromiso de efectuar todas las acciones, gestiones o actos necesarios para que en las leyes o decretos de creación de los organismos públicos descentralizados estatales que se harán cargo de los servicios de salud, se establezca el respeto y la aplicación de todos los derechos, prerrogativas, beneficios y prestaciones contenidas en las disposiciones federales legales y administrativas aplicables.

El esfuerzo y compromiso conjunto de los gobiernos federal y locales, a través de la coordinación entre estos órdenes de gobierno prevista en la Ley General de Salud, permitirá arribar a mejores resultados en áreas sanitarias que representan especial importancia para la salud pública, como son:

1. El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación, y productos higiénicos, y el de los establecimientos dedicados a su proceso.
2. El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios.
3. El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.
4. La prevención del consumo de drogas ilegales, y
5. La sanidad internacional.

### **La política compensatoria de la descentralización**

El propósito que anima la fundación del pacto federal mexicano, estriba esencialmente en el logro de la justicia social. Asimismo, cuando se hace referencia a la variada composición nacional, se alude a la justicia distributiva. Por ello, en el contexto de la descentralización de los servicios de salud, la Federación por conducto de la Secretaría, ratifica su compromiso con la sociedad de hacer realidad este principio esencial del quehacer Republicano.

Así, la autoridad sanitaria federal destinará mayores recursos a aquellas regiones que cuentan con núcleos de población más vulnerables y con carencias más acusadas. Ello, con el objeto de promover el desarrollo equitativo de todos los integrantes de la Federación. El proceso de descentralización operativa tiene en el Programa de Ampliación de Cobertura, su expresión más ambiciosa para llegar a los lugares donde todavía no se prestan los servicios regulares de salud.

## **V. APOYO AL PROCESO DE DESCENTRALIZACION**

Con el propósito de alcanzar las metas planteadas en el proceso de descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas, se dará inicio a un conjunto de acciones de apoyo que comprenderán dos importantes ámbitos de acción, el primero de ellos se orienta a desarrollar programas de carácter sustantivo y el segundo al reforzamiento de la operación estatal.

En los programas sustantivos se engloban aspectos relacionados con la consolidación y modernización de la infraestructura, estrategias de abasto y suministro de insumos de equipos médicos, impulso y desarrollo de la enseñanza y la investigación, la desregulación y simplificación de trámites federales en materia de control y regulación sanitaria, información y difusión sobre la prestación de los servicios, así como actualización en las cuotas de recuperación, estudios sobre la prestación de los servicios en el medio rural, urbano y en las comunidades marginadas, la generación de indicadores de productividad y eficiencia, y el fortalecimiento de acciones en medicina preventiva, educación y fomento a la salud.

Para reforzar la operación estatal, se instrumentarán programas relacionados con la regularización de inmuebles, activos y bienes muebles, simplificación administrativa, dotación de equipos y redes de cómputo, fortalecimiento de las estructuras organizativas y ocupacionales, así como la celebración de convenios con instituciones educativas y el desarrollo de acciones conjuntas en materia de actualización y asistencia técnica para el personal.

Por otra parte, se realizarán reuniones permanentes de análisis y evaluación de la prestación y modernización de los servicios y se evaluará permanentemente el proceso de descentralización a través del Consejo Nacional de Salud.

## **VI. LA PARTICIPACION CIUDADANA**

La importancia de la participación ciudadana en las acciones de gobierno, ha sido definida como fundamental por el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, al señalar que un fenómeno especialmente alentador de los últimos años, ha sido la multiplicación de los espacios de participación que la ciudadanía reclama para sí en asuntos de interés público, perfilando un compromiso colectivo entre el gobierno y las organizaciones sociales, cuyo rasgo definitivo radica en su espíritu de colaboración y corresponsabilidad en la atención de problemas de la comunidad. Está claro que diversos problemas de desarrollo social y comunitario sólo pueden ser resueltos conjuntando las acciones del gobierno, la sociedad y sus organizaciones.

Es necesario, por tanto, avanzar en la tarea de diseño de mecanismos concretos de participación permanente de la ciudadanía en la elección de alternativas, políticas y programas gubernamentales. Es por esto que toda transferencia de facultades y recursos a los gobiernos locales, deberá estar sujeta a la condición de incorporar la participación ciudadana. Se trata de que al fortalecer a los gobiernos locales, se fortalezca también un nuevo estilo de gestión pública.

Se deberá buscar la incorporación de comités de servicios de consejos ciudadanos, de asociaciones civiles y de organizaciones no gubernamentales en general, a las instancias de decisión de los programas de gobierno. En este tipo de participación se buscará mantener fuentes permanentes de opinión, evaluación y propuestas sobre la calidad de los servicios y la pertinencia de las acciones de gobierno. Sólo de la forma propuesta se podrán establecer en las instancias locales de gobierno, estructuras ciudadanas de monitoreo permanente sobre la eficacia de las instituciones y el acierto de las políticas con una mayor credibilidad sobre el quehacer gubernamental, mismo que deberá generar un clima de confianza necesario en este tipo de relaciones.

## **VII. EL DESARROLLO REGIONAL**

El Acuerdo que se suscribe hoy, constituye una nueva forma de relación entre el gobierno federal y los gobiernos de los estados. Comprende también a los municipios, con una visión integral que contempla a la nación mexicana como la entidad compleja, plural y diversa que es, pero en toda su solidez y unidad.

Una organización que respete las diferencias, pero provea los medios para su convergencia en torno a objetivos comunes, conformando un federalismo que responda con plenitud y eficacia a la renovación de la República, para que cada día se avance en la consolidación de la justicia, la libertad y la democracia.

En virtud de lo anterior los firmantes del Acuerdo Nacional se comprometen a celebrar acuerdos de coordinación para concretar sus respectivas responsabilidades en la conducción y operación de los servicios de salud.

Ciudad de México, a los veinte días del mes de agosto de mil novecientos noventa y seis.- Estas firmas corresponden al Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, que se suscribe el 20 de agosto de 1996.- Por el Ejecutivo Federal: El Secretario de Salud, **Juan Ramón de la Fuente**.- Rúbrica.- Por los Gobiernos de los Estados: El Gobernador de Aguascalientes, **Otto Granados Roldán**.- Rúbrica.- El Gobernador de Baja California, **Héctor Terán Terán**.- Rúbrica.- El Gobernador de Baja California Sur, **Guillermo Mercado Romero**.- Rúbrica.- El Gobernador de Campeche, **Jorge Salomón Azar García**.- Rúbrica.- El Gobernador de Colima, **Carlos de la Madrid Virgen**.- Rúbrica.- El Gobernador de Chiapas, **Julio César Ruiz Ferro**.- Rúbrica.- El Gobernador de Coahuila, **Rogelio Montemayor Seguy**.- Rúbrica.- El Gobernador de Chihuahua, **Francisco Javier Barrio Terrazas**.- Rúbrica.- El Gobernador de Durango, **Maximiliano Silerio Esparza**.- Rúbrica.- El Gobernador de Guanajuato, **Vicente Fox Quesada**.- Rúbrica.- El Gobernador de Guerrero, **Angel Heladio Aguirre Rivero**.- Rúbrica.- El Gobernador de Hidalgo, **Jesús Murillo Karam**.- Rúbrica.- El Gobernador de Jalisco, **Alberto Cárdenas Jiménez**.- Rúbrica.- El Gobernador del Estado de México, **César Camacho Quiroz**.- Rúbrica.- El Gobernador de Michoacán, **Víctor Manuel Tinoco Rubí**.- Rúbrica.- El Gobernador de Morelos, **Jorge Carrillo Olea**.- Rúbrica.- El Gobernador de Nayarit, **Rigoberto Ochoa Zaragoza**.- Rúbrica.- El Gobernador de Nuevo León, **Benjamín Clariond Reyes Retana**.- Rúbrica.- El Gobernador de Oaxaca, **Diódoro Carrasco Altamirano**.- Rúbrica.- El Gobernador de Puebla, **Manuel Bartlett Díaz**.- Rúbrica.- El Gobernador de Querétaro, **Enrique Burgos García**.- Rúbrica.- El Gobernador de Quintana Roo, **Mario Ernesto Villanueva Madrid**.- Rúbrica.- El Gobernador de San Luis Potosí, **Horacio Sánchez Unzueta**.- Rúbrica.- El Gobernador de Sinaloa, **Renato Vega Alvarado**.- Rúbrica.- El Gobernador de Sonora, **Manlio Fabio Beltrones Rivera**.- Rúbrica.- El Gobernador de Tabasco, **Roberto Madrazo Pintado**.- Rúbrica.- El Gobernador de Tamaulipas, **Manuel Cavazos Lerma**.- Rúbrica.- El Gobernador de Tlaxcala, **Jos Antonio Alvarez Lima**.- Rúbrica.- El Gobernador de Veracruz, **Patricio Chirinos Calero**.- Rúbrica.- El Gobernador de Yucatán, **Víctor Manuel Cervera Pacheco**.- Rúbrica.- El Gobernador de Zacatecas, **Arturo Romo Gutiérrez**.- Rúbrica.- Por la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado: El Secretario General, **Héctor Valdés Romo**.- Rúbrica.- Por el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud: El Secretario General, **Joel Ayala Almeida**.- Rúbrica.

Fecha de Publicación: 25 de septiembre de 1996



### **Anexo 3 Acuerdo para la descentralización integral de los servicios de salud en la entidad.**

**ACUERDO de Coordinación que celebran las secretarías de Salud, de Hacienda y Crédito Público, de Contraloría y Desarrollo Administrativo y el Estado de Baja California, con la participación de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado y del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, para la descentralización integral de los servicios de salud en la entidad.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

ACUERDO DE COORDINACION QUE CELEBRAN EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARIA DE SALUD, REPRESENTADA POR SU TITULAR JUAN RAMON DE LA FUENTE, EN LO SUCESIVO SSA, CON LA INTERVENCION DE LA SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO, REPRESENTADA POR SU TITULAR GUILLERMO ORTIZ MARTINEZ, EN LO SUCESIVO SHCP, DE LA SECRETARIA DE CONTRALORIA Y DESARROLLO ADMINISTRATIVO, REPRESENTADA POR SU TITULAR ARSENIO FARELL CUBILLAS, EN LO SUCESIVO SECODAM Y EL EJECUTIVO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA, REPRESENTADO POR SU TITULAR HECTOR TERAN TERAN, CON LA PARTICIPACION DE LA FEDERACION DE SINDICATOS DE TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO, REPRESENTADA POR SU SECRETARIO GENERAL HECTOR VALDES ROMO, EN LO SUCESIVO LA FSTSE, Y DEL SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DE LA SECRETARIA DE SALUD, REPRESENTADO POR SU SECRETARIO GENERAL JOEL AYALA ALMEIDA, EN LO SUCESIVO SNTSSA, PARA LA DESCENTRALIZACION INTEGRAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES Y CLAUSULAS:

#### **ANTECEDENTES**

1. El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, establece que el nuevo federalismo debe surgir del reconocimiento de los espacios de autonomía de las comunidades políticas y del respeto a los universos de competencia de cada uno de los órdenes gubernamentales, a fin de articular armónica y eficazmente, la soberanía de los estados y la libertad de los municipios, con las facultades constitucionales propias del Gobierno Federal; así como promover la participación social y definir un nuevo marco de relaciones entre el Estado, los ciudadanos y sus organizaciones.
2. El referido Plan prevé, para fortalecer el pacto federal, impulsar la descentralización de funciones, recursos fiscales y programas públicos hacia los estados y municipios bajo criterios de eficiencia y equidad en la provisión de los bienes y servicios a las comunidades; asimismo se establece como un imperativo, la reforma del Sistema Nacional de Salud, bajo un doble compromiso: mejorar la calidad de los servicios mediante la reestructuración de las instituciones, y ampliar la cobertura de los servicios, fortaleciendo su coordinación e impulsando su federalización.
3. El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, es el instrumento mediante el cual el Gobierno de la República, se propone alcanzar los principales objetivos que en materia de salud se definieron en el Plan antes mencionado, y señala que la descentralización permitirá hacer una distribución más racional del gasto federal en salud, al tomar en consideración indicadores de mortalidad y marginación y equilibrar el gasto per cápita en la materia; contribuyendo con ello a tener no sólo una mayor eficiencia, sino también una mayor equidad.

4. Derivado de las estrategias y líneas de acción previstas en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y en el Programa de Reforma del Sector Salud, surge el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, instrumento que plantea la inaplazable necesidad de descentralizar responsabilidades, recursos y decisiones, para fortalecer el nuevo federalismo y acercar a la población servicios básicos de salud, que al ser prestados por los Estados aseguran a los usuarios mayor eficiencia y oportunidad.

5. En la década pasada se inició el proceso de descentralización de los servicios de salud, y que tuvo como punto de partida el Decreto Presidencial publicado en el **Diario Oficial de la Federación** el 30 de agosto de 1983, en donde se establecieron las Bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud, cuya prestación correspondía a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy de Salud.

6. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, señala en su artículo 4o., que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general; a su vez, el artículo 116, fracción VI, dispone que la Federación y los Estados, en los términos de Ley, podrán convenir la asunción por parte de éstos, del ejercicio de sus funciones, la ejecución y operación de obras y la prestación de servicios públicos, cuando el desarrollo económico y social lo haga necesario.

7. El Consejo Nacional de Salud cuyas atribuciones quedaron definidas en el Acuerdo Presidencial publicado en el **Diario Oficial de la Federación** el 27 de enero de 1995, constituye una instancia permanente entre la Federación, las entidades federativas y el Distrito Federal para la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud en toda la República. Entre dichas atribuciones se encuentra la relativa a consolidar el proceso de descentralización a los Estados de los servicios de salud para la población abierta.

Con base en los antecedentes mencionados y con fundamento en los artículos 4o., 26, 73, fracción XVI, 115 y 116, fracción VI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 22, 26, 31, 37 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 33, 34, 35 y 36 de la Ley de Planeación; 4o., 5o., 6o., 13, 17, 40 y 42 de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal; 20 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 1996, 9o., 10, 17 fracción III, 28, 37, 38, 39, 41, 44 y 58 fracción IV de la Ley General de Bienes Nacionales; 3o., 4o., 7o., 9o., 12, 13, 18, 19, 20, 21, 22, 36, 181, 194, 199, 300, 301, 302, 313, 379, 393, 396 y demás relativos de la Ley General de Salud; 4o., 7o. y 49 fracción XXII de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Baja California; 4o., 6o., 7o., 17 fracción XI, 32, 41 y 42 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Baja California; 1o., 2o., 5o., 7o., 8o., 9o., 14, 20, 21 y demás relativos de la Ley de Salud del Estado de Baja California, la SSA y el Ejecutivo Estatal convienen en suscribir el presente Acuerdo, cuya ejecución se realizará al tenor de las siguientes:

## **CLAUSULAS**

### **CAPITULO I**

#### **DISPOSICIONES GENERALES**

**PRIMERA.** La SSA y el Gobierno del Estado previo diagnóstico formulado por las partes, ejecutarán, dentro de las atribuciones que a cada una de éstas corresponden, en términos de la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables, el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, suscrito en esta misma fecha, por el propio Ejecutivo Federal, por los Gobiernos de los estados integrantes de la Federación, por la FSTSE y por el SNTSSA.

**SEGUNDA.** El presente Acuerdo tiene por objeto establecer las bases, compromisos y responsabilidades de las partes para la organización, la descentralización de los servicios de salud en el Estado, así como para la transferencia de los recursos humanos, materiales y financieros, que permitan al Gobierno del Estado contar con autonomía en el ejercicio de las facultades que le otorga la Ley General de Salud.

**TERCERA.** El Gobierno del Estado se compromete a promover una iniciativa de ley, o a expedir un decreto, según proceda conforme a la legislación estatal aplicable, a fin de que en un plazo de 60 días naturales contados a partir de la conclusión del diagnóstico señalado se cree el organismo descentralizado que ejercerá las funciones transferidas en este Acuerdo, así como aquellas otras que en materia de salud determine su instrumento de creación, entre otras, la de definir las políticas en materia de salud a seguir por el organismo y la de evaluar el debido cumplimiento de los programas técnicos aprobados, así como la de vigilar la correcta aplicación de los recursos asignados. Todo ello, con el propósito de asegurar a la sociedad el otorgamiento de servicios de salud oportunos y de la más alta calidad posible.

Las partes acuerdan que el organismo descentralizado se sujetará a lo dispuesto por la Ley General de Salud, a la legislación en materia de salud del Estado y a lo que determina el presente Acuerdo conforme a las siguientes bases:

**I.** Tendrá personalidad jurídica, patrimonio propio y las atribuciones de servicio y las de autoridad que le otorguen las disposiciones legales aplicables y su instrumento de creación.

**II.** Contará con un órgano de Gobierno que presidirá el Gobernador y se integrará con la representación del Gobierno del Estado en el número que este mismo determine, con un representante de la SSA y con uno de los trabajadores; este último será designado por el Comité Ejecutivo Nacional del SNTSSA;

**III.** Tendrá a su cargo la administración de los recursos que aporten el Gobierno Federal, a través de la SSA, y el Gobierno del Estado, con sujeción al régimen legal que le corresponda en los términos del presente Acuerdo, y

**IV.** Estará sujeto al control y coordinación que ejercerá el Gobierno del Estado y contará con autonomía técnica y operativa respecto del resto de la administración pública estatal, tanto para el manejo de sus recursos humanos, materiales y financieros como para la ejecución de los programas de salud a su cargo. En la ley o decreto de creación, deberá expresarse la obligación del organismo descentralizado de aplicar y respetar las Condiciones Generales de Trabajo de la SSA y sus reformas futuras, así como los reglamentos de Escalafón y Capacitación; para Controlar y Estimular al Personal de Base de la SSA por su Asistencia, Puntualidad y Permanencia en el Trabajo; para Evaluar y Estimular al Personal de la SSA por su Productividad en el Trabajo, y el de Becas, así como el Reglamento y Manual de Seguridad e Higiene, elaborados conforme a la normatividad federal aplicable en sus relaciones laborales con los trabajadores provenientes de la SSA, para que procedan a su registro ante los organismos jurisdiccionales correspondientes. Lo anterior, con el propósito de que se apliquen en las controversias que se diriman por la autoridad jurisdiccional.

**CUARTA.** Con objeto de asegurar la aplicación y efectividad del presente Acuerdo, las partes celebrarán los convenios específicos que al efecto se determinen, en congruencia con los resultados del diagnóstico mencionado.

**QUINTA.** El Gobierno del Estado y la SSA promoverán y adoptarán las medidas de carácter jurídico, administrativo y técnico que, en su caso, se requieran para el debido cumplimiento de lo previsto en este Acuerdo.

## **CAPITULO II**

### **ATRIBUCIONES EN MATERIA DE SALUBRIDAD GENERAL**

**SEXTA.** La SSA, como coordinadora del Sistema Nacional de Salud y autoridad sanitaria federal, vigilará el cumplimiento del artículo 4o. Constitucional y ejercerá las atribuciones que le confieren la Ley General de Salud y demás disposiciones legales y reglamentarias, así como las actividades de coordinación general; vigilancia y seguimiento; y las de definición de políticas generales y normatividad respectivas.

El Gobierno Federal por conducto de la Secretaría de Salud ejercerá directamente las atribuciones materia del presente Acuerdo en los casos a que se refiere el artículo 73 fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, o bien, a solicitud expresa del Gobierno del Estado.

**SEPTIMA.** La SSA descentraliza a favor del Gobierno del Estado la operación de los servicios de salud a su cargo en la entidad federativa, en los términos de la cláusula sexta del presente Acuerdo, en las siguientes materias de salubridad general:

- I.** La atención médica y asistencia social;
- II.** La salud reproductiva y planificación familiar;
- III.** La promoción de la salud;
- IV.** La medicina preventiva;
- V.** El control sanitario de la disposición de sangre humana, y
- VI.** La vigilancia epidemiológica.

La SSA proporcionará al Gobierno del Estado la asesoría necesaria para la ejecución del presente Acuerdo y de los convenios específicos que al efecto se celebren, así como los apoyos documentales que se relacionen en los anexos que se agregarán al presente Acuerdo.

**OCTAVA.** La SSA descentraliza a favor del Gobierno del Estado, la operación de los servicios de salud a su cargo en la entidad federativa, en los términos de la cláusula sexta del presente Acuerdo, en las siguientes materias de regulación y control sanitarios:

- I.** Bienes y servicios;
- II.** Insumos para la salud;
- III.** Salud ambiental, y
- IV.** Control sanitario de la publicidad.

## **CAPITULO III**

### **ATRIBUCIONES EN MATERIA DE SERVICIOS DE APOYO**

#### **SECCION PRIMERA**

#### **PROGRAMACION Y PRESUPUESTACION**

## **NOVENA.**

**DECIMA.** La SSA confiere al Gobierno del Estado, las funciones relacionadas con el proceso de programación y presupuestación, de acuerdo con las directrices establecidas a nivel federal. A partir de la elaboración del Programa Operativo Anual de 1998 el Estado podrá distribuir los recursos que se le asignen por el Gobierno Federal de conformidad con sus disponibilidades, ajustándose a la apertura programática vigente y a las estrategias nacionales de salud.

**DECIMA PRIMERA.** El Gobierno del Estado presentará anualmente una breve actualización de su diagnóstico sexenal relativo a la problemática que en materia de salud enfrenta la entidad. Asimismo, presentará ante el Consejo Nacional de Salud programas anuales de trabajo en los cuales se describan los objetivos y la distribución presupuestal prevista por el Estado, acorde con las prioridades identificadas en dicho diagnóstico y en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.

El Gobierno del Estado se compromete a incluir a partir de 1997 en los programas de salud, un primer capítulo en el que se describa una autoevaluación de su desempeño en el año anterior, lo que formará parte del fundamento del programa. La SSA elaborará un documento anual que contendrá una evaluación de las políticas de salud a nivel nacional, de los retos que subsisten en cada entidad federativa y del cumplimiento de objetivos. El Estado proporcionará toda la información adicional, facilidades y colaboración que solicite el Gobierno Federal para la tarea de evaluación y seguimiento a nivel nacional.

## **SECCION SEGUNDA**

### **SERVICIOS PERSONALES**

**DECIMA SEGUNDA.** El Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, otorgará al Gobierno Estatal el apoyo administrativo necesario para que este último cumpla con la debida oportunidad, los compromisos adquiridos por la descentralización de los servicios personales.

## **SECCION TERCERA**

### **RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES**

**DECIMA TERCERA.** Se transfieren al Gobierno del Estado, las funciones en materia de adquisición, manejo, administración, baja y destino final de materiales, suministros, bienes muebles e inmuebles; prestación de servicios generales; mantenimiento y construcción de obra pública, que se determinarán en los anexos correspondientes.

## **CAPITULO IV**

### **TRANSFERENCIA DE LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES**

**DECIMA CUARTA.** El Gobierno del Estado, asume la dirección de las unidades médicas de la SSA para la prestación de servicios de salud a población abierta ubicados en su territorio. Para tal efecto, a través del organismo descentralizado se firmará un acta de entrega-recepción de aquéllas en un plazo máximo de 90 días, a partir de la fecha de firma del presente Acuerdo, de conformidad con la normatividad aplicable.

La SSA será responsable de los adeudos que se encuentren vencidos y pendientes de cumplir, referidos al patrimonio de las unidades médicas y administrativas en el momento de su transferencia.

**DECIMA QUINTA.** La SSA en coordinación con la SECODAM y con el Gobierno del Estado validarán el inventario de todos los bienes muebles e inmuebles con los que cuentan las unidades médicas y administrativas destinados a la prestación de los servicios, a fin de llevar a cabo la donación de los mismos al Gobierno del Estado. Dicha transferencia, a título gratuito, se efectuará una vez que se haya emitido el decreto presidencial.

La SSA, con la participación que corresponda a la SECODAM, hará entrega provisional de dichos inmuebles, en tanto se emite el Decreto de referencia, a fin de que se utilicen en la prestación de los servicios de salud.

Los inmuebles que venían siendo utilizados por la SSA y que por su naturaleza, características históricas, artísticas o arquitectónicas deban continuar dentro del patrimonio del Gobierno Federal, se destinarán por parte de la SECODAM, en forma parcial o total, al Gobierno del Estado, previo dictamen que emita la Secretaría de Educación Pública.

## **CAPITULO V**

### **DE LOS DERECHOS DE LOS TRABAJADORES DE LA SSA QUE SE INCORPORAN AL SISTEMA ESTATAL**

**DECIMA SEXTA.** En el proceso de descentralización de los servicios de salud deberán garantizarse los derechos adquiridos por los trabajadores, tales como inamovilidad, catálogo de puestos, escalafón, permutas y otros de índole muy diversa, consagrados en el Apartado B del Artículo 123 y su Ley Reglamentaria, y en las Condiciones Generales de Trabajo de la SSA y en sus reformas futuras, comprendiendo las prestaciones genéricas y específicas, así como los mecanismos vigentes de actualización salarial y los acuerdos y convenios celebrados sobre el particular con el SNTSSA, conforme a la legislación federal.

**DECIMA SEPTIMA.** El organismo descentralizado a que se refiere la cláusula tercera tendrá el carácter de titular en la nueva relación de trabajo.

**DECIMA OCTAVA.** Se garantizará a los trabajadores el respeto de todos sus derechos, prerrogativas, beneficios y prestaciones contenidas en las Condiciones Generales de Trabajo, reglamentos y de los actuales acuerdos y prestaciones económicas y los que en el futuro se establezcan en los términos de la legislación federal vigente.

**DECIMA NOVENA.** La revisión de las Condiciones Generales de Trabajo y sus Reglamentos, seguirá efectuándose entre la SSA y el SNTSSA conforme a los mecanismos que actualmente se derivan de la legislación burocrática federal y se garantizará, a través de los instrumentos jurídicos que se establezcan, la vigencia y observancia de las mismas, a los trabajadores considerados dentro del proceso de descentralización.

**VIGESIMA.** Se reconoce al SNTSSA, en su estructura de Comité Ejecutivo Nacional, secciones, subsecciones y delegaciones sindicales, como el representante legal, legítimo y único de los derechos laborales de los trabajadores de base que prestan sus servicios al Gobierno Federal y que pasarán a prestarlos a los organismos descentralizados estatales que se harán cargo de los servicios de salud y de los que en el futuro se incorporen a dicho organismo, conforme al proceso de descentralización.

**VIGESIMA PRIMERA.** La SSA mediante los procedimientos y mecanismos correspondientes, retendrá las cuotas sindicales, las aportaciones del fondo de auxilio por defunción, las aportaciones por concepto de becas, las aportaciones financieras y otras aportaciones que se convengan con las autoridades competentes

por concepto de apoyos institucionales y las enterará al SNTSSA a través del Comité Ejecutivo Nacional, en su carácter de único representante de las relaciones colectivas de trabajo. El organismo o la institución que retenga las cuotas sindicales que le corresponden al SNTSSA, queda obligado a entregar a la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado el importe del porcentaje de esas cuotas que le corresponden.

Asimismo, la SSA continuará haciendo las deducciones para el pago del Sistema de Ahorro para el Retiro y del Fondo Nacional del Ahorro Capitalizable de los Trabajadores del Estado.

**VIGESIMA SEGUNDA.** El régimen de seguridad social de los trabajadores no variará con motivo del proceso de descentralización y para garantizarlo, se suscribirá el convenio respectivo entre el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Gobierno Estatal por conducto del organismo descentralizado y la representación del SNTSSA, con fundamento en la fracción III del artículo 1o. de la Ley del ISSSTE. Para este propósito, el Gobierno Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, proporcionará con toda oportunidad al Gobierno del Estado los recursos que se deberán aportar al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

**VIGESIMA TERCERA.** Para el proceso de jubilaciones con reconocimiento de antigüedad con el ISSSTE, a través de convenio específico, se integrará una comisión mixta -Secretaría de Salud y Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud- encargada de identificar y validar los casos por resolver, a fin de que se programe por las autoridades competentes, la solución definitiva de las solicitudes procedentes del gran total en tres etapas: la primera, a partir del primero de septiembre de 1996, para resolver el 50% de los casos procedentes del referido gran total; la segunda etapa, durante 1997, abarcará el 50% de los casos restantes y, la tercera etapa, durante los primeros meses de 1998, comprenderá el 50% remanente.

En los casos específicos de jubilaciones procedentes, que pudieran afectar plantillas de unidades médicas u otros centros de trabajo, se revisará cada caso en la comisión mixta antes aludida para no vulnerar los servicios de salud.

**VIGESIMA CUARTA.** Para la regularización de los Códigos que permitan remunerar adecuadamente la función que efectivamente se realiza y para lo cual se presentará el universo de trabajadores objeto de la recodificación, respetando inamovilidad, función, adscripción y Centro de Trabajo, se constituirá una Comisión Específica Mixta -Secretaría de Salud y Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud- para la adecuación prioritaria del universo total y su resolutive en los casos procedentes, en tres etapas: la primera, tendrá vigencia a partir del primero de septiembre de 1996 y en un plazo no mayor de 60 días, se determinará la solución de un tercio de los casos procedentes del gran total; para 1997 se programará un segundo tercio y el restante se realizará en 1998.

**VIGESIMA QUINTA.** Como la descentralización de los servicios de salud no modifica la estructura actual de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado, el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud ratifica su permanencia como miembro activo de la FSTSE.

## **CAPITULO VI**

### **TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS FINANCIEROS**

**VIGESIMA SEXTA.** El Gobierno Federal, por conducto de la SSA, transferirá recursos financieros al Gobierno del Estado, en los diferentes capítulos de gasto, para que éste se encuentre en condiciones de encargarse de la operación de todas las unidades médicas y administrativas que recibe, así como de cumplir con las obligaciones asumidas en el presente Acuerdo, tendientes a elevar la calidad y cobertura de los servicios de salud a su cargo.

Las transferencias quedan condicionadas al techo autorizado en el Presupuesto de Egresos de la Federación, aprobado para cada ejercicio, y se realizarán de acuerdo con las fechas y calendarios que para tal efecto establezca la Federación.

Por su parte, el Gobierno del Estado propondrá en el proyecto del presupuesto de egresos de cada ejercicio, los recursos financieros que destinará para el correcto funcionamiento del organismo descentralizado y de los programas de salud que este último llevará a efecto.

Las transferencias de recursos que realice el Gobierno Federal se efectuarán a través de un ramo especial, etiquetadas y calendarizadas al organismo descentralizado por conducto de la Secretaría de Finanzas Estatal o su equivalente. Estos recursos pasarán a formar parte del presupuesto y la cuenta pública estatal.

Las entidades federativas mantendrán su participación actual en el financiamiento de los servicios de salud y lo incrementarán en la medida de sus posibilidades.

**VIGESIMA SEPTIMA.** La SSA, transferirá los recursos asignados al pago de servicios personales de los trabajadores federales, que pasarán a ser estatales en virtud del presente Acuerdo. El Gobierno del Estado continuará aportando al organismo descentralizado los recursos que a la fecha destina para el pago de salarios, beneficios y prestaciones de los trabajadores estatales que se incorporen a dicho organismo.

El Gobierno Federal homologará los salarios de los trabajadores estatales de la salud que se integren al organismo descentralizado con los federales cubriendo las diferencias existentes a partir del momento en el que se constituya dicho organismo y de acuerdo con los tabuladores vigentes. Para ello se otorgará una ampliación líquida que cubrirá el 100% del costo de la homologación.

El costo de los incrementos salariales subsecuentes correrán a cargo de la Federación en el caso de los trabajadores de origen federal y de la diferencia que pudiera surgir cuando los incrementos a los tabuladores centrales rebasen a los estatales. Este compromiso se mantendrá hasta que las plazas estatales homologadas queden vacantes por jubilación.

Con el propósito de no romper con la homologación en un futuro, el Gobierno Federal seguirá financiando totalmente aquellas plazas que apruebe la Secretaría de Salud, en tanto que las que sean generadas por el Gobierno Estatal será responsabilidad exclusiva de éste, respetando siempre los tabuladores vigentes. El régimen de seguridad social será federal o estatal según el origen de las propias plazas.

La SSA registrará las plantillas integradas por el personal tanto de origen federal como estatal. Los tabuladores que rijan las percepciones de todos los trabajadores incorporados al organismo descentralizado deberán ser los vigentes y autorizados por la SSA. Las prestaciones y condiciones generales de trabajo que ofrezca el organismo para la constitución de su plantilla deberán ser las mismas que actualmente se aplican a los trabajadores de la SSA.

**VIGESIMA OCTAVA.** La SSA se obliga a transferir al Gobierno del Estado los recursos consignados en el rubro de materiales y suministros del Presupuesto de Egresos de la Federación, incluyendo los correspondientes al ejercicio de 1996. El Gobierno del Estado podrá participar en el sistema de compra consolidada con base en los lineamientos que defina la SSA.

**VIGESIMA NOVENA.** La SSA transferirá al Gobierno del Estado los recursos relativos a los servicios generales, a excepción de los presupuestados para cubrir los gastos de difusión e información, así como los recursos asignados para pagar las primas de seguros que cubren los riesgos sobre bienes muebles e inmuebles incluyendo los correspondientes al ejercicio presupuestal 1996.

**TRIGESIMA.** La SSA transferirá de manera parcial al Gobierno del Estado, los recursos presupuestados en el ejercicio de 1996 para equipamiento, y transferirá la totalidad de los mismos en los ejercicios siguientes.

En materia de obra pública la SSA sólo celebrará contratos previo acuerdo con el Gobierno del Estado.

El Gobierno del Estado ejercerá el presupuesto relativo a bienes muebles e inmuebles y obra pública de conformidad con la legislación que resulte aplicable y con el Plan Estatal Maestro de Infraestructura en Salud para Población Abierta, según las prioridades en la materia y los inventarios funcionales.



**TRIGESIMA PRIMERA.** El Gobierno del Estado reportará los avances en el ejercicio del presupuesto de conformidad con la normatividad que establezca la SSA y demás disposiciones legales aplicables.

**TRIGESIMA SEGUNDA.** La SSA conservará la facultad de distribuir el presupuesto federal en materia de salud entre los estados y mediante una fórmula que se dará a conocer oportunamente en el seno del Consejo Nacional de Salud que permitirá al Gobierno del Estado recibir recursos en forma equitativa, considerando las necesidades que en materia de salud debe atender la autoridad local, las condiciones económicas y financieras de la entidad para hacer frente a dichas necesidades, los resultados de las evaluaciones que realice la SSA y la aportación de recursos del Estado en materia de salud.

**TRIGESIMA TERCERA.** El Gobierno del Estado aplicará los recursos financieros que reciba con base en el presente convenio, exclusivamente a acciones de salud.

**TRIGESIMA CUARTA.** El Gobierno del Estado reforzará sus procesos de planeación, programación, presupuestación, evaluación y seguimiento, sin menoscabo de la responsabilidad federal en esos rubros, para obtener datos precisos del desarrollo del Sistema Estatal de Salud.

Asimismo, el organismo descentralizado proporcionará toda la información adicional, facilidades y colaboración que solicite la SSA para la realización de la tarea de información, evaluación y seguimiento a nivel nacional.

**TRIGESIMA QUINTA.** La Secretaría de Salud en coordinación con las instancias competentes y de conformidad con la normatividad aplicable determinará un procedimiento que facilite al Gobierno del Estado reasignar con flexibilidad el gasto presupuestado entre programas y capítulos.

**TRIGESIMA SEXTA.** La SSA financiará temporalmente la Unidad de Apoyo para la Descentralización a que se refiere la cláusula cuadragésima sexta.

**TRIGESIMA SEPTIMA.** La SSA, por conducto de la Contraloría Interna, supervisará y revisará que la transferencia de los recursos financieros a la entidad, se realicen de conformidad con la normatividad aplicable.

## **CAPITULO VII**

### **CUOTAS DE RECUPERACION**

**TRIGESIMA OCTAVA.** Las partes acuerdan que el Estado creará la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública Estatal, adscrita al organismo descentralizado, con atribuciones para normar y operar el Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación, así como para vigilar su cumplimiento.

**TRIGESIMA NOVENA.** El Gobierno del Estado, en su carácter de coordinador del Sistema Estatal de Salud, por conducto del organismo descentralizado, y de conformidad con los lineamientos que establezca la SSA podrá exentar a los usuarios del pago de cuotas de recuperación por los servicios de atención médica, en los casos que a continuación se mencionan:

**I.** Los servicios correspondientes al primer nivel de atención en localidades del medio rural dispersos;

**II.** Los servicios correspondientes al primer nivel de atención en localidades del medio urbano, cuando se determine que el usuario carece de recursos conforme al estudio socioeconómico que al efecto se practique;

**III.** Los servicios correspondientes al segundo y tercer nivel de atención cuando por estudio socioeconómico se determine que el paciente carece de recursos económicos para cubrir las cuotas, y

**IV.** Los servicios a población abierta contemplados en los programas considerados prioritarios por la SSA.

## **CAPITULO VIII**

### **DISPOSICIONES FINALES**

**CUADRAGESIMA.** El órgano administrativo desconcentrado por territorio de la SSA, denominado Servicios Coordinados de Salud Pública, a que se refieren los artículos 42, 43 y 44 del Reglamento Interior de la SSA, se extinguirá al constituirse el organismo descentralizado a que se refiere la cláusula tercera de este Acuerdo.

**CUADRAGESIMA PRIMERA.** La SECODAM tendrá bajo su cargo el sistema de control y evaluación gubernamental; vigilará el ejercicio del gasto público federal y su congruencia con el presupuesto de egresos; inspeccionará y vigilará la conservación, uso, destino, afectación, enajenación y baja de bienes muebles e inmuebles y regulará el destino o afectación de los bienes inmuebles de la Administración Pública Federal en el proceso de descentralización y expedirá las normas y procedimientos para la formulación de inventarios y para la realización y actualización de los avalúos sobre dichos bienes que realice la propia SECODAM, o bien terceros debidamente autorizados para ello.

**CUADRAGESIMA SEGUNDA.** Con objeto de mostrar los avances en la ejecución de este Acuerdo y adoptar las medidas adecuadas para prevenir desviaciones, las partes convienen en instrumentar sus sistemas de seguimiento, control y evaluación permanente.

El órgano estatal de control se encargará de vigilar la recepción de los recursos que se aporten al organismo descentralizado, su debida aplicación, así como la fiscalización y evaluación correspondiente, misma que hará del conocimiento de los congresos estatales.

La SECODAM prestará toda la asistencia y el apoyo que se le solicite, a efecto de que el órgano estatal de control realice esta función de la mejor manera posible.

**CUADRAGESIMA TERCERA.** Los acuerdos y convenios celebrados por el Gobierno del Estado y el Ejecutivo Federal con anterioridad a la firma de este instrumento, continuarán en vigor en todo lo que no se le opongan.

**CUADRAGESIMA CUARTA.** El presente Acuerdo podrá adicionarse o modificarse por las partes, de común acuerdo.

**CUADRAGESIMA QUINTA.** El Consejo Nacional de Salud será la principal instancia de coordinación entre los gobiernos de las entidades federativas y la SSA para llevar a cabo el proceso de descentralización.

**CUADRAGESIMA SEXTA.** En el proceso de descentralización de las atribuciones, decisiones, responsabilidades y transferencia de recursos humanos, materiales y financieros al Gobierno del Estado, así como en la resolución de los problemas operativos que se presenten, la SSA establecerá con carácter temporal una Unidad de Apoyo para la Descentralización en la entidad. Esta Unidad estará conformada por el personal propuesto por el Gobierno del Estado que cumpla con un mínimo de requisitos en materia de conocimientos administrativos.

**CUADRAGESIMA SEPTIMA.** El presente Acuerdo surtirá sus efectos a partir del día siguiente al de su firma y se publicará en el **Diario Oficial de la Federación** y en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Baja California.

Enteradas las partes del contenido y alcances del presente Acuerdo, para su observancia y cumplimiento, se firma en la Ciudad de México, el día veinte del mes de agosto de mil novecientos noventa y seis.- El Secretario de Salud, **Juan Ramón de la Fuente Ramírez.**- Rúbrica.- El Secretario de Hacienda y Crédito Público, **Guillermo Ortiz Martínez.**- Rúbrica.- El Secretario de Contraloría y Desarrollo Administrativo, **Arsenio Farell Cubillas.**- Rúbrica.- El Gobernador Constitucional del Estado, **Héctor Terán Terán.**- Rúbrica.- El Secretario General de Gobierno, **Rodolfo Valdez Gutiérrez.**- Rúbrica.- Por la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado: el Secretario General, **Héctor Valdés Romo.**- Rúbrica.- Por el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud: el Secretario General, **Joel Ayala Almeida.**- Rúbrica. **Marco A. de Stefano S.,** Director General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud, con la facultad que me confiere el artículo 11 fracción XXV del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado en el **Diario Oficial de la Federación** el 6 de agosto de 1997,

#### **CERTIFICO**

Que las presentes copias fotostáticas son fiel reproducción de sus originales que tuve a la vista y con los cuales cotejé. Se extiende en 22 fojas útiles.- México, Distrito Federal, a tres de agosto de mil novecientos noventa y nueve.- Conste.- Rúbrica.

Fecha de Publicación: 30 de agosto de 1999.