

Buscando desesperadamente la descentralización: las políticas de salud mexicanas en dos épocas de reforma (los años 20 y 30 y la década de los 80)

ANNE-EMANUELLE BIRN (*)

BIBLID [0211-9536 (2005) 25; 279-311]

Fecha de recepción: 10 de junio de 2004

Fecha de aceptación: 14 de agosto de 2004

SUMARIO

1.—Introducción. 2.—Nota técnica sobre el uso del término «descentralización». 3.—Los revolucionarios años veinte. 4.—Las Unidades Cooperativas de Salud y la época cardenista. 5.—La década de los 80: la crisis económica y la descentralización. 6.—Lecciones de la historia: ¿Hay alguna?

RESUMEN

Este trabajo compara las reformas de salud en México durante las décadas de los 1920 y 1930, con las políticas que se iniciaron en ese país hacia mediados de la década de los 1980. Las primeras fueron apoyadas por la Fundación Rockefeller que favoreció la formación de unidades cooperativas locales de salud. En los ochenta el gobierno Mexicano y agencias financieras internacionales, como el Banco Interamericano de Desarrollo, promovieron reformas con el fin de reducir el gasto público en salud (como parte de las políticas de «ajuste estructural»). Una de las hipótesis

(*) Associate Profesor. Canada Research Chair in International Health. Department of Public Health Sciences. University of Toronto. Canadá. Email: ae.birn@utoronto.ca
Agradezco a Jonathan Fox y Marcos Cueto sus sugerencias en la realización de este trabajo. La investigación de este proyecto se inició con apoyo del Rockefeller Archive Center y del Banco Interamericano de Desarrollo. Las opiniones aquí expresadas no reflejan las del BID.

de este trabajo es que al final, las reformas de salud no pudieron superar los obstáculos políticos de la centralización del poder fiscal y de la tradición de inequidad en la distribución de recursos. Sin embargo, uno de los resultados no esperados de la descentralización fue el incremento de la capacidad local de demandar una mayor redistribución de servicios sociales.

Palabras clave: reforma de salud, descentralización sanitaria, Fundación Rockefeller, Lázaro Cárdenas, Miguel de la Madrid, México, siglo XX.

Keywords: health reform, sanitary decentralization, Rockefeller Foundation, Lázaro Cárdenas, Miguel de la Madrid, Mexico, 20th century.

1. INTRODUCCIÓN

Uno de los temas más discutidos en el ámbito de las políticas públicas en los últimos años es la descentralización de los sectores sociales, en particular el de la salud. Los análisis de la descentralización se han concentrado en la definición y el proceso de su implementación en diversos contextos alrededor del mundo, en el rol de las agencias internacionales en la consultoría y el apoyo a la descentralización, en la mejora de los aspectos técnicos de la descentralización, y en los efectos —y dificultades para conseguirlos— que comúnmente se atribuyen a la misma incluyendo la equidad, eficiencia y participación dinámica de la sociedad civil (1). Este artículo quiere brindar un nuevo ingrediente al debate: una perspectiva histórica sobre la descentralización de salud en dos períodos distintos de la historia de México —las décadas posrevolucionarias y los años ochenta.

(1) La literatura en descentralización y salud es extensa. Aquí algunos ejemplos de las distintas dimensiones del problema: RONDINELLI, Dennis A.; MCCULLOUGH, J.S.; JOHNSON, R.W. Analyzing decentralization policies in developing countries: a political economy framework. *Development and Change*, 1989, 2, 57-87; MILLS, A Decentralization and accountability in the health sector from an international perspective: what are the choices? *Public Administration and Development*, 1994, 14, 281-292. GILSON, L.; KALIMA, P.; TANNER, M. Local government decentralization and the health sector in Tanzania. *Public administration and development*, 1994, 14, 451-477; ARAUJO, J.L. Attempts to decentralize in recent Brazilian health policy: issues and problems, 1988-1994. *International Journal of Health Services* 1997, 27, 109-124; FOX, Jonathan; ARANDA, Josefina. *Decentralization and rural development in Mexico*, La Jolla, University of California, San Diego, Center for U.S.-Mexican Studies, 1996.

Como muchos de los intentos actuales, estas dos reformas descentralizadoras fracasaron —o al menos quedaron desesperadamente estancadas— en gran parte debido a los límites que fueron impuestos por el propio estado mexicano. En las décadas de los años veinte y treinta el Departamento de Salubridad Pública del gobierno mexicano coincidió con la Fundación Rockefeller (FR) en auspiciar una serie de unidades cooperativas descentralizadas de salud. A pesar de que ambas entidades presionaron a los gobiernos locales y estatales para asumir la responsabilidad permanente de estas unidades, sólo el gobierno federal pudo sostener su contraparte financiera a largo plazo.

A mediados de la década de 1980, los políticos mexicanos volvieron al concepto de la descentralización como un medio para incrementar la eficiencia y la equidad, para responder mejor a las necesidades de la población, y sobretodo para reducir los gastos. En ese momento los bancos internacionales de desarrollo estimularon indirectamente la descentralización mexicana. Entre 1984 y 1989, en 14 de los 31 estados mexicanos, la responsabilidad por la población no asegurada fue transferida del nivel federal al estatal, pero al final esta descentralización tocó a una parte menor del presupuesto y para fines de la década la reforma fue revertida.

Aún considerando los grandes cambios institucionales que ocurrieron en el transcurso del siglo XX, la reforma de las décadas de 1920 y 1930 ofrece una serie de preguntas-clave para acercarse a la descentralización de 1980. En los años veinte, al terminar la revolución, el estado mexicano sufría cierta inestabilidad mientras empezó la larga y difícil tarea de reconstrucción. La posibilidad de que uno o más estados tomaran a su cargo la responsabilidad para la salud fue interrumpida por la renuencia del gobierno federal que no quiso diluir su autoridad durante una época de continua amenaza de rebelión. En la siguiente década, movimientos por el desarrollo de unidades cooperativas de salud empezaron a ligarse a los programas de fortalecimiento del estado nacional, pero los recursos limitados de los años de la depresión frenaron la dispersión del presupuesto y la administración descentralizada de estas unidades.

Factores políticos y económicos —mucho más que el modelo técnico— ayudaron también a perfilar la descentralización cinco décadas

después. Para 1980 la «democracia» basada en el poder de un solo partido, el PRI (Partido Revolucionario Institucional), parecía estable. Sin embargo, dos tipos de demandas sociales aparecieron que afectaron el sector salud: las demandas de mayor democracia y la necesidad, articulada por varios actores, de mejoras estructurales en la provisión de los servicios. Pero fue también la época de la crisis de la deuda externa, que conllevó que las agencias financieras internacionales demandaran cortes drásticos en el gasto social que se pensaba poder realizar a través de la descentralización. Paradójicamente esta crisis en última instancia liquidó la descentralización.

El papel de la influencia extranjera en las políticas de la descentralización surgió de forma muy clara en los años de 1920 y 1930. La FR buscó abiertamente, sin poder imponerse, influir en el paradigma de la salud pública mexicana. Esto formó parte de lo que se denominaría un «imperialismo de políticas» en donde los líderes y representantes de la FR estaban convencidos del valor del sistema de gobierno, desarrollo científico y política social de los Estados Unidos como modelo para otros países. La historia conflictiva entre México y los EEUU hizo que aún los esfuerzos filantrópicos fuesen considerados sospechosos, pero los salubristas gubernamentales y el cuerpo médico mexicano coincidieron con la FR en que las mejoras de salud pública formaban parte esencial de la modernización nacional y facilitaron su participación en México.

El rol de la influencia internacional fue menos directo en la década de 1980. Un proyecto de descentralización del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), implementado en un solo estado, nunca llegó a ser institucionalizado y fue olvidado rápidamente. En 1991 el Banco Mundial apareció en México con un proyecto contra la pobreza que incluía mejor acceso a los servicios básicos de salud y que también obtuvo resultados ambiguos(2). Por otra parte, la crisis de la deuda de los años ochenta hizo que las tendencias internacionales tuvieron un peso significativo en el diseño de las políticas.

(2) GÓMEZ-DANTES, OCTAVIO. Health reform and policies for the poor in Mexico. In: P. Lloyd-Sherlock (ed.), *Health reform and poverty in Latin America*, Londres, Institute of Latin American Studies-University of London, 2000, pp. 128-142.

En síntesis, la reaparición de lo que fueron en última instancia dos políticas fallidas en dos momentos muy diferentes nos permitirá no inquietarnos sobre la repetición en la historia, pero en cambio, ampliar el marco explicativo para las políticas actuales.

2. *NOTA TÉCNICA SOBRE EL USO DEL TÉRMINO «DESCENTRALIZACIÓN»*

El término descentralización es muchas veces empleado con poca precisión. En la explicación más común tiene significados que se sobreponen(3), incluyendo el federalismo fiscal, un incremento de los mecanismos de rendición de cuentas, una democratización a los niveles subnacionales, la privatización, o la transferencia de responsabilidades administrativas a entidades locales(4). Este trabajo reconoce el uso de diversos significados de la descentralización, pero no se propone clarificarlos, ni dar una nueva definición. Aquí la descentralización será entendida fluidamente como un incremento de la responsabilidad y la autoridad en la provisión de servicios de salud a niveles subnacionales. Para el México de los años veinte y treinta, el término «cooperación» estatal y local será usado indistintamente, así como el término más anacrónico «descentralización».

3. *LOS REVOLUCIONARIOS AÑOS VEINTE*

La Constitución Mexicana de 1917 estableció los principios básicos de una renovada responsabilidad del gobierno central con respecto

(3) RONDINELLI, Dennis A. Government decentralization in comparative perspective: theory and practice in developing countries. *International Review of Administrative Studies*, 1981, 47, 133-145.

(4) WILLIS, Eliza; GARMAN, Christopher da C.B.; HAGGARD, Stephan. The politics of decentralization in Latin America. *Latin American Research Review*, 1999, 34 (1), 7-56; BOSSERT, Thomas. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Social Science and Medicine*, 1998, 47 (10), 1513-1527; GERSHBERG, Alec. Decentralization, recentralisation and performance accountability: building an operationally useful framework for analysis. *Development Policy Review*, 1998, 16, 405-431.

a la salud pública. Para cumplirlos se creó un nuevo Departamento de Salubridad Pública (DSP) que tuvo funciones federales de alcance nacional (5). Asimismo, es necesario enfatizar la situación que precedió al DSP: una preocupación con respecto a la usurpación de la soberanía local y estatal por parte de la institución que antecedió al DSP: el Consejo Superior de Salubridad, fundado en 1841 (6). La debilidad de este organismo produjo que en la práctica los servicios de salud fueran provistos por un conjunto desarticulado de practicantes privados, instituciones católicas de caridad y dispensarios locales, que no siempre tenían como su prioridad la salud pública (7). Por otra parte, debido a su falta de relación con el poder central, no se podría considerar estos servicios locales y dispersos como descentralizados *per se*.

A pesar de la federalización de la salud diseñada por la nueva constitución, su realización fue paulatina. Los pasos iniciales fueron liderados por el Dr. José María Rodríguez, primer director del DSP y principal promotor de la responsabilidad del estado en la salud pública, quien organizó desde 1917 una serie de brigadas móviles de salud para responder a brotes de viruela y malaria en los puertos del país (8). Hacia el inicio de la década de 1920, las brigadas ru-

(5) La creación del DSP y un Consejo de Salud con representación estatal aparecieron en el Artículo 73 de la Constitución. Véase el artículo de Ernesto Aréchiga en este mismo número de *Dynamis*.

(6) El Consejo organizó esfuerzos para combatir las enfermedades transmisibles, por ejemplo, cuando el destacado presidente del Consejo, Dr. Eduardo Liceaga, movilizó recursos en contra de una epidemia de fiebre amarilla en Veracruz en 1903-1904, tuvo que esperar la invitación de las autoridades locales para actuar. CARRILLO, Ana María. Surgimiento y desarrollo de la participación federal en los servicios de salud. In: G. Fajardo; A.M. Carrillo; R. Neri Vela (eds.), *Perspectiva histórica de la atención a la salud*, México, OPS-UNAM-SMHyFM, 2002, pp. 17-64; BUSTAMANTE, Miguel E. El Doctor Liceaga, Higienista. *Gaceta Médica de México*, 1940, 70, 79-91.

(7) RODRÍGUEZ DE ROMO, Ana Cecilia; RODRÍGUEZ PÉREZ, Martha Eugenia. Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 1998, 5 (2), 293-310.

(8) BUSTAMANTE, Miguel E. Hechos Sobresalientes en la Historia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. 19 Abril 1983. RG Dr. Miguel E. Bustamante Véase. Archivos de la Fundación Cívico Cultural Bustamante Vasconcelos, (FCCBV) Oaxaca, México.

rales se ampliaron a proveer vacunas, brindar tratamiento para los parasitosis y realizar exámenes médicos generales para la población rural(9). La infraestructura limitada, el escaso personal, la destrucción y desinversión en servicios de salud locales durante la guerra, y la competencia por recursos entre las autoridades federales y locales limitaron la permanencia de estos servicios.

En estos años, la FR intentó entrar al campo de la salud pública en México. La Fundación fue establecida en 1913 siguiendo la trayectoria de una gigantesca campaña contra la uncinariasis (también conocida como anquilostomiasis) en el sur de los EEUU (10): con la creación de la Junta de Salud Internacional (JSI) en 1913 (hasta 1916 se llamaba la Comisión de Salud Internacional), sus actividades fueron extendidas a casi todas las regiones del mundo(11). La FR buscaba proteger el comercio internacional, mejorar la productividad de los trabajadores agrícolas, demostrar el valor de la salud pública moderna para las poblaciones rurales, y estabilizar estados tambaleantes, como

-
- (9) ALVAREZ AMÉZQUITA, José *et al.* Servicios médicos rurales cooperativos en la historia de la Salubridad y de la Asistencia en México. *In:* Héctor Hernández Llamas (ed.), *La atención médica en el medio rural mexicano, 1930-1980*, México, D.F., Instituto Mexicano del Seguro Social, 1984, pp. 93-107.
- (10) ETTLING, John. *The germ of Laziness: Rockefeller philanthropy and public health in the New South*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1981.
- (11) FARLEY, John. «To cast out disease»: *A history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*, Oxford, Oxford University Press, 2004. Sobre la JSI en América Latina, véase CUETO, Marcos (ed.). *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation and Latin America*, Bloomington, Indiana University Press, 1994; ABEL, Christopher. External philanthropy and domestic change in Colombian health care: the role of the Rockefeller Foundation, ca. 1920-1950. *Hispanic American Historical Review*, 1995, 75 (3), 339-376; RAMÍREZ DE ARELLANO, Annette B. The politics of public health in Puerto Rico: 1926-1940. *Revista de Salud Pública de Puerto Rico*, 1981, 3, 35-58; FRANCO-AGUDELO, Saúl. The Rockefeller Foundation's antimalarial program in Latin America: Donating or dominating? *International Journal of Health Services*, 1983, 13, 51-67; DE CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio. *Power, ideology, and public health in Brazil, 1889-1930*. Harvard University (Ph.D. dissertation), 1987; BIRN, Anne-Emanuelle. A revolution in rural health?: the struggle over local health units in Mexico, 1928-1940. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 1998, 53 (1), 43-76.

el mexicano. México representaba un caso especial —debido a su proximidad con los EEUU, la interdependencia social y económica de sus poblaciones y la tumultuosa historia entre ambos— de tal manera que el involucramiento de la FR en la elaboración de políticas de salud en México fue más largo e intrincado que en muchos otros países. Una consecuencia secundaria de esta relación fue que la FR sirvió como un coreógrafo del baile mexicano con la descentralización en los 1920 y 1930.

La entrada de la FR en México sucedió en 1920, cuando el presidente Álvaro Obregón (1920-1924) invitó a la JSI a desarrollar una campaña contra la fiebre amarilla, bajo el supuesto de que ello ayudaría a reconstruir la golpeada infraestructura del país. Fue un esfuerzo solventado y controlado casi completamente por la FR (12), que en una campaña de menos de cuatro años eliminó la fiebre amarilla como una amenaza al comercio extranjero. Asimismo, sirvió para cortejar a la población del importante puerto de Veracruz —también un centro de continua actividad rebelde— y para mejorar las relaciones diplomáticas entre los EEUU y México (13).

Una vez cumplidos estos objetivos, la Fundación buscó unirse directamente al gobierno mexicano para la organización y administración de la salud pública. En 1923 se lanzó una campaña contra la uncinariasis que requería un cofinanciamiento sustantivo del gobierno mexicano, quizás el primer caso de este tipo de relación del gobierno mexicano con una agencia internacional. Con este complejo arreglo —en el cual la contribución del DSP se inició con un 20% del presupuesto y aumentó en un 20% cada año hasta asumir responsabilidad financiera completa en el quinto año de la campaña— el DSP demostró que el gobierno federal estaba listo para expandir su radio de trabajo.

(12) FERRELL, John A. Report on Visit to Mexico, March 14-April 13, 1941, Statement Corrected September 28, 1942. RG 2-Stacks, Box 561, Folder 3814, Rockefeller Archive Center (en adelante RAC, RF), Rockefeller Foundation Archives.

(13) SOLÓRZANO, Armando. *Fiebre dorada o fiebre amarilla? La Fundación Rockefeller en México (1911-1924)*, Guadalajara, University of Guadalajara Press, 1997.

Durante cinco años, las brigadas conjuntas de la FR y el DSP recorrieron docenas de pueblos en los estados de Veracruz, Oaxaca, y Chiapas, administrando más de 400.000 tratamientos, construyendo unas 15.000 letrinas y dando miles de charlas sobre prevención y tratamiento de la uncinariasis. Es importante resaltar que el gusano de la uncinariasis provocaba una dolencia cuyos efectos se podrían observar fácilmente bajo el microscopio, cedía a un tratamiento sostenido con dosis orales de chenopodium, y que podía prevenirse con la construcción de letrinas y el uso de zapatos. Aunque la uncinariasis estaba lejos de ser una causa principal de muerte o morbilidad en el país, la campaña de la JSI estaba idealmente adecuada a los objetivos de llevar servicios de salud eficientes a la población rural y para demostrar la disposición gubernamental a favor de una medicina y salud pública moderna(14).

Wickliffe Rose, el primer y muy influyente director de la JSI, propuso una serie de pasos para que el control de la uncinariasis sirviese simultáneamente para modernizar y federalizar un sistema nacional de salud pública. Al concentrar sus esfuerzos en una región estratégica, se esperaba que otros estados imitasen a sus vecinos, como había ocurrido en algunas partes de los EEUU. En México, la noción de ejemplos para desatar un proceso de competencia falló, así como había fallado en el sur de los EEUU. Rose también creía en la posibilidad que la cooperación federal y estatal se manifestase en una administración autónoma e imparcial. Para lograr equilibrar el poder del gobierno federal, Rose favoreció la participación de instituciones y agentes locales en las campañas de la FR, brindando apoyo financiero (esperando contar con una contraparte local) y ayuda en las tareas locales de supervisión. Sin embargo, como los funcionarios de la FR descubrieron pronto, la mayoría de los gobiernos estatales y locales en México no tenían ni la capacidad administrativa ni la capacidad de recolectar fondos para este tipo de participación.

El gobierno federal de México, por su parte, estaba dispuesto a extraer al máximo los beneficios de la campaña. A pesar de que

(14) BIRN, Anne-Emanuelle; SOLÓRZANO, Armando. Public health policy paradoxes: Science and politics in the Rockefeller Foundation's Hookworm campaign in Mexico in the 1920s. *Social Science and Medicine*, 1999, 49 (9), 1197-1213.

epidemiológicamente tenía una importancia marginal, la campaña contra la uncinariasis sirvió como demostración de la capacidad gubernamental de brindar servicios a las áreas rurales. En 1925 los funcionarios de la JSI afirmaron con optimismo que la lucha contra la uncinariasis había permitido establecer una nueva relación entre el peón, el estado y el gobierno federal, convenciendo así a la población «que el gobierno tiene un real interés en su bienestar, salud y prosperidad» (15). Asimismo, los norteamericanos recalcaron que los esfuerzos para extender la participación del gobierno mexicano en la salud pública apenas estaban empezando.

El primer esfuerzo concertado de la FR para tratar la descentralización de sus programas en México fue propuesto por su representante en dicho país, Henry Carr, un joven graduado de la Escuela de Medicina de Harvard, criado en un medio rural del estado sureño de Georgia. En septiembre de 1926, Carr notó que los esfuerzos de la JSI sólo serían útiles si eventualmente eran asumidos por los estados mexicanos. Carr sostenía que debido a que el sistema político de México consistía en tres niveles de gobierno tal como en los EEUU, el modelo descentralizado norteamericano de control de la uncinariasis podía ser implementado en México. Inicialmente Veracruz fue considerado el único estado capaz de lanzar una campaña por su cuenta, ya que tenía un departamento de salud, lograba la cooperación de la población con brigadas móviles, contaba con cuatro inspectores de salud y recibía el apoyo del gobernador. Veracruz también era el estado donde la FR había tenido su mayor experiencia. Si Veracruz asumía la campaña, Carr proponía, un director de brigada con 4 enfermeras y asistentes para administrar una clínica, bajo la responsabilidad de un oficial estatal y supervisado conjuntamente por la JSI y el DSP. El primer año de este plan de cuatro años, tal como lo concibió Carr, significaría un presupuesto de 24.730 pesos (unos 120.000 dólares americanos de 2003) y sería solventado en 50% por el estado de Veracruz, 20% por el DSP y 30% por la JSI. Cada año Veracruz aumentaría su contribución en un 10% y la FR disminuiría

(15) RUSSELL, Frederick a Andrew J. Warren, 31 Diciembre 1925. RAC, RF, RG 5. Series 1.2. Box 226. Folder 2876.

su participación de forma correspondiente (16). Frederick Russell, el sucesor de Rose como director de la JSI, consideró que los planes de Carr eran razonables siempre y cuando el estado de Veracruz hiciera una contribución considerable y el gobierno federal mantuviese su aliento y financiamiento para que el proyecto no desapareciera cuando la JSI se retirara (17).

El estado de Veracruz estaba dispuesto a colaborar en estos planes y tenía las divisas necesarias —a través de la recaudación de tarifas y de impuestos a transacciones legales. Desde la llegada de la JSI, el oficial estatal de salud, Dr. Agustín Hernández Mejía, había reconocido las «graves consecuencias» de la uncinariasis y había ofrecido un apoyo entusiasta al trabajo de la campaña (18). El Gobernador de Veracruz, Heriberto Jara, visitó algunas brigadas y recomendó que las autoridades legislativas y municipales hiciesen de la campaña un trabajo permanente. Hernández Mejía prometió incluso que si el gobernador no le daba el apoyo necesario a la unidad de Veracruz, él obtendría el dinero que faltaba (19).

En marzo de 1927, sin embargo, el secretario general del DSP, Dr. Medellín Ostos, dió una recomendación en contra de la iniciativa descentralizadora porque dudaba que el estado de Veracruz pudiese cumplir con los compromisos presupuestarios. Carr valientemente defendió el plan, prometiendo que Veracruz haría un esfuerzo especial, pero Medellín Ostos señaló que era demasiado arriesgado (20). A pesar que Russell manifestó su decepción, en realidad no hizo mucho más para sacarlo adelante. En última instancia Russell pensaba que «si nuestra propuesta es correcta, como creo que la es, con el tiempo

(16) CARR, Henry P. a Russell, 3 Septiembre 1926 y 4 Noviembre 1926. RAC, RF, RG 5. Series 1.2. Box 257. File 3275.

(17) RUSSELL a Carr, 6 Octubre 1926. RAC, RF, RG 5. Series 1.2. Box 257. File 3275.

(18) WARREN. Narrative Report of the Hookworm Work in México for the Year 1925. RAC, RF, RG 5. Series 3. Box 144.

(19) CARR a Russell, 14 Diciembre 1926. RAC, RF, RG 5. Series 1.2. Box 257. File 3275.

(20) CARR a Russell, 3 Marzo 1927. RAC, RF, RG 5. Series 1.2. Box 296. File 3753.

ellos la aceptarán y nosotros debemos tener paciencia hasta que el momento este maduro para poder implementar este plan» (21).

Carr y Russell, centrados en el diseño técnico de la descentralización, probablemente no estaban atentos al escenario político de disputas de poder entre los estados y el gobierno federal, ni de la relación conflictiva entre Veracruz y la ciudad de México. La resistencia de Veracruz se derivaba de su ubicación estratégica como el principal y más rico puerto mexicano y el centro de la industria petrolera, así como porque era la guarida de líderes de la oposición política y de movimientos organizados rebeldes. Al final no fue la incapacidad económica sino el reto político que significó Veracruz para el gobierno federal lo que frenó la descentralización. Además, el esfuerzo abortado de descentralizar la campaña de uncinarios en Veracruz llegó en la víspera de una mayor centralización del poder político en México. En 1929 se formó el Partido Nacional Revolucionario, (que más tarde se transformaría en el PRI), y en la década de los treinta se consolidaría el proceso de centralización política (22).

4. *LAS UNIDADES COOPERATIVAS DE SALUD Y LA EPOCA CÁRDENISTA*

La turbulencia política de la década de los veinte se manifestó en una serie de hechos como una rebelión fallida en contra del presidente Obregón en 1924, y bajo su sucesor Plutarco Elías Calles (1924-28), un embargo comercial norteamericano, así como repetidas amenazas de invasión debido a la disputa sobre la propiedad extranjera del

(21) RUSSELL a Carr, 15 Marzo 1927. RAC, RF, RG 5. Series 1.2. Box 296. File 3753.

(22) HERNÁNDEZ CHÁVEZ, Alicia. Federalismo y gobernabilidad en México. In: Marcello Carmagnani (ed.), *Federalismos Latinoamericanos: México/ Brasil/ Argentina*, México, D.F., El Colegio de México, 1993, p. 296; ZORAIDA VÁSQUEZ, Josefina. El federalismo Mexicano. In: Marcello Carmagnani (ed.), *Federalismos Latinoamericanos: México/ Brasil/ Argentina*, México, D.F., El Colegio de México, 1993, pp. 15-50; MEYER, Lorenzo. Un tema añejo siempre actual: el centro y las regiones en la historia Mexicana. In: Blanca Torres (ed.), *Descentralización y democracia en México*, México, D.F., El Colegio de México, 1986, pp. 23-32.

petróleo, el movimiento armado Cristero —que alió a granjeros y campesinos con la Iglesia Católica—, y el asesinato de Obregón en 1928, después de su reelección. En 1927, México y los EEUU acordaron en un pacto de caballeros en el que el gobierno estadounidense se comprometió a no invadir México y este último se comprometió a mantener el pluralismo económico, a respetar las inversiones privadas y foráneas, y a mantener la estabilidad política (23).

La década siguiente experimentó un nuevo período turbulento en el cual la respuesta gubernamental a las demandas obreras y campesinas formaron el hilo principal de la Presidencia de Lázaro Cárdenas (1934-1940) (24). El compromiso renovado con los objetivos sociales de la Constitución Mexicana junto con las metas industriales y económicas potencialmente abrirían un nuevo espacio hacia la descentralización.

La salud pública estaba en la intersección de este cruce de modernización y derechos ciudadanos, que a un mismo tiempo promovía avances tecnológicos, alentaba la creación de una fuerza de trabajo productiva y prometía un sistema social redistributivo. Ciertamente, la salud pública, junto con la educación rural, estaba en el centro de una complicada lucha cultural en la que se intentaba reconstruir el México feudal en una sociedad capitalista (25). En este cambiante escenario, la Fundación continuó su cooperación con la salud pública y buscó otra vez implementar el modelo norteamericano de responsabilidad local y estatal por los servicios de salud.

Paralelamente a que la Fundación se apercebiera que uno de los obstáculos para lograr la descentralización era la disputa de poder entre los niveles estatal y federal, el gobierno central recurrió a mecanismos legislativos para asegurar su autoridad. Siguiendo la llamada

(23) AGUAYO, Sergio. *Myths and mis perceptions: Changing U.S. elite visions of Mexico*, La Jolla, Center for U.S. Mexican Studies, University of California, San Diego, 1998.

(24) Para más detalles sobre la salud bajo la Presidencia de Cárdenas, ver el artículo de Ana María Carrillo en esta misma sección monográfica de *Dynamis*.

(25) VAUGHN, Mary Kay. *Cultural politics in revolution: Teachers, peasants, and school in Mexico, 1930-1940*, Tucson, University of Arizona Press, 1997.

de la Oficina Sanitaria Panamericana, en 1924, para estandarizar la legislación que regulaba el comercio y la salud (26), el gobierno mexicano emitió un nuevo código sanitario en 1926. Éste fue diseñado en parte para acabar con la contienda entre diferentes niveles de gobierno. Tomando sus líneas rectores de la Constitución de 1917, el nuevo código subordinaba por primera vez los organismos locales y estatales de salud a la autoridad federal. El código sanitario estipuló el control federal sobre la sanidad marítima y aérea, la migración, los medicamentos, el alcoholismo y la salud infantil. Los gobiernos estatales y federal debían supervisar conjuntamente algunas tareas como la prevención de enfermedades transmisibles, la regulación de la prostitución, la práctica médica y la higiene industrial. Los gobiernos estatales y municipales mantuvieron responsabilidad por el saneamiento, la higiene de bebidas y comestibles, y el transporte. Delegados sanitarios federales fueron nombrados en cada capital estatal, sumándose a los ya existentes delegados que laboraban en los puertos y ciudades de las fronteras más importantes. Algunas disputas regionales dispersas siguieron a la emisión del código debido a los objetivos sobrepuestos de las oficinas, pero la mayoría de los organismos de salud se adecuaron a las regulaciones federales (27).

En febrero de 1927 el jefe del DSP, Dr. Bernardo Gastélum, hizo una llamada a las autoridades estatales para que trabajaran con el gobierno federal con el fin de mejorar la salud a través de unidades municipales de salud. El DSP se comprometió a brindar asistencia técnica y entrenamiento, pero no otorgó dinero. Por lo tanto, la iniciativa no dio resultados: los municipios, con poca capacidad administrativa y falta de recursos, se negaron a participar (28).

(26) *TRANSACTIONS of the Seventh Pan American sanitary conference of the American Republics, held in Havana, Cuba, November 5th to 15th, 1924.* Washington, D.C., Pan American Sanitary Bureau, 1924.

(27) ALVAREZ AMÉZQUITA, José *et al.* *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México, Vol. II, Historia de la Salubridad Desde 1910 Hasta 1960*, México, D.F., Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960, pp. 275-285.

(28) VÁSQUEZ PÉREZ, Francisco citado en ALVAREZ AMÉZQUITA, nota 27, pp. 278-279.

Al mismo tiempo que estaba tratando de articular la descentralización en el programa de uncinariasis de Veracruz, el representante de la JSI empezó a darse cuenta de que a pesar de su éxito y popularidad, el enfoque reduccionista de la campaña y su carácter itinerante limitaba el desarrollo de la salud pública(29). Carr propuso que las brigadas de uncinariasis se convirtiesen en unidades de salud rural a tiempo completo, con un equipo permanente de médicos y enfermeras, un sistema de promoción basado en el mérito en lugar del clientelismo, salarios atractivos, y una fluida cooperación administrativa y financiera con el DSP, el estado y la municipalidad. Estos principios de organización sanitaria no eran únicos de la FR sino compartidos por salubristas en países tan diversos como la Unión Soviética y Sudáfrica, que estaban buscando aumentar su cobertura de servicios rurales de salud(30). El Plan Carr comprometía al DSP, los estados y las autoridades locales a contribuir en una proporción creciente a los presupuestos de las unidades. Como en la campaña previa, la FR estaba dispuesta a brindar sólo 10 por ciento del presupuesto; sin embargo el personal de la Fundación estaría a cargo del manejo de los fondos así como de la planificación y la supervisión, lo que resultaba en un considerable control en proporción a su pequeña contribución al presupuesto. Esta vez el DSP consideró la división de responsabilidades inaceptable y demoró su participación.

Así, mientras la JSI desarrollaba sus ideas, el DSP trabajaba en su propio plan para reemplazar las brigadas móviles con departamentos de salud permanentes(31). El principal artífice de este esfuerzo fue el Dr.

(29) CARR, Henry. «Lucha Contra la Uncinariasis del Departamento de Salubridad Pública para el Tercer Trimester de 1926». RAC, RF, RG 5. Series 3. Box 144.

(30) RAMER, Samuel C. Feldshers and rural health care in the early Soviet period. In: Susan Gross Solomon; John F. Hutchinson (eds.), *Health and society in revolutionary Russia*, Bloomington, Indiana University Press, 1990, pp. 121-145; MARKS, Shula. South Africa's early experiment in social medicine: its pioneers and politics. *American Journal of Public Health* 1997, 87 (3), 452-459.

(31) SILVA, Rafael. Memorando al Presidente, 2 Mayo 1930; Organización de Unidades Sanitarias. Minutas de una reunión de los Doctores Francisco Bulman, Miguel Bustamante, Juan Graham Casasús, Francisco Valenzuela, José Díaz Iturbide y Angel de la Garza Brito, 20 Enero 1931; VALENZUELA, Francisco. Memorandum, 5 Marzo 1931. Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad

Miguel Bustamante, una figura notable en la salud pública mexicana. Proveniente de una prominente familia de comerciantes de Oaxaca que vio sus fortunas decaer después de la revolución mexicana, Bustamante era el mayor de quince hermanos (32). Después de completar sus estudios de medicina en la ciudad de México recibió una beca de la FR para estudiar epidemiología en la universidad Johns Hopkins entre 1926 y 1928. Después de recibir su doctorado, Bustamante regresó a México y rápidamente ascendió dentro del DSP (33).

Tanto la División de Salud Internacional (la JSI se reorganizó en División —DSI— en 1927) como el DSP reclamaron la autoría del concepto de las unidades cooperativas de salud, lo que, en realidad, no era sorprendente dado que las dos propuestas estaban basadas en un modelo que ambos estudiaron en Johns Hopkins (34). Por otra parte, Bustamante tenía varias diferencias con Carr. Bustamante creía en una red financiada y administrada centralmente en vez de un sistema descentralizado. Además creía que las unidades deberían tener un amplio rango de actividades para que pudiesen lidiar con los problemas subyacentes de las altas tasas de mortalidad, incluyendo las condiciones sociales desventajosas (35). Los planes de la FR, sin embargo, siguieron estando fijados a aquellas dolencias que

y Asistencia, México City, D.F. (en adelante AHSSA), RG Salud pública. Sección Jurídica. Caja 13. Carpeta 1.

(32) Correspondencia personal con Juan I. Bustamante, 25 Septiembre 1992.

(33) Alcanzó a ser secretario-general de la OPS en Washington y subsecretario de Salud en México.

(34) FEE, Elizabeth. *Disease and Discovery: A History of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, 1916-1939*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1987.

(35) BUSTAMANTE, Miguel. Proyecto para la Organización Económica de las Unidades Sanitarias Cooperativas que se Establezcan en la República. Mayo 1930, DSP; SILVA, Rafael. Unidades Sanitarias Memorandum. 21 Diciembre 1931, DSP; Departamento de Salubridad Pública. Circular a los Delegados Sanitarios, 1931. RG Public Health. Juridical Section. Box 13. Folder 1. AHSSA; BUSTAMANTE, Miguel; MAZZOTTI, Luis. Programa mínimo de trabajo e instructivos para los médicos encargados de oficinas sanitarias en lugares pequeños, DSP, 1931, RG Dr. Miguel E. Bustamante V., FCCBV; BUSTAMANTE, Miguel. Higiene municipal. *Revista Médica Veracruzana* 1930, 11, 81.

pudiesen ser combatidas más económicamente y con resultados más dramáticos.

Aún antes de la resolución de estas diferencias, la DSI auspició la primera Unidad Cooperativa de Salud a fines de 1927 entre los pueblos veracruzanos de Minatitlán y Puerto México (ahora Coatzacoalcos), que juntos sumaban una población de 25.000 personas. Esta unidad compartida tenía un presupuesto anual de 17.000 pesos (aproximadamente 85.000 en dólares americanos de 2003) financiado en casi la mitad por los dos municipios, y un poco más de un cuarto por el estado de Veracruz y la DSI. Durante los primeros dos años se notó la ausencia de la DSP, atribuible a su desencanto con los términos de referencia del proyecto. Según la DSI, la contribución municipal era clave, debido a que ni el gobierno federal ni el estatal «hubiesen considerado posible» cubrir todos los gastos. Después de un año de operación, Carr informó que la DSI había promovido exitosamente un nuevo tipo de organización de salud en México. Según Carr, la unidad veracruzana había podido revertir el problema de la duplicación por parte de entidades nacionales, estatales y locales, y representaba una «completa y efectiva forma de cooperación económica y financiera» (36). Carr consideraba también un logro que el director recibiera directivas de una junta compuesta por representantes de la jefatura del DSP, funcionarios federales y el presidente municipal. A pesar del compromiso de Carr de combatir las enfermedades prevalentes más importantes, las actividades iniciales en la unidad de salud de Minatitlán y Puerto México enfatizaron el control de la uncinariasis, limitando así el espectro de servicios ofrecidos desde este nuevo modelo descentralizado.

En mayo de 1929, el DSP estableció una nueva unidad cooperativa de salud en la ciudad de Veracruz, de una manera casi independiente de los esfuerzos de la DSI. La unidad de Veracruz era mucho más amplia en su alcance y más autónoma que las de Minatitlán y Puerto México. Al servicio de una población de 70.000, la nueva unidad entrenaba a su propio personal y se dedicaba a un abanico de activi-

(36) CARR a Russell, 5 Diciembre 1927. RAC, RF, RG 5. Series 1.2. Box 296. Folder 3754.

dades incluyendo el desarrollo de materiales de propaganda para la higiene, el control de las enfermedades transmisibles, las estadísticas vitales, las inspecciones de negocios y la salud materno-infantil (37). Bustamante también inauguró una extensión del sistema de desagüe y la reparación de las tuberías rotas (38).

Estas actividades pretendían resolver buena parte de las causas de mortalidad en la ciudad, a diferencia de la unidad apoyada por la DSI. Sin embargo, Carr ignoró estos logros y criticó repetidamente los fundamentos financieros de la unidad de Veracruz. En 1930 el gobierno federal contribuyó con el 84 por ciento del presupuesto, la ciudad proporcionó el 12 por ciento y el estado y la FR contribuyeron cada uno con menos del 2 por ciento (39). Ello indicaba un respaldo por parte del gobierno federal que Carr creía excesivo.

Con el éxito de Bustamante en Veracruz, la DSI trató de establecer una presencia permanente en el DSP para consolidar su posición. Carr logró convencer a la FR y al DSP para emprender en conjunto un Servicio de Higiene Rural. Este nuevo servicio establecería y administraría las unidades de salud, mantendría relaciones amigables entre los distintos niveles de gobierno, promovería iniciativas locales, planearía la dirección futura de las unidades, y aseguraría los pagos estatales y municipales. El representante de la DSI sería formalmente el subdirector del Servicio, pero en la práctica actuaría como el director. Esta solución tranquilizaba a aquellos que querían preservar la soberanía del DSP, sin otorgar mayor influencia a la FR. El Servicio de Higiene Rural también asumiría progresivamente los gastos de la DSI en las cinco unidades sanitarias que para 1931 auspiciaba en México, tal como había sucedido durante la campaña contra la uncinuriasis.

(37) BUSTAMANTE, Miguel E. Local public health work in Mexico. *American Journal of Public Health*, 1931, 21, 725-736.

(38) BUSTAMANTE, Miguel E. Informe Trimestral de Labores de la Unidad Sanitaria de Veracruz, 1 Octubre-31 Diciembre 1930. RAC, RF, RG 5. Series 3. Box 147.

(39) Departamento de Salubridad Pública. Campaña Pro-Mejoría del Aprovechamiento de Agua, circa 1935. AHSSA, RG Secretaría de Salubridad y Asistencia. Sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia. Caja 28. Carpeta 9.

En 1932 Miguel Bustamante fue nombrado el primer director del Servicio de Higiene Rural, y promovió una centralización técnica y administrativa con una descentralización fiscal de los servicios de salud. Sin embargo reconoció que esto último era casi imposible debido a los limitados recursos y la escasez de personal (40). El número de las unidades creció progresivamente, pero la mayoría dependían casi totalmente del gobierno central —en gran parte debido a los efectos devastadores de la depresión mundial y la pérdida de divisas locales.

Para mediados de los 1930, el compromiso entusiasta por la salud pública obrera y campesina bajo el gobierno de Cárdenas se extendió aceleradamente en una red federal de unidades de salud, organizado a partir de 1934 como «Servicios Coordinados de Salud». Esta nueva entidad, nuevamente bajo la dirección de Bustamante, se benefició de una nueva revisión del Código Sanitario que aclaró la división de responsabilidades entre los niveles federal, estatal, y local. Mientras tanto el modelo descentralizado que propugnaba la DSI, quedó temporalmente en suspenso debido al susto inicial de la FR con el discurso radical del Cardenismo.

Pero la persistencia del nuevo jefe del DSP —político y médico del ejército, general José Siurob— junto con el nuevo representante de la DSI —Charles Bailey, quien tenía una larga experiencia en la DSI y el Servicio de Salud Pública de los EEUU— llevó a una nueva iniciativa cooperativa: una demostración de unidades de salud descentralizadas en el estado de Morelos. Estas cinco unidades se dedicaron a un marco amplio de servicios: el control de las enfermedades transmisibles, el cuidado pre y post natal, el entrenamiento de parteras, la recolección de estadísticas vitales, la salud escolar y la atención dental (41).

A pesar del optimismo de Bailey al iniciar el proyecto en Morelos, sus expectativas que una demostración pudiera impulsar el desarrollo

(40) BUSTAMANTE, Miguel E. La coordinación de los servicios sanitarios federales y locales como factor de progreso higiénico en México. *Gaceta Médica de México*, 1934, 30 (5), 181-228.

(41) ANNUAL Report, 1934. Servicio de Higiene Rural. Departamento de Salubridad Pública. RAC, RF, RG 5. Series 3. Box 145.

de unidades semejantes en otros estados disminuyó con el tiempo. Mientras que el DSP y la FR siempre pagaron lo que les tocaba del presupuesto, 1935 fue el primer año en el cual todos los gobiernos locales cumplieron con sus compromisos. Bailey lamentó que la mayoría de unidades hubieran sido creadas apresuradamente con financiamiento insuficiente y con personal no adecuadamente entrenado, que trabajaba a tiempo parcial y con poca autonomía local.

Además describió las municipalidades rurales como excesivamente dependientes de la ayuda federal. La mayoría de los pueblos no tenía ningún servicio médico; e inclusive si los tenía, menos del diez por ciento de su población podía pagarlo. La única contribución que estos pueblos podían hacer para una unidad de salud era la construcción que la albergara. Por ello Bailey se lamentaba de que «el nivel económico, de alguna manera, tendrá que ser materialmente elevado antes de que pueda esperarse que una municipalidad y la población, como en los Estados Unidos, provean fondos para la medicina preventiva» (42). Cuando juzgó el apoyo de la FR a la salud pública mexicana, sin embargo, Bailey estaba convencido que «el país está listo para este avance en la salud, el público está interesado y todos los días se están dando cuenta de los beneficios y están demandando medidas preventivas». El pequeño incremento en la ayuda de la FR «sería restituido suficientemente con ganancias permanentes». Por consiguiente, según Bailey, México, solo, no sería capaz de alcanzar mucho, pero con la supervisión e incentivos de la FR, el país podría hacer progresos en la salud pública y eventualmente en su descentralización.

En 1936 se extendió el distrito de demostración a cuatro estados adicionales con el intento de combinar el desarrollo de actividades de salud con el mejor entrenamiento de personal de salud. El Dr. Pilar Hernández Lira, quien había seguido estudios de postgrado gracias a una beca de la FR y que había sido director de dos unidades de salud, fue escogido para liderar el proyecto. En Morelos, la FR ayudaba a financiar unidades de salud, pero en los otros estados sólo actuó de manera consultiva, dejando la responsabilidad de coordinar

(42) BAILEY, Charles a Ferrell, 28 Noviembre 1936. RAC, RF, RG 1.1. Series 323. Box 20. Folder 162.

el financiamiento y las actividades de las unidades en manos de los estados (43). Hernández Lira estableció principios idénticos a los de la DSI, pero sin el incentivo correspondiente en el presupuesto fue incapaz de mantener personal a tiempo completo fuera de Morelos.

Por otra parte, debido a la expansión, la relativa estabilidad financiera del Servicio de Higiene Rural no pudo continuar. En 1937 la FR tuvo que proporcionar más del doble de lo que le correspondía contribuir al presupuesto (elevándose del 10 al 25 por ciento). El estado de Morelos sólo pagó el 5 por ciento del presupuesto total y las municipalidades apenas participaron (44). El DSP mantuvo un aporte estable: la administración de Cárdenas buscó solventar los servicios de salud sin obligar una contribución financiera local que fuese prohibitiva.

Mientras tanto, los «Servicios Coordinados» (que no tenían relación con la FR) fueron creciendo súbitamente. Para 1936 ya existían en 14 de los 31 estados, cada uno de los cuales auspiciaba de dos a diez unidades de salud o clínicas especializadas (sin contribuciones locales obligatorias). En 1937, el DSP aumentó su aporte a los Servicios Coordinados en más de 50%, llegando a un tercio del presupuesto total. Siguiendo el impulso descentralizador, el DSP también pidió a los gobiernos estatales y locales incrementar sus aportes, pero alcanzó pocos resultados. Aunque la coordinación y la regionalización de los servicios aparecieran como elementos importantes de la nueva retórica de salud pública, la mayoría de las actividades permanecieron financiadas y planificadas por el gobierno federal (45).

La iniciativa Cardenista de reforma agraria y desarrollo rural incluía otro elemento clave para los servicios de salud descentralizados: el renacimiento de los llamados ejidos —cooperativas agrícolas tradicionales— los cuales alentaron la formación de unidades

(43) HERNÁNDEZ LIRA, Pilar a Bailey, 1 Junio 1936. Informe Anual, 1936, Oficina de Especialización Sanitaria. RAC, RF, RG 5. Series 3. Box 145. RFA.

(44) BAILEY a Ferrell, Summary of Preliminary Drafts of Budgets for Period January 1 to December 31, 1937. RAC, RF, RG 1.1. Series 323. Box 20. Folder 162.

(45) HERNÁNDEZ LLAMAS, Héctor. La atención médica en el medio rural mexicano. *In*: HERNÁNDEZ LLAMAS, nota 9.

médicas ejidales, una nueva forma de organización de servicios de salud. Fundadas en 1935 y administradas por los ejidatarios mismos, las unidades ejidales integraban los servicios médicos curativos con los de salud ambiental, la organización comunitaria, y la educación sanitaria. Financiados en parte a través de los pagos de las familias campesinas y por los bancos de crédito ejidales, las unidades representaban una forma sustentable de servicios descentralizados de salud, y crecieron de 2 unidades en 1935 a 121 en 1940 (atendiendo a casi un millón de campesinos)(46). Precisamente debido a que los ejidos estaban administrados por campesinos, la recolección de fondos y la canalización de los mismos era más viable aún.

Irónicamente, este ejemplo de descentralización exitosa fue casi totalmente ignorado por la FR: Bailey mencionó las unidades ejidales con escepticismo y parece nunca haber visitado una(47). quizás porque no reconoció la participación campesina como sustituto para la participación de autoridades locales.

Las unidades médicas ejidales fueron complementadas por el nuevo servicio rural para los graduados en medicina —el cual posibilitó el trabajo médico a tiempo completo en las unidades rurales. Así, aunque sin haber logrado un verdadero sistema descentralizado según los criterios de la FR —el financiamiento y la responsabilidad administrativa de los servicios de salud por entidades subnacionales— el gobierno mexicano experimentó una cierta descentralización entre los años 1920 y 1930, aunque esta siempre tuvo que adaptarse a la

(46) SIUROB, José. *Social Medicine in Mexico*, México, D.F., Departamento de Salubridad Pública, 1940; *Rural hygiene and social medicine services of the department of Public Health: Organization-Functions, results obtained until 1940*, Mexico, D.F., 1941; KAPELUSZ-POPPI, Ana Maria. Physician activists and the development of rural health in postrevolutionary Mexico. *Radical History Review* 2001, 80, 35-50; ALVAREZ AMÉZQUITA, nota 9; Situación Sanitaria del medio ejidal; servicios cooperativos de medicina social e higiene rural, Programa de Labores, circa 1946. AHSSA. Secretaría de Salubridad y Asistencia. RG Secretaría de Salubridad y Asistencia. Sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia. Box 23. Folder 6.

(47) Informe Anual, 1936, Oficina cooperativa de especialización sanitaria e higiene rural, Departamento de Salubridad Pública, RAC, RF, RG 5, Series 3, Box 145.

negociación y a las costumbres políticas locales. Sin embargo, como otras de las iniciativas más radicales del Cardenismo, las unidades médicas ejidales se fueron frenando en la siguiente administración.

Al final, el compromiso político del gobierno de México con el desarrollo de la salud pública fue mucho más importante que la adherencia a la descentralización de estos servicios. En 1941, la oficina principal de la FR juzgaba que el intenso programa de Morelos había sido «suficientemente desarrollado (...) para permitir el retiro del apoyo»(48). La incapacidad de asegurar la cooperación local para reemplazar la contribución de la DSI fue reconocida, pero la Fundación lo consideró como un límite de la situación mexicana, más que un defecto en el modelo descentralizador. Mientras tanto, el DSP abandonó los pasos descentralizantes a favor de una tendencia centralista que duraría medio siglo.

5. *LA DÉCADA DE LOS 80: LA CRISIS ECONÓMICA Y LA DESCENTRALIZACIÓN*

Para la década de 1980, el gobierno federal mexicano había consolidado su rol dominante en los servicios de salud en una serie de instituciones, incluyendo varios regímenes de Seguro Social (trabajadores del sector privado, funcionarios federales y estatales, sectores petroleros y militares, entre otros) y otros servicios públicos para la población ubicada en sectores informales sin seguro (dependiendo de la Secretaría de Salud y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y el Distrito Federal)(49). Aunque la provisión de los servicios de salud estaba dispersa en múltiples instituciones, estaba claro el fuerte centralismo que parecía intocable.

Sin embargo, un despliegue impresionante de fuerzas —desde tecnocráticas hasta populares— sirvió como un acicate para la des-

(48) Mexico-Regional State and County Health Units, Extension of Designation, 1941, 1942. RAC, RF, RG 5. Serie 3. Box 19. Folder 154.

(49) Además, había crecido el sector privado, que formalmente cubría menos del 5% de la población pero que representaba casi el 50% de los gastos.

centralización (50). La proliferación de instituciones de salud mejoró la cobertura de la población pero también hizo evidente su ineficaz organización dada la superposición de mandatos, la duplicación administrativa, y la competencia por recursos. De otro lado, los movimientos sociales que emergieron a fines de 1960 demandaron más transparencia y mayor control local sobre las políticas sociales. Asimismo, pareció que existía suficiente voluntad política para descentralizar los servicios de salud, por razones de mejorar la equidad y la eficiencia, y como un mecanismo para crecer la democratización y desviar el creciente sentimiento en contra del partido gobernante (51).

Pero fue la devastadora recesión económica de comienzos de 1980 lo que empujó la descentralización. En plena crisis, el presidente Miguel de la Madrid (1982-1988) promovió la «descentralización de la vida nacional» para satisfacer el compromiso histórico del país con un sistema federal de gobierno y como una herramienta para realizar la unidad en el desarrollo nacional de un «mosaico geográfico, étnico y cultural» (52). Como parte de este plan global, se planeó la descentralización de los servicios de salud, prometiendo más autonomía al norte, mayor equidad en el sur, y una mayor eficiencia. Según las críticas, esta política pretendía justificar o disfrazar los recortes de casi 50% en el gasto federal en salud que acompañaron a la crisis.

El arquitecto intelectual de la descentralización fue José Francisco Ruiz Massieu, gobernador del estado de Guerrero y subsecuentemente nombrado Secretario General del PRI, poco tiempo antes de su asesinato en 1994. El pastor administrativo del esfuerzo fue Guillermo Soberón, el entonces ministro de Salud, un médico-fisiólogo con una

(50) BIRN, Anne-Emanuelle. Federalist flirtations: the politics and execution of health services decentralization for the uninsured population in Mexico, 1985-1995. *Journal of Public Health Policy*, 1999, 20 (1), 81-108.

(51) RODRÍGUEZ, Victoria. *Decentralization in Mexico: from reforma municipal to solidaridad to nuevo federalismo*, Boulder, CO, Westview Press, 1997.

(52) DE LA MADRID, Miguel. Descentralización de la Vida Nacional. In: Miguel de la Madrid et al. (eds.), *La descentralización de los servicios de salud: El caso de México*. México, D.F., Miguel Ángel Porrúa, 1986, pp. 7-41; WARD, Peter. *Welfare politics in Mexico: papering over the cracks*, London, Allen & Unwin, 1986.

carrera destacada. Casualmente, Soberón también es hijo de un importante malariólogo que trabajó con la FR en los 1940.

La descentralización fiscal se realizó bajo tres pasos: un nuevo artículo constitucional en 1983 que incorporó el derecho a la protección de la salud y la concurrencia del gobierno federal y los estados en materia de salud; la Ley General de Salud de 1984 a través de la cual el gobierno federal daba mayores responsabilidades a los estados en la organización, provisión, supervisión y evaluación de los servicios de salud; y los Convenios Únicos de Desarrollo que se firmaron entre el gobierno federal y cada estado individualmente (53).

El elemento predominante de la reforma fue la creación de un sistema unificado de servicios de salud para la población sin seguro, que permitió transferir esta responsabilidad de una mezcla de programas y agencias —principalmente los de la SSA y del IMSS— hacia entidades unificadas estatales. Esto significaba que el programa auspiciado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS-COPLAMAR) iba a ser absorbido por los Servicios Coordinados de Salud en cada estado, que tendrían la responsabilidad para planificar, financiar, y proveer servicios de salud para toda la población sin seguro.

Casi desde el inicio del proceso, se generó una importante resistencia popular y laboral a la disolución de IMSS-COPLAMAR. Debido al gran apoyo popular que tenía el IMSS-COPLAMAR por sus servicios integrales y completos, su disponibilidad de mayor número de personal —generalmente mejor entrenado— y resultados superiores, una fusión con los menos favorecidos Servicios Coordinados encontró resistencia. En algunos estados, tal como Oaxaca, hubo grandes manifestaciones en contra de la reforma. Para contrarrestar las protestas, los primeros estados seleccionados para descentralizarse se escogieron entre los que tenían un número relativamente pequeño de unidades de IMSS-COPLAMAR (54). Al final la reforma no pudo vencer la resistencia

(53) SOBERON-ACEVEDO, Guillermo; MARTINEZ-NARVAEZ, Gregorio. La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta. *Salud Pública de México*, 1996, 38 (5), 371-378.

(54) GONZÁLEZ BLOCK, Miguel Ángel *et al.* Health services decentralization in Mexico: formulation implementation and results of policy. *Health Policy and Planning*, 1989, 4 (4), 301-315.

inicial: se preveía descentralizar los 31 estados del país, pero apenas 14 estados habían firmado acuerdos de descentralización para 1987 y sólo éstos entraron en el proceso de la descentralización (55). En los 14 estados descentralizados, una cantidad de 23 hospitales y 911 unidades médicas rurales fueron absorbidos por la SSA, dejando a cargo de IMSS-COPLAMAR 50 hospitales y 2.024 unidades cubriendo nueve millones de personas en los restantes 17 estados (56).

El compromiso político y la capacidad de los estados para incrementar su contribución al gasto en salud fueron los criterios oficiales para determinar su adhesión a la descentralización. Varios observadores han notado que, con la excepción de Guerrero, todos los estados descentralizados tenían un alto nivel de desarrollo socioeconómico y una tasa de pobreza relativamente baja (57).

Por todo el país, la fusión de los programas para los no asegurados fue el tema más controvertido de la descentralización. En primer lugar, no todo el personal de IMSS-COPLAMAR se sumó a los Servicios Coordinados en los estados debido a condiciones de trabajo inferiores: hubo una pérdida real de personal de salud que servía a la población no asegurada, aunque subsecuentemente se produjo un incremento del personal. La fusión fue también costosa, significando cientos de millones de pesos para permitir la homologación de salarios e indemnizaciones (58).

Aun en los 14 estados donde se fusionaron los programas de la SSA e IMSS-COPLAMAR, la descentralización fiscal no pudo realizarse. En primer lugar, el presupuesto relacionado con el personal

(55) Se descentralizaron los estados de Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, Morelos, Nuevo León, Quintana Roo, Querétaro, Sonora, Tabasco, y Tlaxcala.

(56) IMSS-SOLIDARIDAD. *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México, 1986-1991*, México, D.F., IMSS, 1993.

(57) GONZÁLEZ BLOCK *et al.*, nota 54; CARDOZO BRUM, Myriam. *Análisis de la Política Descentralizadora en el Sector Salud*, México, D.F., CIDE, 1993.

(58) Según un informe interno de 1989 del Secretario de Salud Jesús Kumate, el coste total de la descentralización a los 14 estados fue 140.000 millones de pesos.

de salud —más de 75% del total— no se descentralizó debido a la oposición de los sindicatos de los trabajadores de salud. En segundo lugar muchos estados fueron incapaces de incrementar su contribución financiera a pesar que estaban asumiendo mayores costos administrativos: la descentralización fue intentada en medio de una crisis que limitó drásticamente la capacidad de recolectar ingresos a nivel subnacional. Por otra parte, aún existían problemas en la capacidad técnica a nivel estatal.

Más aún, si bien uno de los principales objetivos de la descentralización fue ceder la toma de decisiones a nivel local, la SSA continuó ejerciendo mayor control sobre las políticas de salud. Finalmente, a pesar de que diversas fórmulas para compartir fondos empezaron a reemplazar el favoritismo en la determinación de los presupuestos, la reforma resultó en menores recursos así como menor equidad, especialmente en las áreas rurales más pobres (59).

La voluntad de ceder poder por parte del partido gobernante fue muy limitada a pesar de su compromiso retórico. No sólo no se alcanzó la descentralización, sino que la situación se revirtió. En 1989 el gobierno del presidente Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) inició una silenciosa re-centralización de los servicios de salud para los no asegurados. Esto ocurrió a través de una sustitución gradual de las transferencias generales por una detallada estipulación de cada uno de los gastos programados y a través de la creación de diversas iniciativas centralizadas para mejorar los indicadores de la salud materno-infantil.

Mientras tanto la comunidad internacional —que había fomentado sin participar directamente en el proceso de descentralización— (60)

(59) LAURELL, Cristina. *La reforma contra la salud y la seguridad social*, México, D.F., Ediciones Era, 1997; BRACHET-MARQUEZ, Viviane; SHERRADEN, Margaret Sherrard. Political change and the welfare state: the case of health and food policies in Mexico (1970-93). *World Development*, 1994, 22 (9), 1295-1312.

(60) TORRES RUIZ, Antonio. *Descentralización en salud: algunas consideraciones para el caso de México*, México, D.F., CIDE, Documento de Trabajo N°. 69, 1997, p. 2; TEICHMAN, Judith. The World Bank and policy reform in Mexico and Argentina. *Latin American Politics and Society*, 2004, 46 (1), 39-74.

se acercó a la situación mexicana. En 1987, el BID inició un proyecto de casi 50 millones de dólares para la descentralización. Su enfoque principal fue el fortalecimiento de la capacidad de Morelos de gestionar los servicios de salud. Pero el esfuerzo se encontró al medio de la re-centralización, es decir el regreso a un modelo centralista de servicios de salud, y Morelos no fue capaz de aumentar su contribución al prometido 20% del presupuesto hasta 1995. Durante el mismo periodo, la Organización Panamericana de la Salud prestó cooperación técnica en el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud para ayudar a fortalecer la capacidad administrativa a nivel municipal y mejorar la atención primaria a la salud, pero sin tocar a las políticas nacionales (61).

Muchos observadores han atribuido la recentralización del gobierno de Salinas al deseo de este gobierno de deshacerse del control de los gobiernos estatales. Este revés en el proceso de la descentralización está también relacionado con informes internos que mencionaban una drástica caída en la calidad de los servicios de salud de Guerrero, Morelos y otros estados descentralizados, y con una queja en la opinión pública sobre el deterioro de los servicios. En resumen, a finales de los ochenta estaba claro que la limitada reforma de descentralización no había mejorado el rendimiento o la sostenibilidad económica de los servicios de salud, y que la infraestructura de salud se había deteriorado en muchos de los estados que se habían sumado a la descentralización. Sólo en 1997, cuando el PRI estaba en vísperas de perder su plaza fuerte en la política nacional, se volvió a esta reforma (62). Y en 2003, después de la elección a la Presidencia de Vicente Fox, del Partido de Acción Nacional, se estableció, mediante reforma de la Ley General de Salud, un nuevo sistema de protección de la salud (el Seguro Popular de Salud), conforme a los principios de la descentralización, para los 50 millones de mexicanos sin seguro

(61) GONZÁLEZ BLOCK, Miguel Angel. La descentralización de la Secretaría de Salud de México. El caso de los sistemas locales de salud 1989-1994. *Gaceta Médica de México*, 1997, 133 (3), 183-193; SOBERON-ACEVEDO, nota 53.

(62) ARREDONDO, Armando; PARADA, Irene; OROZCO, Emanuel; GARCIA, Eunice. Efectos de la descentralización en el financiamiento de la salud en México. *Revista de Saúde Pública*, 2004, 38 (1), 121-129.

de salud. Irónicamente, esta reforma ha recibido críticas por la escasa capacidad recaudatoria de muchos estados mexicanos y por la falta de redistribución de recursos a nivel nacional; elementos ambos constitutivos del fracaso de las políticas descentralizadoras anteriores (63).

6. LECCIONES DE LA HISTORIA: ¿HAY ALGUNA?

La búsqueda desesperada para la descentralización en salud en dos épocas distintas del México moderno demanda alguna comparación. Más notablemente, la naturaleza contrastante de la influencia internacional en los dos esfuerzos nos lleva a repensar este tema. Desde 1931 hasta 1940 la FR invirtió el equivalente a 1,7 millones de dólares de 2003 en el sector salud de México para mejorar la atención primaria, modernizar el DSP, e incrementar la participación estatal y local en el financiamiento y la provisión de servicios de salud. Esta suma representó aproximadamente el 20 por ciento del coste de estos proyectos, y contó con la participación del gobierno mexicano, que tuvo que solventar el 80 por ciento restante de los gastos. Entre 1987 y 1992 el BID prestó aproximadamente 52 millones de dólares de 2003 en México para extender la atención primaria de salud y la cobertura de los servicios de salud pública, y mejorar la capacidad operativa de la SSA en los estados para «asistir en el proceso de descentralización de los servicios de salud» (64). Siendo un préstamo, los 52 millones se tuvieron que rembolsar al BID, aunque informes internos admitieron que la presencia del BID en el proceso de descentralización fue apenas visible y sus proyectos rindieron poco.

(63) Véase «El Programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos está más apegado a la esencia del derecho a la salud que el Seguro Popular, Entrevista con Asa Cristina Laurell». In: GÓMEZ DANTES, Octavio. *Seguro popular de salud: Siete perspectivas*, Cuernavaca-Morelos, Instituto Nacional de Salud Pública, 2005, pp. 35-40.

(64) INTER-AMERICAN DEVELOPMENT BANK. México-Loan Proposal, Health Services Upgrading Program (ME-0159) 10 Junio 1986, Washington, D.C.; BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. Informe Final de la Operación (PCR) (FME-572/SA-I-005/93), 1 Marzo 1993.

En cuanto al contexto jurídico, en 1926 un nuevo Código Sanitario nacional —facilitado por la Constitución del 1917— sujetó a las autoridades estatales y locales al DSP federal. Produjo una renuencia del gobierno federal de descentralizar su recién descubierto poder, obstaculizando de esta manera el deseo de la FR de incrementar la cooperación estatal y local. En 1984 la Ley General de Salud —facilitado por la reforma de la Constitución de 1983— brindó un marco legal para la descentralización de los servicios de salud, un esfuerzo que según la mayoría de los estudios no pudo conseguir sus objetivos, a pesar del apoyo del BID. Se podría concluir de estas comparaciones que, primero, la reforma del sector salud se ha vuelto mucho más cara (tomando en cuenta el incremento en el gasto per cápita, el esfuerzo de los 1980 costó unas seis veces más que el de la década de 1930). En segundo lugar, los incentivos presupuestarios de las agencias internacionales ya no funcionan como solían hacerlo. En tercer lugar, en términos jurídicos, los intentos de conseguir la descentralización precisan más legislación que antes, sin garantías de poder superar los obstáculos políticos. Una última conclusión que puede coexistir con la anterior sería que las agencias internacionales deberían dejar de jugar un rol de consultoría sobre la descentralización.

No obstante, el análisis histórico de procesos políticos no debería llevarnos a comparaciones tan fáciles: es más valioso examinar el cambiante rol de varios factores explicativos. En lugar del regionalismo jerárquico que caracterizan las políticas de salud en Inglaterra y los EEUU durante buena parte del siglo XX (65), la política de salud mexicana podría ser vista como un «centralismo jerárquico» en donde los esfuerzos de descentralización fiscal, administrativa y política han resultado en la creación de nuevos niveles de autoridad que siguieron cautivos del poder central.

Entonces persiste la cuestión de «¿por qué la descentralización?». Los que proponen la tesis de una «cultura mundial» consideran que durante el siglo XX ha habido una convergencia de políticas y prácticas sociales y culturales, debido a la globalización, a la emergencia

(65) FOX, Daniel M. *Health policies, Health politics: The British and American experience, 1911-1965*, Princeton, NJ, Princeton University Press, 1986.

de agencias internacionales y supranacionales que tienen un activo rol en la consultoría de proyectos de desarrollo, y a imperativos tecnocrático-económicos (66). Por otra parte Robert Putnam ha sostenido que estas políticas son usadas en dos niveles, uno para uso doméstico y otro para consumo externo o diplomático (67). En este sentido la descentralización le hace el juego a las demandas internas de democracia y al mismo tiempo a las demandas de ajuste estructural de las agencias internacionales. Juliana Martínez ha propuesto otra posibilidad de que haya decisiones soberanas dentro del contexto global a través de un proceso de «emulación selectiva», en donde las tendencias dominantes de política internacional sean adaptadas a condiciones locales por las élites nacionales (68).

El hecho de que la descentralización no pudiera ser implementada en dos eras diferentes refleja la dinámica entre las relaciones federales-subnacionales y nacionales-internacionales, mucho más que una convergencia inevitable en las políticas internacionales. En la década de 1920, la resistencia a ceder poder surgió de los imperativos de construir una nación que requería un control centralista para legitimizarse. Los límites de la capacidad local de recolectar ingresos fueron un obstáculo para la descentralización fiscal durante los años 1930, a pesar del deseo de cooperar con el programa de la FR. La reaparición de la política de descentralización, junto con sus dificultades en implementarse durante la crisis de la deuda de la década de 1980, también demuestra el equilibrio complicado entre las tendencias internacionales y el contexto nacional. Paradójicamente, el gobierno

(66) BOLI, John; THOMAS, George M. (eds.). *World polity formation since 1875: World culture and International Non-Governmental Organizations*, Stanford, CA, Stanford University Press, 1999; MEYER, John W.; BOLI, John; THOMAS, George M. World society and the nation-state. *American Journal of Sociology*, 1997, 103 (1), 144-181.

(67) PUTNAM, Robert. Diplomacy and domestic politics: The logic of two-level games. In: Peter Evans; Harold Jacobson; Robert Putnam (eds.), *Double-Edged diplomacy: International bargaining and domestic politics*, Berkeley, University of California, 1993.

(68) MARTÍNEZ Juliana. *Policy Environments and Selective Emulation in the Making of Health Policies: Costa Rica, 1920-1997*. (Ph.D. dissertation), University of Pittsburgh, 1998.

federal resistió la descentralización en un esfuerzo por mantener el poder en un contexto de creciente sentimiento subnacional en contra del partido gobernante.

La reforma de los ochenta alentó una serie de cambios que parecieron no existir en el pasado. La militancia de los sindicatos a favor de mejores condiciones de trabajo caracterizaron las dos épocas, pero su oposición a la descentralización cristalizó sólo en los años ochenta. Entonces, esta oposición se intensificó en parte debido al incremento del entrenamiento del personal de salud y el incremento del número de trabajadores de salud debido a la contratación que se había producido en los años anteriores. Funcionarios estatales y federales aliados con proveedores rurales de servicios de salud, campesinos y usuarios de servicios de salud pública forjaron una oposición activa a la descentralización (69). Como Jonathan Fox ha sugerido, inclusive bajo un gobierno autoritario amenazado como el de México de los ochenta, la apertura de pequeños espacios para la actividad subnacional y semi-organizada de la resistencia popular, permitió la creación de una alianza sinérgica que en última instancia supuso un reto para el autoritarismo centralista (70). Sin embargo la forma y complejidad de estas movilizaciones reflejaron décadas de expectativas incubadas desde los treinta cuando se desarrollaron los antecedentes de esta alianza de sindicatos laborales y de campesinos.

Aquí radica otro elemento interesante de la comparación. En los años treinta, Cárdenas buscó encontrar un vínculo entre campesinos radicales y elites económicas para construir una política de construcción nacional, mientras que prometía estabilidad y pluralismo económico a los EEUU. En el contexto de la política de salud, esto guió la invitación a la FR, pero no existió de parte de su contraparte mexicano un compromiso con el modelo descentralizado. Los años ochenta también necesitaron que el gobierno mexicano jugara con

(69) ABRANTES PEGO, Raquel. La reforma de los servicios de salud en México y la dinamización y la politización de los intereses: Una aproximación. *História, Ciências, Saúde—Manguinhos*, 1997, 4, 245-263.

(70) FOX, Jonathan. How does civil society thicken? the political construction of social capital in rural Mexico. *World Development*, 1996, 24 (6), 1089-1103.

esta dinámica dual —el gobierno recortando los gastos bajo tremendas presiones internacionales en el manejo económico, y un proceso de democratización interna para la población. Un proceso de emulación selectiva, más que el resultado de la inevitabilidad de la cultura global, llevó a que la descentralización fuese un medio para enfrentar, finalmente con poco éxito, las preocupaciones y los intereses de los clientes externos e internos.

Últimamente, la más banal y a pesar de ello profunda lección histórica para quienes toman las decisiones políticas es que algunas cosas cambian mientras que otras permanecen iguales. El análisis histórico puede ser de valor para la política, no tanto en la descripción documentada de los fenómenos del pasado, sino en las ventanas de exploración que se abren en su ejercicio.

