



**UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
METROPOLITANA**
Unidad Iztapalapa

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

POSGRADO EN ESTUDIOS ORGANIZACIONALES

"LA RE-CENTRALIZACIÓN DEL SECTOR SALUD EN MÉXICO"

IDÓNEA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

QUE PRESENTA

MARÍA ESTEFANÍA RODRÍGUEZ RIVERA

PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN ESTUDIOS ORGANIZACIONALES

ASESOR:

DR. ARTURO HERNÁNDEZ MAGALLÓN

2021

*Vo. Bo.
26/07/2022
A.R.M. D.J.*

A Ramón:

Fuiste, eres y serás mi inspiración.

*“La única ficción que estoy dispuesta a reconocer [...] es aquella
que permea todo constructo del lenguaje humano [...].”*

Fernanda Melchor

Contenido	
Introducción	- 1 -
Capítulo 1 Centralización y descentralización	8
La centralización en las organizaciones	8
¿Qué es la centralización en las organizaciones?	10
Consecuencias de la centralización en las organizaciones	15
La descentralización en las organizaciones	18
Consecuencias de la descentralización en las organizaciones	20
Centralización y descentralización en las organizaciones gubernamentales	23
La centralización en organizaciones gubernamentales	26
La descentralización en las organizaciones gubernamentales	27
Consecuencias de la centralización y la descentralización en las organizaciones gubernamentales	30
Capítulo 2 Centralización y descentralización del sector salud en México	32
Breve recorrido histórico de la centralización y descentralización de la Administración Pública Federal y el sector salud en México	32
La etapa de la conformación: los inicios de la centralización	32
La etapa de la consolidación: el auge de la centralización	35
La etapa de la evolución: el ocaso de la centralización	37
El sector salud: la descentralización en la etapa de la evolución	39
El Seguro Popular	47
Capítulo 3 . ¿Un regreso a la centralización en los servicios de salud?	57
El concepto de re-centralización (y sus razones)	57
El caso de la re-centralización del sistema de salud en Suecia	62
Estudios sobre re-centralización	66
Los enfoques cualitativo y cuantitativo en la investigación sobre organizaciones	78
Metodología de la investigación	80
Capítulo 4 La re-centralización del sector salud en México: Estudio de Caso	86
Los cambios en el sector salud a partir de la creación del INSABI	86
Las implicaciones de la re-centralización en los servicios de salud de primer nivel: El caso de un centro de salud en Nezahualcóyotl, Estado de México.	93
Las implicaciones de la re-centralización desde la percepción de los trabajadores del centro de salud “Esperanza”	97
Síntesis de hallazgos	112
Conclusiones	114
Referencias	120

Índice de Figuras

Figura 1 Las dos dimensiones de la centralización	11
Figura 2 Los tres componentes teóricos de la centralización	13
Figura 3 Los componentes de la descentralización	18
Figura 4. Las dimensiones y subdimensiones de la descentralización	19
Figura 5. La evolución del sector salud	56
Figura 6. La re-centralización	61
Figura 7. Las dimensiones y categorías para el estudio de las implicaciones de la re-centralización	82
Figura 8. Preguntas de la entrevista.....	85
Figura 9 Estructura orgánica del INSABI (simplificada)	88
Figura 10. Distribución de acuerdos de coordinación firmados entre INSABI y Entidades Federativas	89
Figura 11. Jurisdicciones del Estado México	95
Figura 12. La estructura de los servicios de primer nivel en el Estado de México	95
Figura 13. La estructura orgánica de la jurisdicción de Nezahualcóyotl.....	96
Figura 14. La estructura interna del centro de salud “Esperanza”	97
Figura 15. La organización de la atención del primer nivel de salud en el Modelo SABI	109
Figura 16. Implicaciones de la re-centralización en el caso estudiado.....	112

Índice de tablas

Tabla 1 Características de la centralización	14
Tabla 2 Consecuencias de la centralización	17
Tabla 3. Consecuencias de la descentralización	22
Tabla 4. La descentralización en las organizaciones gubernamentales.....	28
Tabla 5 Características de los subtipos de la descentralización en organizaciones gubernamentales	29
Tabla 6. Consecuencias de la centralización y la descentralización en las organizaciones gubernamentales	30
Tabla 7. Cambios en el sector salud a partir de la descentralización en el sexenio de Miguel de la Madrid (1982-1988).....	42
Tabla 8. Cambios en el sector salud a partir de la descentralización en el gobierno de Ernesto Zedillo (1994-2000).....	46
Tabla 9. Cambios en el sector salud durante el gobierno de Vicente Fox (2000-2006).....	50
Tabla 10. Cambios en el sector salud en el sexenio de Felipe Calderón (2006-2012).....	53
Tabla 11. Cambios en el sector salud durante el sexenio de Enrique Peña Nieto.....	55
Tabla 12. Los estudios sobre re-centralización.....	67
Tabla 13. Modificación de las responsabilidades de la Federación y las Entidades Federativas después de la creación del INSABI	89

Introducción

El 29 de noviembre del 2019 la Ley General de Salud se reformó. Desde entonces se inició una reorganización de la provisión de los servicios de salud que se ofrecen a la población abierta (aquella que no cuenta con algún tipo de seguridad social) y una reestructuración del sector. A partir de dicho acontecimiento, el sistema de salud en México atravesó por una re-centralización efectuada por medio de tres instrumentos, principalmente: 1) la firma de acuerdos de coordinación entre la Federación y las Entidades Federativas; 2) la eliminación del Seguro Popular y 3) la transformación de los procesos de adquisición de medicamentos.

Los servicios de salud gubernamentales en el país se proveen a través de dos esquemas: 1) el del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) dirigido a los trabajadores formales; y 2) el que ofrece la Secretaría de Salud a quienes no cuentan con un empleo formal y son considerados como población abierta.

Cada esquema tiene su propia forma de organización y una estructura que se ha transformado a lo largo del tiempo. El esquema para la población abierta operó de manera centralizada desde su creación y hasta 1984, año en el que se emitió la Ley General de Salud mediante la cual las responsabilidades de “planificar, organizar y desarrollar [los] sistemas de salud estata[les]” se transfirieron a las Entidades Federativas (Homedes y Ugalde, 2008: 30). Sucedió lo mismo con la provisión de los servicios de primer y segundo nivel, lo que significó una descentralización de la gestión de la salud en el país. Este proceso de descentralización se fortaleció en 2003 cuando apareció el Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS) y su brazo operativo el Seguro Popular (SP).

El SP fue un modelo de financiamiento que tuvo como objetivo la disminución del *gasto de bolsillo*, concepto acuñado para referir los recursos financieros que la población abierta debe erogar cuando se presenta una enfermedad que causa empobrecimiento. En la narrativa del gobierno de Vicente Fox (2000-2006), el SP era “seguro porque [las familias] no tendrían que preocuparse sobre cómo pagar la atención y los medicamentos [...]” (Comisión Nacional de Protección Social en Salud s/f).

El SP financiaba cierto número de enfermedades contenidas en un catálogo denominado como Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (que en 2006 cambió su denominación a Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud). El financiamiento

concernía a tres actores: 1) la Federación, que transfería recursos a las Entidades Federativas por medio del Ramo 12, el 33 del Presupuesto de Egresos de la Federación y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, dirigido a aquellas enfermedades de alto costo; 2) las Entidades Federativas, quienes contribuían con recursos propios y los recibidos por medio del Ramo 28; y 3) las personas beneficiarias que pagaban una cuota de acuerdo con su condición socioeconómica.

El sistema de salud descentralizado para la población abierta operó en el país hasta antes del 2019. Ese año se iniciaron una serie de transformaciones en las que desapareció el SP por tratarse de un esquema que “contravenía los principios de gratuidad, universalidad y acceso irrestricto al derecho a la salud” (Flamand y Moreno-Jaimes, 2015). Esta crítica fue emitida por el presidente Andrés Manuel López Obrador (AMLO) desde que ocupó el cargo de Jefe de Gobierno en el entonces Distrito Federal (hoy Ciudad de México).

En la visión de quienes integran el Gobierno Federal liderado por AMLO, el SP era un modelo de financiamiento y no uno de atención en salud, ya que no contaba con la infraestructura médica necesaria (Becerril, 3 de julio de 2019) y no había una gestión de los recursos efectiva. Por ello, se hizo necesario un nuevo modo de administración y provisión de los servicios para terminar con la limitada capacidad de atención a la salud, la poca eficiencia en la administración de los recursos, y la *precariedad* y el *abandono* en el que se encontraba el sector.

En congruencia con esta visión, así como con el propósito del Gobierno Federal de universalizar el acceso a la salud de la población abierta, los cambios en el sector salud iniciaron con una reforma a la Ley General de Salud. Por medio de ella se creó el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) como un organismo descentralizado, sectorizado a la Secretaría de Salud. El INSABI se constituyó como una organización nacional encargada de la administración, la provisión y la supervisión de los servicios de salud en el territorio mexicano. Esto provocó que las atribuciones de las Entidades Federativas se transfirieran al INSABI.

Sin embargo, la transferencia de las atribuciones de salud no fue obligatoria, sino que las Entidades Federativas tuvieron la posibilidad de conservar, por decisión propia, sus responsabilidades. Para normar la decisión de transferencia o no de las Entidades Federativas al INSABI, se firmaron dos tipos de acuerdos de coordinación, los cuales funcionan como el marco normativo que reparte las obligaciones relacionadas con los recursos, el personal, la infraestructura y, en general, con la provisión de los servicios.

Esto ha transformado la estructura del esquema que ofrece servicios de salud a la población abierta. Se ha transitado de una forma descentralizada (donde las Entidades Federativas tenían capacidad de decisión, discrecionalidad, autoridad y/o control sobre la salud de la población a la que atendían), a una centralizada en la que la Federación ha asumido un rol preponderante en torno a la salud del país.

El INSABI absorbió las atribuciones de las Entidades Federativas que firmaron el acuerdo de transferencia. En las Entidades Federativas que optaron por la no transferencia, el INSABI tiene injerencia en la organización, en la supervisión de los servicios en los tres niveles de atención, y en la asignación y gestión de los recursos financieros.

En términos conceptuales, lo que ocurre en el sector salud representa una re-centralización de los servicios (se habla en presente por cuanto los cambios aún no se concluyen en su totalidad). Por re-centralización se propone la siguiente definición: *proceso mediante el que se reincorpora la autoridad, el control y la capacidad de toma de decisiones desde las unidades jerárquicamente inferiores o subnacionales hacia un centro*. Esto puede suceder en un país cuando se recuperan dichos elementos por el gobierno nacional, luego de que fueran transferidos a gobiernos o unidades subnacionales.

Re-centralizar es un proceso que únicamente se presenta luego de que el gobierno (o alguna organización) transcurra primero por procesos de centralización, luego de descentralización, para volver después a la centralización. Es una especie de *devolución*, un acto de recuperación de la jerarquía que significa *re-establecer* un centro del cual emanan las decisiones, la supervisión y el poder. Este re-establecimiento puede suceder mediante la creación de una nueva organización para ejercer la autoridad, el control y la capacidad de toma de decisiones o bien, reintegrando estos elementos a una ya existente.

El sector salud ha transitado, a través de la historia por procesos de centralización (antes de la década de los ochentas) y de descentralización (a partir del sexenio de Miguel de la Madrid y hasta 2019). De ahí que, los cambios por los que transcurre el sector en el sexenio de AMLO, pueden asociarse a una re-centralización, porque, a partir de las reformas normativas, la creación del INSABI, la firma de acuerdos de coordinación con las Entidades Federativas, entre otros instrumentos y políticas, se reincorpora la autoridad, el control y la capacidad de toma de decisiones a la Federación.

La re-centralización origina gobiernos y organizaciones centralizadas y sus efectos pueden ser múltiples. Puede afectar distintos ámbitos organizacionales como el financiero, los

recursos materiales y humanos, los procesos de atención a la población, las relaciones entre niveles jerárquicos, etc. El sector salud está conformado por distintas organizaciones, y cada organización del sector, en cada nivel de atención, puede presentar efectos distintos.

El propósito de la presente investigación es analizar las implicaciones o efectos de la re-centralización en el funcionamiento de los centros de salud que brindan atención de primer nivel a la población abierta. El funcionamiento se integra por la operación y el financiamiento que implica recursos humanos, materiales y financieros. Los centros de salud son relevantes debido a que tienen a su cargo la labor preventiva de enfermedades. Además, porque el gobierno de AMLO ha puesto un gran énfasis en la prevención de enfermedades, lo cual se ha plasmado en el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 y en el Programa Institucional del INSABI 2020-2024, así como en el Modelo de Salud para el Bienestar basado en la atención primaria de salud.

Este trabajo de investigación parte del supuesto de que la re-centralización tiene implicaciones o efectos en el funcionamiento de los centros de salud. Para probarlo se estudia el caso del centro de salud “Esperanza” ubicado en el municipio de Nezahualcóyotl, en el Estado de México. Se eligió este centro de salud por tres criterios: 1) porque el Estado de México es una de las Entidades Federativas que firmó el acuerdo de coordinación con el INSABI en el que transfirió sus responsabilidades en materia de salud a la Federación; 2) por ser una de las 28,000 unidades médicas que brindan atención primaria; 3) por la accesibilidad y cercanía al caso.

La investigación es exploratoria e interpretativa. El objeto de investigación es considerado como un fenómeno que no tiene precedentes sólidos en la academia, por lo que se intenta realizar aportaciones sin llegar a generalizaciones teóricas ni prácticas. Las implicaciones de la re-centralización se estudian desde la mirada organizacional, sin pretender que los hallazgos sean aplicables al resto de los centros de salud del país.

El estudio es interpretativo porque indaga en la percepción del personal médico, de enfermería y administrativo para conocer las consecuencias en el funcionamiento del centro de salud. Se estudia a este personal porque se parte de la idea que sostiene Lipsky (1971), sobre la importancia de los burócratas a nivel de calle (personas servidoras públicas que tienen contacto directo con la ciudadanía) en la implementación de las políticas públicas diseñadas por funcionarios de altos niveles jerárquicos: son ellas quienes, muchas veces, definen su dirección.

Bajo esta consideración, los burócratas a nivel de calle son quienes entienden y le dan sentido a los cambios que suceden en el sector salud, favorecen el cumplimiento de los objetivos de las transformaciones y el curso de la re-centralización. Para conocer su percepción, se realizaron 9 entrevistas semiestructuradas con una duración de entre 30 minutos y una hora, durante los meses de agosto y de septiembre de 2021. Así, se recabó información sobre los efectos de la re-centralización en el funcionamiento del centro de salud.

El funcionamiento se estudió con relación a ciertas dimensiones y subdimensiones establecidas con relación a las pretensiones más relevantes del gobierno en el sector salud (que pueden identificarse en el Plan Nacional de Desarrollo 2020-2022, así como en el Plan Sectorial de Salud); estas categorías se vincularon con la autoridad (A), el control (C) y la capacidad de toma de decisiones (CD), como se muestra en la siguiente figura:



El trabajo se divide en cuatro capítulos. El primero presenta el marco teórico y conceptual de la re-centralización. Se define a la centralización y la descentralización como procesos y como cualidades estructurales. La centralización como cualidad estructural está vinculada con la jerarquía y por ello se asocia con la burocracia. Como marco teórico, la burocracia funciona para describir y explicar este fenómeno porque la re-centralización origina organizaciones centralizadas. Esto abre pauta para preguntarse si la re-centralización representa una forma de recuperación o fortalecimiento del modelo descrito por Weber. En el capítulo también se recaban las características y las consecuencias de la centralización y la descentralización. Estas funcionan de manera distinta como cualidades estructurales en el gobierno debido a que las organizaciones gubernamentales no son iguales a las empresas o las asociaciones civiles, por ejemplo. La diferencia radica en su carácter público-estatal, lo que

las convierte en guardianas de lo común; así, se dedica un apartado para la centralización y la descentralización en organizaciones gubernamentales.

En el capítulo dos se realiza un recorrido histórico del sector salud en México con el fin de identificar los procesos de centralización y de descentralización. Se parte de la idea de Saltman *et. al.* (2008) sobre la relevancia de la historia organizacional en la definición y caracterización de la re-centralización. Este capítulo es la base para afirmar que la presente transformación del sector es una re-centralización. Para sistematizar el estudio de los acontecimientos, se propone dividir la historia del sector en tres etapas relacionadas con el contexto político, económico y social del país: 1) la etapa de la conformación, en donde se asocia la necesidad de la centralización con la institucionalización del gobierno nacional y la administración; 2) la etapa de la consolidación, que requirió del fortalecimiento de la centralización para que el Estado lograra un ponderarse y consolidarse institucionalmente a nivel nacional en todos los sectores; 3) la etapa de la evolución, que surgió con la entrada de un nuevo modelo económico cuyas políticas representaron procesos de descentralización en el gobierno. Así, se puede vislumbrar la transición desde un sector centralizado con la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hacia uno descentralizado con la aparición del Seguro Popular. Se destaca que la centralización en la historia de la administración de la salud en el país se relaciona con el presidencialismo mexicano. Esta premisa permite cuestionar si la re-centralización está relacionada con la recuperación del presidencialismo.

- 6 -

En el capítulo tres se describe el concepto de re-centralización por medio de algunos teóricos que han abordado el fenómeno. Se exponen casos de países que han optado por re-centralizar el sector salud y se enuncian sus razones, entre las que destacan los problemas de ineficiencia e inequidad derivados de la descentralización. Se define a la re-centralización como un proceso que origina organizaciones *centralizadas*, mas no *re-centralizadas*. Así, las características estructurales de la re-centralización son las de la centralización, enunciadas en el primer capítulo. Este apartado también presenta la metodología de la investigación, el caso y las preguntas de las entrevistas realizadas.

El cuarto y último capítulo se enfoca en el estudio del caso elegido. Primero, se delinear los cambios que ocurrieron en el sector salud a nivel nacional desde la creación del INSABI y la firma de los acuerdos de coordinación con las Entidades Federativas, los cuales pueden identificarse como consecuencias de la re-centralización en un nivel sectorial. Luego, se describe el caso estudiado y sus respectivos hallazgos sobre las implicaciones del fenómeno estudiado en el funcionamiento, entre los que se encuentran: la regionalización por niveles de

atención médica; la eliminación de la póliza del SP que causó la disminución del seguimiento de los pacientes; la reducción del abastecimiento de medicamentos e insumos, sobre todo los necesarios para las enfermedades crónico degenerativas; la regularización (basificación) del personal por contrato eventual y por honorarios; la disminución de la cobertura y el acceso a tratamientos de enfermedades como el cáncer de mama y el cervicouterino; el incremento de los reportes estadísticos; y la supervisión en ciertas áreas estratégicas (como la distribución de los medicamentos).

La última parte de la investigación está dedicada a las conclusiones. El trabajo representa un esfuerzo por ampliar la comprensión de la re-centralización. Debido a su relativa novedad, este fenómeno aún no cuenta con un amplio desarrollo por parte de la academia en México. Pero, sin duda, su estudio es de relevancia para las organizaciones y el gobierno, ya que supone una transformación en la organización, el funcionamiento y la operación no sólo del sector salud, sino de cualquier organismo o actividad gubernamental.

Capítulo 1 Centralización y descentralización

La centralización en las organizaciones

Las organizaciones pueden adoptar diferentes formas. Hay muchas causas que influyen en su estructura, desde elementos funcionales relacionados con los procesos, procedimientos o metas, hasta cuestiones como el tipo de liderazgo, la estrategia que se emplea para alcanzar los resultados, etc., o bien elementos del ambiente. La llamada *organización moderna* usualmente se relaciona con la burocracia, que se consideró durante mucho tiempo como el tipo organizacional más eficiente y efectivo para alcanzar los resultados deseados. De acuerdo con Weber (2004), su origen se remonta al desarrollo de la economía monetaria, del mercado y, por ende, del capitalismo¹.

La burocracia se consideró como un modelo de organización² que aseguraba el éxito porque generaba más precisión, rapidez y reducía los costos materiales y de personal (Hage, 1965; Blau et. al. 1966). Por ello fue adoptado por otros tipos de organización como los hospitales, partidos políticos e incluso las iglesias (Bossard, et. al., 1976). Weber (1991), quien popularizó la burocracia como organización social por excelencia de la modernidad³, la describió con ciertas características, entre las que se encuentran las siguientes:

I. Existe el principio de sectores jurisdiccionales estables y oficiales organizados en general normativamente.

(...)

II. Los principios de jerarquía de cargos y de diversos niveles de autoridad implican un sistema de sobre y subordinación férreamente organizado, donde los funcionarios superiores controlan a los funcionarios inferiores.

(...)

III. La administración del cargo moderno se funda en documentos escritos ("archivos") que se conservan de forma original o como proyectos (...) La organización moderna del servicio civil separa, en principio, la repartición del domicilio privado del funcionario.

(...)

¹ Coriat (1998) robustece esta apreciación. Analiza históricamente la aparición de las burocracias en un contexto industrial, en donde el desarrollo del capitalismo juega un papel fundamental. De manera general, explica cómo lo antes producido por artesanos en talleres familiares, se vuelve una producción industrial con la introducción del cronómetro al proceso de trabajo y la apropiación de los conocimientos (el *know how*) por parte de los mercaderes. Entonces se comienza a reclutar a los artesanos (a quienes pertenecían los conocimientos del proceso de trabajo) en fábricas con cierta maquinaria y tecnología, y se establecen formas de trabajo específicas (las mejores) basadas en la medición de tiempos y movimientos. De esta manera, los artesanos se convierten en trabajadores que reciben un salario por lo que hacen.

Desde su perspectiva, este proceso origina a las organizaciones modernas y, por tanto, a la forma de organización burocrática.

²Blau (citado por Pugh et al. 1963), por ejemplo, define a la burocracia como una organización que maximiza la eficiencia en la organización o un método institucionalizado de la conducta social organizada en los intereses de la eficiencia administrativa (296).

³ Weber concibió a la burocracia como un tipo ideal que no existe en la realidad en su sentido puro, pero que funciona como una herramienta analítica que permite estudiar a las organizaciones (Pugh et al. 1963; Nefzger, 1965; Mouzelis, 1975).

IV. Administrar un cargo, y administrarlo de manera especializada, implica, por lo general, una preparación cabal y experta.

(...)

VI. La administración del cargo se ajusta a normas generales, más o menos estables, más o menos precisas, y que pueden aprenderse” (3-9).

La jerarquía es, para Weber, uno de los principales elementos de la burocracia. La asocia con la distribución de la autoridad y con el control, ambos elementos relacionados con el cumplimiento de las normas. Además, la burocracia opera bajo la *racionalidad instrumental*, que, en la concepción de Barba (2013), se equipara a la eficiencia. La distribución de la autoridad en la burocracia proviene de la diferenciación de actividades y aptitudes de quienes integran a este tipo de organización. Usualmente existe un alto grado de especialización en la cúspide jerárquica; este tipo de puestos involucra la supervisión del personal (la cual se materializa en el cumplimiento de las reglas), y a partir de ello se pretende garantizar la operación y el funcionamiento de la organización.

Existen otros autores que sintetizan las características de la burocracia con base en el análisis de Weber. Por ejemplo, Friedrich (citado por Pugh *et al.*, 1963) las resumió en seis elementos principales. Tres son estructurales: la centralización del control y de la supervisión, la diferenciación de las funciones, y la calificación para el puesto de trabajo. Otras tres son de comportamiento: objetividad, precisión y consistencia, y discreción y secreto (295).

Mansfield (1973) identificó seis principios de la burocracia aplicables en cualquier organización en mayor o menor grado: (1) las áreas jurisdiccionales están generalmente ordenadas por reglas; (2) las organizaciones tienen un estricto sistema jerárquico de autoridad; (3) la administración se basa en documentos escritos, que se conocen como archivos; (4) la administración presupone una formación completa y experta; (5) la actividad burocrática es de tiempo completo; (6) la administración de la burocracia sigue reglas generales, que son más o menos estables, más o menos exhaustivas, y pueden ser aprendidas (477).

La jerarquía junto con la reglamentación y la especialización parecieran ser la triada de principios distintivos de las organizaciones de este tipo. La jerarquía es el elemento más importante porque se asocia con la distribución de la autoridad en la organización, un factor indispensable para su funcionamiento en términos de colaboración y cooperación, supervisión, actuación unificada y cumplimiento de objetivos⁴.

⁴ La jerarquía y el control característico de las burocracias es quizá lo que ha permitido que sean consideradas como instrumentos, sobre todo aquellas asociadas al poder político (Eisenstadt, 1958).

La jerarquía está relacionada con la idea de la centralización. Sin embargo, se diferencian entre sí en tanto que la jerarquía se refiere al orden orgánico del ejercicio de la autoridad, a las relaciones que se generan dentro de la organización; mientras que la centralización se puede definir como un proceso o como una cualidad estructural. La relación surge al identificar de dónde proviene la autoridad⁵. Como cualidad estructural, la centralización se refiere a una característica que permite identificar dónde reside el poder o la autoridad en la organización. Se diferencia de la jerarquía porque ésta se vincula con la forma en la que se establecen las relaciones organizativas (Nieto, 1992), por ejemplo, con cuántos niveles jerárquicos existen⁶. Se propone que la centralización se entienda también como un proceso que supone la acción de otorgar ciertos elementos a un centro. Sin embargo, ambas definiciones son complementarias debido a que no se tiene una estructura *centralizada* (cualidad) sin *centralizar* (acción).

La importancia de la centralización como cualidad estructural radica en que influencia variables como la formalización (la existencia de reglas), o la complejidad, entendida como el grado de profesionalización de los miembros de la organización (Pugh *et al.* 1963; Hage, 1965; Blau *et al.* 1966; Hagen y Aiken, 1967; Mansfield, 1973; Moch y Morse, 1977), así como la actuación de las organizaciones⁷. Como proceso identifica a ciertos actores responsables de la acción organizativa. La siguiente sección tratará de ampliar la categoría de la centralización en organizaciones y, particularmente, en organizaciones gubernamentales. Asimismo, se hará una diferenciación con su contraparte, la descentralización.

¿Qué es la centralización en las organizaciones?

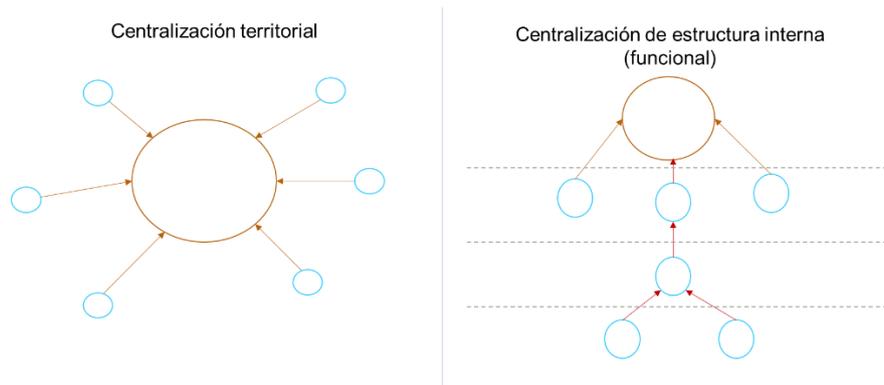
La centralización puede conceptualizarse desde diferentes perspectivas. Aquí se propone identificar dos. Bray (2013) indica que es un *proceso* que bien puede iniciarse de manera deliberada o no, y que consta de dos dimensiones: una *funcional*, que se refiere la concentración de la autoridad en una o varias unidades; y la otra *territorial*, que significa la distribución (también concentración) del control en una o varias unidades geográficas (203).

⁵Méndez (s/f) elabora, desde el derecho, el vínculo entre jerarquía y centralización. Desde su análisis sobre la relación jerárquica, propone dos conceptos como elementos de esta relación: 1. *poder de mando*, al que corresponde la jerarquía, porque “permite al jerarca, a través de líneas respectivas, desenvolver la energía del sistema”; 2. *concentración funcional*, pues sin la concentración no sería posible reconocer en el jerarca la “competencia [y] la aptitud jurídica para obrar y decidir” (25)

⁶ En estas relaciones organizativas puede identificarse principalmente la subordinación, esto es, la forma en la que se ejerce la autoridad, en la que se establece la comunicación, la coordinación, etc., elementos verticales en una jerarquía.

⁷ El estudio de las relaciones entre diferentes elementos organizacionales es parte de la Teoría de la Contingencia.

Figura 1 Las dos dimensiones de la centralización



Fuente: Elaboración propia con base en Bray (2013).

Existen autores que definen, por su parte, a la centralización como una cualidad estructural de acuerdo a ciertos elementos constitutivos, entre los que pueden identificarse tres principales: el control, la autoridad y la capacidad de toma de decisiones.

A. El control. La centralización como la concentración del control

Whisler *et al.* (1967) apuntan que la centralización es un atributo de un sistema o una estructura de control. Con base en tres dimensiones sobre el control, indican que es una condición de concentración del control en manos de algunos miembros de la organización. El caso extremo de la concentración (o su límite) se presenta cuando un miembro tiene todo el control y los otros nada. El control es de importancia debido a que es un factor que ordena y hace predecible el funcionamiento⁸de la organización (Tannebaum, 1956).

Para Tannebaum (1956), el control puede ser definido, en un sentido amplio, como cualquier proceso en el que una persona, grupo de personas u organización, intencionalmente afecta lo que hace otra persona, grupo u organización. Especifica que el control opera de manera particular; por ejemplo, cuando el supervisor o capataz indica a sus subordinados cómo hacer determinado trabajo, o bien cuando se estipulan las políticas de una organización (1962, 239). Novikov (2012) coincide en que el control es una influencia ejercida sobre un sistema organizacional para asegurar un determinado comportamiento. En términos de libertad, el control (o ser controlado) significa menor capacidad de autodeterminación de la conducta (Tannebaum, 1962).

B. La autoridad. La centralización como la concentración de la autoridad.

⁸La predicción del funcionamiento y del comportamiento es otro principio rector de la burocracia. Diríase que la importancia de la existencia de la centralización y la jerarquía radica en la anticipación de la acción organizacional, es decir, que ante ciertas circunstancias se tendrá la certeza de que la organización reaccionará de determinadas formas.

Para Marume y Jubekanda (2016), la centralización significa la concentración de la autoridad en el nivel más alto de la administración; esto supone que los niveles más bajos de la jerarquía no pueden actuar bajo su propia iniciativa, sino que deben referir los problemas a sus superiores para que tomen las decisiones correspondientes, lo que los hace dependientes en una escala vertical (en la jerarquía). Para Tannebaum (1962), la autoridad es el derecho para ejercer el control. Presthus (1960) la define como la capacidad de generar obediencia en otros de manera legítima; esto supone que quienes obedecen aceptan y validan la autoridad.

Esta última definición se relaciona con la proporcionada por Weber (2004), quien indica tres tipos de autoridad legítima: la carismática, que se relaciona con la creencia en las características personales de alguna persona (por ejemplo en su heroísmo), la tradicional, que proviene de la creencia en valores tradicionales o costumbres (por ejemplo los patriarcas), y la legal-racional, que se crea por medio de la creencia en las leyes, normas, etc. Este último tipo de autoridad es el característico de la burocracia y, por ende, el que se encuentra relacionado con la centralización. La autoridad legal-racional está ligada a finalidades impersonales y funcionales (Weber, 1991).

Entonces, cuando la autoridad es aceptada (legitimada) y se concentra en el nivel (o los niveles) más alto de la jerarquía, existe la centralización.

12

C. La toma de decisiones. La centralización como la concentración de la capacidad de toma de decisiones.

Pugh *et al.* (1963), Hagen y Aiken (1967) y Hage (1965) tienen una visión similar la señalada por Marume y Jubekanda (2016), pero en términos de toma de decisiones. Para ellos la centralización puede ser definida (y medida) como el grado en el que la toma de decisiones que afectan a la organización está concentrada en una sola unidad⁹. Esto significa que existe un menor nivel de participación en la toma de decisiones por parte de otros miembros de niveles jerárquicos inferiores de la organización, así como un alto grado de dependencia en la jerarquía de la autoridad (Hagen y Aiken, 1967 y Hage, 1965). Latha y Kumar (2015) añaden que la legitimidad para tomar decisiones se obtiene a partir de las reglas impersonales que habilitan y constriñen la actuación¹⁰ (Mansfield, 1973).

⁹La centralización como un proceso no se contrapone a esta idea de concentración de la toma de decisiones, poder y control. Bray (2013) indica que la centralización (así también la descentralización) suponen un asunto de control y de distribución de recursos.

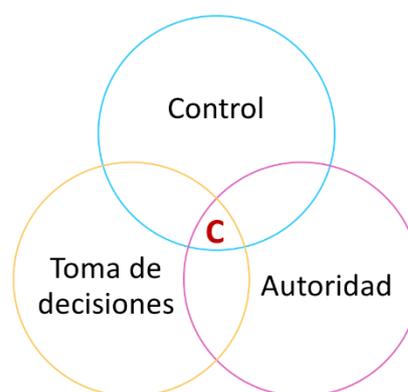
¹⁰Al respecto Pugh *et al.* (1963) resaltan que, en términos metodológicos y de medición, es importante identificar los límites de la autoridad y la responsabilidad de los jefes. Por ello proponen que la centralización se dimensione en los límites de la discreción sobre el control de los recursos (dinero, personal, materiales, ideas, etc.) y el control sobre las actividades. Así, se definiría que una organización es más centralizada en cuanto el control se pierda mientras más lejos se está del jefe.

Participar en la toma de decisiones es un elemento importante que permite a los miembros incidir en la actuación de la organización. Puede definirse a esta participación como la posibilidad de que tanto los administradores como los subordinados se involucren en la elección entre diferentes alternativas de conducta, es decir, de tomar una decisión.

Entendida como un proceso, la toma de decisiones se compone de tres pasos: el primero se refiere a cuando un individuo se hace consciente de las alternativas de conducta relevantes para la decisión a tomar; en el segundo se sopesan cada una de estas alternativas y sus consecuencias; el último es cuando se define y se opta por la alternativa (Tannenbaum y Masarrik, 1950). Los administradores y los subordinados usualmente tienen la posibilidad de participar en los dos primeros pasos. No obstante, en una estructura centralizada, el último paso concierne sólo a los administradores.

Derivado de lo anterior, se puede afirmar que la *concentración* es el carácter esencial que constituye a la centralización; y se propone que dicha concentración entienda con base en los tres elementos referenciados (el control, la autoridad y la capacidad de toma de decisiones). Como proceso, la centralización ocurre en la acción de depositar el control, la autoridad y la capacidad de toma de decisiones en un centro que se ubica en la cúspide de la jerarquía organizacional, esto es, en *concentrar* el control, la autoridad y la toma de decisiones. Como una cualidad estructural, diríase que existe centralización cuando los tres elementos están *concentrados* en un centro fácilmente identificable.

Figura 2 Los tres componentes teóricos de la centralización



Fuente: Elaboración propia.

A pesar de que analítica y categóricamente la centralización como proceso o como cualidad estructural puede tener ciertas diferencias (en tanto que en una es una acción y en la otra una característica)¹¹, en la realidad ambas categorías coexisten y son simultáneas.

¹¹Como proceso y como cualidad estructural, la centralización genera perspectivas de estudio diferentes. Por ejemplo, si se desea estudiar a la centralización como proceso, entonces habría que

No se puede tener una organización centralizada sin haberla centralizado previamente, ni tampoco puede centralizarse sin que el objetivo sea centralizar la organización.

La centralización origina ciertas características en las organizaciones. No obstante, como proceso hay ciertas particularidades, con relación a las dimensiones que propone Bray (2013) —funcional y territorial—. La siguiente tabla trata de elaborar algunos de los principales rasgos cuando se habla de que una organización es centralizada o se centraliza:

Tabla 1 Características de la centralización

Funcional	Territorial
Se refiere a...	
El grado de concentración de las decisiones, el control y la autoridad, en los altos mandos de la jerarquía.	Hay diferentes unidades (organizaciones) dispersas en una región geográfica, que responden directamente a unidades centrales, las cuales ejercen la autoridad y el control, así como toman las decisiones sobre la actuación y el funcionamiento de las unidades dispersas en la región.
Características	
<ul style="list-style-type: none"> - Existen uno o varios centros de autoridad en la organización que se encuentran en la alta jerarquía y que pueden ser fácilmente identificados por medio de un organigrama. - Hay uniformidad en las funciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existen organizaciones repartidas en diferentes zonas geográficas que responden a centros de autoridad específicos ubicados en una zona geográfica estratégica. - La autoridad, la decisión y el control sobre el funcionamiento de las organizaciones y la generación de resultados corresponden a los centros de autoridad.
Características en común de la centralización como proceso y como cualidad estructural	
<ul style="list-style-type: none"> - La centralización generalmente viene acompañada de una alta formalización del funcionamiento de la organización (o unidades geográficas), es decir, de reglas que indiquen la forma de operar. - Los centros de autoridad tienen altos grados de responsabilidad sobre la operación. - Hay una alta supervisión de las conductas de los miembros. - Existe un grado muy bajo (en ocasiones inexistente) de participación en la toma de decisiones de los diferentes niveles jerárquicos o unidades geográficas. - Usualmente la autoridad que ostentan los altos mandos es establecida y legitimada por medio de las normas. 	

indagar en los actores, en lo que los orilló a decidir o impulsar cambios en la organización para concentrar los tres elementos que aquí se enunciaron como componentes de la centralización. Por el contrario, como cualidad estructural, la centralización pueden analizarse a partir de su relación con otro tipo de elementos estructurales de las organizaciones, como lo hicieron el grupo de los teóricos de la contingencia, cuyo interés se centró en operacionalizar los elementos de la burocracia (formalización, profesionalización, centralización); véanse los arriba mencionados Hage (1965); Puch *et al.* (1963).

- Existen altos niveles de control jerárquico.

Fuente: Elaboración propia.

Consecuencias de la centralización en las organizaciones

La centralización está relacionada con diversos elementos de las organizaciones, como la innovación, la profesionalización, el tamaño, etc. A continuación se presentan algunas perspectivas en las que se vincula a la centralización con otros elementos.

Como se mencionó líneas arriba, desde la postura de Weber y otros autores más (Hage, 1965), la centralización contribuye a la coordinación de las actividades y a incrementar la eficiencia. Esto sucede porque la autoridad central está más comprometida con las metas y objetivos de la organización, y porque se tiene un importante control sobre las actividades (Etzioni, 1959).

Además, dado que hay una mayor formalización de las actividades, se puede hacer predecible la actuación de cada departamento e integrante de la organización, como lo intentan demostrar los estudios de Blau *et al.* (1966) y Hagen y Aiken (1967). Estos autores concuerdan en que existe una mayor coordinación¹² de las actividades dentro de la organización. Mosch y Morse (1977) añadirían el hecho de que hay una mayor disciplina y una disminución de los costos.

Love *et al.* (2002) arguyen que la centralización puede contribuir con los resultados esperados porque resulta más fácil mantener la coherencia del enfoque estratégico. Asimismo, dado que los niveles jerárquicos dependen de una autoridad legítima, se suele seguir lo que la autoridad indique, mientras que el centro de la organización puede concentrarse en las metas estratégicas. Es decir, hay una guía clara y una ideología unificada, así como una integración de las actividades en toda la organización.

En general, se arguye que la centralización contribuye al control dentro de la organización, ya sea en términos de recursos, de implementación de políticas o innovaciones, así como de la conducta y actuación de los miembros.

Marume y Jubekanda (2016; 107) enlistan los méritos de la centralización de la siguiente manera:

- a) Provee un máximo control sobre la organización.

¹²La coordinación puede ser definida como el grado de vínculos adecuados entre las partes de la organización para alcanzar los objetivos. Es decir, supone una articulación de los roles para alcanzar determinados conjuntos de tareas. Usualmente la coordinación en una organización centralizada tiene un gran énfasis en la planeación (Hagen *et. al.* 1971).

- b) Asegura que el trabajo se realice de la misma manera de acuerdo con los mismos principios y políticas generales.
- c) Hace que los abusos de la administración sean menos difíciles en asuntos como el reclutamiento y manejo de personal.
- d) Asegura la economía de la administración evadiendo la duplicación del trabajo.
- e) Facilita el dinamismo en la organización a través del rol activo del liderazgo.
- f) Es adecuada para lidiar con emergencias y asuntos no anticipados.
- g) Propicia la máxima utilización de los recursos humanos y materiales en la organización.

Otros estudios amplían la descripción de los efectos que tiene la centralización en las organizaciones, así como su relación con otras variables. Blau *et al.* (1966) encontraron, en su estudio de 156 agencias norteamericanas de personal público, que las organizaciones tienden a ser mucho más centralizadas cuando presentan una división del trabajo más amplia (que típicamente se asocia a un mayor tamaño de la organización), personal menos especializado o profesionalizado (complejidad), y actividades más formalizadas (es decir, el grado en el que las actividades de trabajo están definidas formalmente por reglas, políticas o procedimientos [Michaels *et. al.* Citado por Katsikea *et al.*, 2011])¹³.

Hagen y Aiken (1967) coinciden con esta conclusión y asumen que un mayor grado de centralización significa menor complejidad y mayor formalización. Hagen *et al.* (1971) encontraron, en otro de sus estudios sobre centralización en relación al flujo de la comunicación y la información dentro de la organización, que una menor participación en la toma de decisión conduce a una comunicación más vertical y una menor comunicación entre los departamentos o áreas.

Jansen *et al.* (2006), por su parte, centran su interés en la relación centralización-innovación, para lo cual, categorizan a esta última en dos: la *exploratoria* y la *explotadora*. La primera se refiere a innovaciones radicales que, en la empresa, son diseñadas para conocer las necesidades de consumidores o mercados emergentes, para lo cual se requiere nuevo conocimiento porque implica ofrecer nuevos diseños, crear nuevos mercados y desarrollar canales de producción. La segunda significa innovaciones incrementales que se diseñan para conocer las necesidades de mercados o consumidores existentes, y que se

¹³ Mansfield (1973) se contrapone a la asociación de Blau *et al.* (1966) sobre el tamaño de la organización y el nivel de centralización. Los hallazgos de este autor respecto a la relación entre la centralización y el tamaño de la organización, indican que las organizaciones más grandes tienden a descentralizar la toma de decisiones (478).

construyen a través de conocimiento ya existente para reforzar las habilidades, procesos y estructuras que se tienen. Para estos autores, la centralización afecta negativamente a la innovación *exploratoria*, porque disminuye la capacidad de los miembros de las unidades de la organización de buscar nuevas soluciones.

Moch y Morse (1977) coinciden con este último argumento. Mediante un análisis de diferentes hospitales estadounidenses, arguyen que la adopción de innovaciones que se relacionen con los intereses de los miembros, es decir con especialistas y con los departamentos (que se puede asociar con la innovación *exploratoria*), es un fenómeno menos común en organizaciones centralizadas.

Haamed *et al.* (2012) encuentran, en su estudio sobre la relación de la innovación con diferentes aspectos estructurales de la organización, que en pequeñas organizaciones la centralización de la toma de decisiones y una estructura flexible ayudan a la adopción de innovaciones. Asimismo, hallaron que en grandes organizaciones la centralización no tiene una relación con la adopción de la innovación, pero sí con su implementación.

George y King (1991) establecen, en su análisis entre centralización y computarización, que sólo existe una relación entre estas dos variables si así lo desea la gerencia. Es decir, para ellos la introducción de tecnologías de la información en los procesos organizacionales no tiene un efecto específico sobre la centralización ni viceversa, sino que deviene de una decisión gerencial: las organizaciones son centralizadas porque así se quiso y la computarización puede resultar una mera herramienta para contribuir a dicho elemento estructural.

Los estudios aquí enlistados muestran que tanto aspectos estructurales de la organización (como la formalización de las tareas), así como aquellos relacionados con la interacción entre los miembros, son afectados por la centralización en mayor o menor medida (o afectan a la centralización, como la computarización). En algunos autores es posible identificar, al menos de manera indirecta, la cuestión sobre si la centralización es un elemento estructural que puede ser benéfico para la organización y en qué medida, o bien, bajo qué circunstancias.

La siguiente tabla intenta sintetizar las consecuencias de la centralización en las organizaciones. Se clasifican los efectos en positivos y negativos:

Tabla 2 Consecuencias de la centralización

Consecuencias (-)	Consecuencias (+)
- Genera una menor comunicación entre los departamentos o unidades	- Contribuye a la coordinación - Incrementa la eficiencia

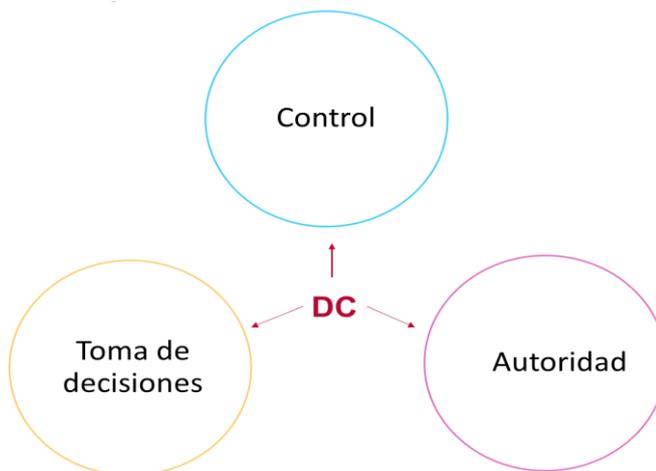
<p>que componen a la organización</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminuye la capacidad de la organización para la adopción de innovaciones - Puede dirigir a la rigidez organizacional en tanto que requiere un apego estricto a las normas - Propicia un menor flujo de información entre los departamentos o unidades - Genera retraso en la respuesta organizacional 	<ul style="list-style-type: none"> - Propicia un mayor control sobre la operación y las actividades de la organización - Contribuye a una delimitación clara de las funciones - Coadyuva a la implementación de innovaciones - Permite la creación de una guía bien establecida para alcanzar las metas de la organización - Genera una disminución en los costos
--	--

Fuente: Elaboración propia.

La descentralización en las organizaciones

La otra cara de la moneda de la centralización es la descentralización. A diferencia de la primera, en la descentralización los componentes de control, autoridad y capacidad de toma de decisiones se hallan dispersos en diferentes unidades, organizaciones o departamentos¹⁴.

Figura 3 Los componentes de la descentralización



Fuente: Elaboración propia. El esquema intenta representar lo opuesto al de la Figura 2 en el que se puede observar que los círculos se intersectan.

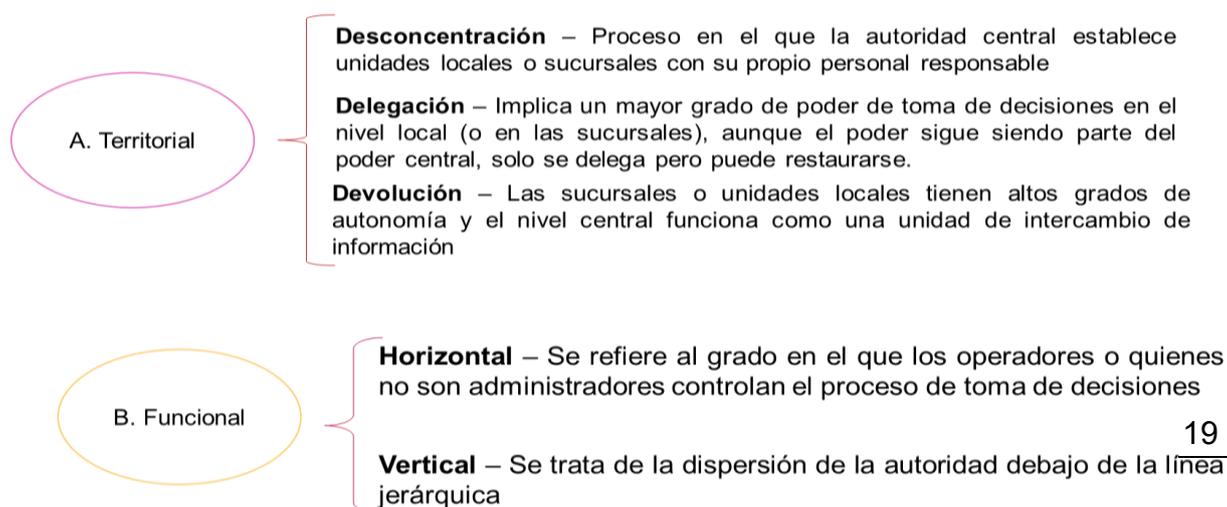
Al igual que la centralización, la descentralización puede categorizarse como proceso y como cualidad estructural. Como proceso, Bray (2013) indica que se compone por dos dimensiones: la *funcional*, que se presenta como la distribución de la autoridad

¹⁴Aiken y Hagen (citado por Richardson *et al.*, 2001) definen a la descentralización como el grado en el que a los miembros se les asignan tareas y luego se les provee de la libertad para realizarlas sin la interrupción de los supervisores.

entre unidades que operan en paralelo y usualmente se da dentro de la organización; y la *territorial*, que supone la distribución de la autoridad entre diferentes unidades territoriales.

Además, este autor integra subdimensiones a la descentralización territorial: la desconcentración, la delegación y la devolución. A la dimensión funcional podrían añadirse dos subdimensiones también: la horizontal y la vertical (Mintzberg, 1979). La siguiente figura muestra las dimensiones y subdimensiones de la descentralización, con base en estos dos autores:

Figura 4. Las dimensiones y subdimensiones de la descentralización



Fuente: Elaboración propia con base en Bray (2013) y Mintzberg (1979).

Algunas de las causas de la descentralización pueden ser: a) el desarrollo tecnológico y los flujos de información acelerada, que originan altos grados de turbulencia e incertidumbre; b) el crecimiento de la economía del conocimiento, en donde los principales recursos de la creación de valor son las ideas y la experiencia; y c) la incorporación de los *millennials* como fuerza de trabajo, quienes, a diferencia de las generaciones pasadas, buscan el cumplimiento de sus expectativas personales y tienen menos preferencia a la subordinación del poder de la gerencia, así como cierto recelo hacia la jerarquía y las reglas rígidas (Lee y Edmondson, 2017)

La profesionalización del personal en las organizaciones también puede ser considerada como un factor que propicia la descentralización. Por ejemplo, en el estudio arriba mencionado elaborado por Blau *et al.* (1966), se entiende que cuando una organización está más profesionalizada, se necesita mayor autonomía e independencia.

Esto puede relacionarse con el incremento del desarrollo de los flujos de información. De acuerdo con Prechel (1994), en ocasiones existe información abstracta que

debe procesarse y para lograrlo es necesario un agente capacitado que pueda interpretarla y manejarla; es decir, personal especializado quien, al final, pueda tomar las mejores decisiones. Para ello se requiere de ciertos grados de discrecionalidad, lo que implica una descentralización en la organización.

Consecuencias de la descentralización en las organizaciones

Al igual que la centralización, la descentralización genera diferentes consecuencias para las organizaciones. Marume y Jubekanda (2016) enlistan los beneficios o méritos de la descentralización de la siguiente manera:

- a) Incrementa la eficiencia administrativa, reduciendo los retrasos y fomentando la respuesta rápida.
- b) Reduce la carga de trabajo de los altos mandos y les permite concentrarse en asuntos de mayor importancia para la organización.
- c) Desarrolla la iniciativa y el respeto mutuo entre los subordinados.
- d) Hace a la administración más responsable, y las sucursales actúan de acuerdo con las condiciones y los requerimientos locales.
- e) Facilita la participación en el proceso administrativo y fortalece la democracia en los niveles más bajos.
- f) Permite el desarrollo de los ejecutivos de segunda línea a través de una adecuada delegación de autoridad a los niveles más bajos de la jerarquía.
- g) Promueve la diversificación y la expansión de la organización para alcanzar objetivos.
- h) Facilita la adaptación de políticas y programas nacionales de acuerdo con las condiciones locales.
- i) Alivia el problema del exceso de información¹⁵ por medio de la reducción del papeleo en los diferentes niveles jerárquicos.
- j) Promueve la competencia.

Para Luftman (2003) la descentralización de las decisiones y las funciones relacionadas con las tecnologías de la información ayuda a las unidades locales a alcanzar sus propios beneficios estratégicos, porque facilita la respuesta a los consumidores, tanto internos como externos, así como permite el control local de las estrategias de desarrollo y el mantenimiento de los recursos. Asimismo, permite a la organización responder de

¹⁵El problema de la sobrecarga de información o el exceso de información se traduce en poca capacidad de procesamiento y de asimilación de la información y, por lo tanto, en una menor respuesta por parte de la organización (Mintzberg, 1979). Ty5

manera rápida a las condiciones locales y estimula la innovación entre los miembros (Mintzberg, 1979).

Levina (2020) identifica, en su recopilación teórica sobre la descentralización, que facilita la comunicación, reduce las consecuencias negativas de la asimetría de la información, y promueve un uso más eficiente de la información disponible. Con base en otros estudios, también señala que puede incrementar la productividad, así como incentivar a las organizaciones a ser más innovadoras en el comercio internacional y a ser más resistentes ante las crisis económicas. Esto se puede traducir en una mejor actuación en términos de oportunidades de supervivencia, productividad, ventas y beneficios durante y después de la crisis. Por el contrario, señala que los costos de la descentralización en países con instituciones débiles pueden ser muy altos y, por lo tanto, las organizaciones tienden a ser más centralizadas en los países con prácticas corruptas.

Con respecto a la corrupción, Lessman y Markwardt (2010) encuentran que la descentralización puede contribuir a su disminución, siempre y cuando exista un adecuado monitoreo de las actividades de los burócratas, lo que se consigue mediante la libertad de prensa. Sin embargo, estos autores señalan que existen investigaciones que indican que la descentralización puede generar oportunidades para incrementar la corrupción, porque los burócratas pueden estar sometidos a las demandas de grupos de interés locales, además de que puede disminuir el monitoreo y el control sobre los burócratas.

Monteiro *et al.* (2020) observan que la descentralización puede causar efectos negativos en la seguridad operacional de los trabajadores de organizaciones que tienen riesgos latentes, como las gaseras por ejemplo. Para ellos, la descentralización produce que exista una menor influencia de los expertos en la adopción de políticas de seguridad (porque cada unidad toma sus propias decisiones de acuerdo con sus propios criterios), lo que inhibe que se entiendan los problemas y los riesgos de manera común y, por tanto, no permite que se adopten prácticas generalizadas en la organización.

Richardson *et al.* (2001) indican que la descentralización puede funcionar para hacer sentir satisfechos a los empleados con su trabajo, consigo mismos y con la organización, pero en realidad puede no ser tan benéfica para promover la posición financiera de la organización. En su estudio sobre organizaciones de salud, encuentran que mientras más descentralización existe, menos rendimiento financiero se obtiene. Aunque también aclaran que la descentralización incrementa el desempeño organizacional sólo si existen condiciones internas y externas que así lo favorezcan.

Kumar *et al.* (2020) rescatan, en su recuento de la literatura sobre la descentralización, sus aspectos positivos y negativos. Entre los primeros, encuentran que

existe un efecto positivo en la respuesta y la transparencia de la organización, se mitigan las asimetrías de la información y es posible abordar las necesidades específicas del contexto. Entre los negativos, que puede incrementar la incoherencia estructural que afecta la sostenibilidad financiera, así como promover el nepotismo y la preferencia de los intereses de las élites locales, lo que posibilita la corrupción.

Tuncdogan *et al.* (2017) establecen que la descentralización otorga a la administración la oportunidad de concentrar su limitada atención en aspectos más generales, porque delegan elementos particulares a expertos. Por otro lado, la descentralización viene con el riesgo, intencional o no, de que los expertos o los agentes a quienes se les delegan ciertas tareas no actúen de la mejor manera e incurran en conductas no éticas; es decir, que, dado que la administración disminuye el control sobre las actividades, los empleados pueden decidir o actuar para su propio beneficio.

Luego de este breve recuento, la siguiente tabla sintetiza las consecuencias de la descentralización, tanto positivas como negativas:

Tabla 3. Consecuencias de la descentralización

Consecuencias (-)	Consecuencias (+)
<ul style="list-style-type: none"> - Incrementa los costos y no contribuye al posicionamiento financiero de la organización - Inhibe la integración y homogeneidad de actividades entre las unidades locales - Puede dirigir a conductas inapropiadas por parte de los niveles locales - Disminuye la inclinación hacia la prevención de riesgos 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilita la respuesta organizacional ante las problemáticas - Permite un mejor flujo de la información para la toma de decisiones - Promueve la adopción de innovaciones - Incentiva a los miembros de la organización - Favorece la atención de demandas o problemas locales de acuerdo con sus propias características - Contribuye al incremento del desempeño organizacional

Fuente: Elaboración propia

Tal como se ha señalado con anterioridad, la centralización y la descentralización son cualidades de la estructura de una organización. Tienen dos implicaciones generales: 1) identifican el lugar del poder para tomar decisiones, que se refuerza por medio de la jerarquía y los incentivos, y establece quién tiene autoridad sobre qué; y 2) establecen quién debe coordinarse con quién (Raveendran, 2019).

Finalmente, hay que destacar que las consecuencias de la centralización y la descentralización dependen de las condiciones internas y externas de la organización (Richardson *et al.*, 2001); esto implica, a su vez, que existen situaciones en las que una u

otra son deseables de implementar. Además, generalmente coexisten de manera simultánea en las organizaciones, de modo que, en la realidad, no se puede hablar de centralización o descentralización en un sentido puro.

Centralización y descentralización en las organizaciones gubernamentales

Las organizaciones gubernamentales son un caso particular diferente al resto de las organizaciones (ya sean empresas, organizaciones sociales, de la economía social y solidaria, etc.). Su diferencia radica en su naturaleza pública ligada, en última instancia, a lo estatal. Es decir, contrario a las empresas, por ejemplo, las organizaciones gubernamentales tienen finalidades relacionadas con las necesidades de la sociedad de un Estado¹⁶ en particular, sin algún tipo de interés lucrativo por parte de quienes las integran.

Lo público de estas organizaciones, encuentra su sentido en lo común o colectivo. Rabotnikof (1993) señala que lo público puede ser categorizado a partir de tres nociones:

“[...]1) lo que es de interés o de utilidad *común* a todos, que atañe al colectivo, que concierne a la comunidad y por ende la autoridad de allí emanada [...]; 2) lo que es *visible* y se desarrolla a la luz del día, lo manifiesto y ostensible [...]; 3) (que puede resultar en una derivación de las dos anteriores) lo que es de uso común, *accesible* a todos y por tanto lo abierto” (76).

Al Estado se le dota la tarea de preservar lo común, lo cual se obtiene por medio de organizaciones gubernamentales que se enfocan en materializarlo (en forma de servicios, por ejemplo¹⁷), de ahí que este tipo de organizaciones tengan una investidura pública.

En el desarrollo de la historia de la humanidad (moderna y occidental), se han generado distintos tipos de Estado cuyas particularidades proponían determinadas cualidades y formas de estructura. Desde una perspectiva económica, se define la estructura del Estado a partir de las categorías de Estado de bienestar o interventor, y su contraparte, el Estado neoliberal o regulador. El *Estado interventor* se solía pensar como un

¹⁶Aquí se entiende al Estado en su acepción tradicional weberiana, como una entidad que ostenta la capacidad de generar leyes y el monopolio legítimo del uso de la fuerza. Migdal (2004) amplía esta noción al definir al Estado como una organización ampliada de la sociedad (con sus propias características, como un territorio delimitado, por ejemplo, y que, de acuerdo con el autor, es una perspectiva que Weber comparte) que se conforma por diversos grupos en permanente desacuerdo, quienes, en realidad, crean las leyes. El Estado no es, entonces, una entidad sólida, unificada, que actúa por sí misma, sino que es social, es decir, creado por la sociedad, con sus finalidades y propósitos en ella y persistente gracias a ella.

¹⁷Esta es una interpretación muy vaga sobre la naturaleza pública del Estado y el papel de las organizaciones gubernamentales. El debate sobre lo público estatal es mucho más amplio, sobre todo en términos prácticos, de política pública, puesto que se hace referencia a que existen tres dimensiones: lo público, lo gubernamental y lo estatal, y no necesariamente las últimas dos son dimensiones públicas, porque, siguiendo a Rabotnikof (1993), no existe visibilidad y apertura en toda decisión. Sin embargo, aquí se argumenta que el carácter social del Estado genera que todo cuanto éste realiza sea público: “Lo que es estatal es, en principio, público” (Bresser-Pereira y Cunill, citado por Sánchez, 2018:40).

Estado con múltiples organizaciones que abarcaran casi la totalidad de los espacios y las necesidades sociales; se creía que el Estado debía poseer un alto control sobre la sociedad, de modo que se asociaba a una estructura centralizada. Esta forma de describir al Estado premió en el mundo (moderno y occidental) durante el siglo XX, por lo menos hasta la década de los 80's.

Sin embargo, ante los cambios en el contexto (provenientes, principalmente, de los avances tecnológicos) y el surgimiento de nuevas necesidades en el mundo, esta idea de Estado se modificó para integrar un *Estado Regulador* (Manjone, 1997) (también conocido como *Estado neoliberal*), que propone que la acción estatal se reduzca, que haya más actores que se encarguen de ciertas tareas donde el Estado *ha sido ineficiente*. Esto se traduce en menos organizaciones gubernamentales en la sociedad, lo que a su vez ha provocado que la estructura del Estado se transforme, pues su poder, autoridad y toma de decisiones se transfieren a otros actores, produciendo una descentralización¹⁸.

Por otro lado, la centralización y descentralización en las organizaciones gubernamentales puede asociarse a los tipos de Estado¹⁹ definidos desde su dimensión política²⁰. Un *Estado unitario* generalmente se caracteriza por ser centralizado²¹, ya que

¹⁸ El *Estado Interventor*, también conocido como Estado de Bienestar, supone que el Estado tenga grandes capacidades y sus organizaciones se ocupen de una vasta cantidad de actividades de la sociedad. Oszlak (1993) señala que existieron ciertas condiciones que propiciaron la expansión del Estado; se destacan la poca diferenciación de las sociedades; el desarrollo del capitalismo que a principios del Siglo XX trajo consigo una de las más grandes crisis a nivel mundial que orilló a considerar la idea de la necesidad de existencia de un Estado que regulara al mercado; “[e]l nacionalismo”. También menciona algunas razones para la instauración de un Estado Interventor para países como México: La Revolución Mexicana, “el populismo, la debilidad de la burguesía local o las dificultades enfrentadas por firmas privadas para enfrentar situaciones económicas críticas” (5). Por su parte, con relación a la aparición del *Estado Regulador*, el autor establece que surge de una profunda crisis económica irresoluta que generó una fuerte crítica al Estado Interventor por su incapacidad para resolver problemas, puesto que era el actor protagónico de la vida social, política y económica de los países. En ese sentido se propuso restringir “la intervención del Estado en los asuntos sociales” (7).

¹⁹ Los tipos de Estado político y económico son una clasificación propuesta por esta investigación y se pretende facilitar su vínculo con la centralización, la descentralización y la re-centralización dentro de un marco histórico, político y económico.

²⁰ Rowland (2003) establece, sin embargo, que los tipos de Estado (específicamente el federal o el federalismo) y la centralización o la descentralización son “dos aspectos diferentes del gobierno” (44). El primero (el tipo de Estado) se refiere a la “forma de gobierno [...] que contempla la estructura formal de gobierno, particularmente en cuanto a las relaciones entre las divisiones territoriales subnacionales” (43), mientras que el otro, la centralización o descentralización indica “el locus de decisión gubernamental [...] la centralización completa (donde todas las decisiones son tomadas por el gobierno nacional) y la descentralización total (donde el poder de decisión gubernamental descansa sobre las unidades locales) (43). Además, la autora arguye que ambos aspectos se configuran de manera particular en un tiempo y un contexto determinados.

²¹ Aunque también existen Estados unitarios descentralizados, en donde “las decisiones administrativas necesarias para la ejecución de las leyes que interesan más especialmente a ciertas categorías de ciudadanos son tomadas o por los mismos interesados o al menos bajo las autoridades elegidas [sin embargo, en este tipo de Estados] el Gobierno central mantiene la tutela sobre las subcolectividades regionales, provincias, departamentales y comunales que adoptan las

posee “sólo un centro de impulsión política y un conjunto único de instituciones de gobierno [...] el poder pertenece, en la totalidad de sus atributos y funciones, a un titular que es la persona jurídica estatal [...] el poder es uno en su estructura, en su elemento humano y en sus límites territoriales” (Ferrando, 1978). Esto supone una concentración de la autoridad, la toma de decisiones y el control en una sola entidad²².

En su contraparte, un *Estado federal* suele estar relacionado con la descentralización. Este tipo de Estado está caracterizado por la existencia de entidades autónomas (departamentos, regiones, municipios, provincias, etc.), separadas de manera territorial, pero unidas por ciertos aspectos administrativos, fiscales o de autoridad. Ferrando (1976) hace alusión a dos principios para estos Estados: la autonomía y la participación. La primera se refiere a que “las comunidades federadas conservan su libertad amplia de gestión de los propios asuntos” (32), mientras que la participación se refiere a que “las unidades que componen la federación [o el Estado federal] conforman las decisiones que se adoptan como propias de la unión federal” (32) sin que exista una subordinación entre unidades; es decir, este principio de participación indica que existen asuntos comunes entre las unidades en los que deben colaborar. A las unidades se les denomina *Estados miembro* (o Entidades Federativas), pero además existe un Estado nacional o central²³ que se encarga de asuntos comunes.

En los Estados federales puede ocurrir que, a pesar del principio de autonomía para atender los propios asuntos, aspectos administrativos y fiscales son principalmente ejecutados por la autoridad del poder central, esto es, son diseñados y operados por el Estado federal. Esto indica que la descentralización suele ser únicamente en la dimensión política, es decir, en las elecciones de representantes de los gobiernos de los Estados miembro. Este fenómeno está particularmente asociado en América Latina con cuestiones como el presidencialismo²⁴ que “supone una fuerte influencia hacia la centralización, más

más diversas modalidades: control sobre los actos, sobre la legalidad de las decisiones administrativas, etc. [...] no hay un principio de descentralización si las autoridades regionales no son elegidas democráticamente” (Palma y Rufián, 1993: 5). En ese sentido, el principio de centralización sigue imperando, al menos de manera política, puesto que de forma fiscal o administrativa puede existir cierta descentralización en determinados asuntos.

²²Los Estados unitarios no son contrarios a la idea de la división de poderes, sino más bien refieren a la existencia de una unidad que ejerce el poder. Es por eso que puede haber Estados unitarios descentralizados con el carácter que se señaló en la cita anterior.

²³En este trabajo se emplearán los términos de gobierno nacional, Estado nacional, gobierno/poder central o gobierno federal de manera indistinta para referirse a la autoridad central o nacional que, en un Estado federal, se encarga de los asuntos comunes.

²⁴ Según Carpizo (2004) “Se ha definido a los sistemas presidenciales en América Latina, haciendo resaltar las características de un *estricto predominio del presidente y un papel político importante asumido por el ejército* [sus] rasgos relevantes son la existencia de un gobierno autoritario, la concentración de atribuciones legislativas y ejecutivas en el presidente, y la subordinación del

que la descentralización” (Palma y Rufián, 1993). El presidencialismo, entonces, figura como una variable contextual que influye (si no es que en ocasiones determina) la tendencia hacia la centralización de las organizaciones gubernamentales en países de América Latina (como se verá en el caso de México, más adelante).

Es posible aseverar que la estructura de las organizaciones gubernamentales está ligada a la del Estado. Esto puede significar que cuando éste se caracteriza con la centralización, entonces las organizaciones gubernamentales tenderán a ser centralizadas²⁵.

La centralización en organizaciones gubernamentales

La centralización de un Estado usualmente se asocia a los niveles de amenaza de la sociedad, ya sea interna o externa. Gibler (2010) arguye que la estructura centralizada de un Estado se debe a su exposición ante diferentes amenazas externas, por lo que se necesita concentrar la autoridad, el control y la capacidad de toma de decisiones para incrementar la seguridad interna²⁶.

La centralización del Estado también puede provenir de una necesidad política de establecer y mantener el control territorial con un gobierno y administración jerárquicos, manejados desde las ciudades principales (Albalade et al. 2012). Hart et al. (1993) coinciden con estas visiones al señalar que la centralización en las organizaciones gubernamentales proviene de la necesidad de respuestas ante las crisis. Para ellos, centralizar la toma de decisiones para optimizar la respuesta de las organizaciones funciona cuando un Estado se encuentra en alguna situación de incertidumbre, de amenaza o de presión de tiempo.

Es por ello que la centralización resulta de la necesidad de concentrar la autoridad, la toma de decisiones y el control para actuar frente a los riesgos en los que se puede encontrar la población. Es importante resaltar que, ideológicamente, la centralización era una cualidad estructural en los *Estados Interventores* debido a su pretensión de

legislativo al ejecutivo” (17). Se habla, por supuesto, del poder ejecutivo federal, no de los Estados miembro o entidades federativas.

²⁵Es necesario hacer hincapié en que la centralización y la descentralización como cualidades estructurales en las organizaciones gubernamentales no existen en un sentido puro en la realidad, sino que pueden coexistir de acuerdo con los tipos de Estado (en su dimensión económica y política aquí señalada), así como con respecto al desarrollo histórico de su sociedad, y la interacción de los actores estatales.

²⁶ Esta visión puede ser cercana a la idea hobbesiana de que los Estados deben ser centrales y totalitarios para garantizar la seguridad de las personas. Además, usualmente se asocia la idea de la centralización con la libertad individual: “La libertad individual surge históricamente de la mano de la centralización y precisamente para proteger esa libertad de los particularismos localistas” (Palma y Rufián, 1993).

universalización y acceso equitativo de servicios y bienes para toda la población²⁷ (Minas et al. 2012).

La centralización en las organizaciones gubernamentales supone la existencia de una autoridad central que acumula el poder o la autoridad y que opera de manera jerárquica.

La descentralización en las organizaciones gubernamentales

Por su parte, la tendencia a la descentralización en el Estado en la actualidad surge en un contexto de desarrollo tecnológico, de cambios económicos, sociales y políticos generalmente asociados a una crítica a la acción estatal, al considerarla poco eficiente y eficaz para atender las demandas de la sociedad. Por tanto, se considera necesario disminuir la presencia del Estado y otorgar más libertad a diversos actores, como el mercado, para que tengan la capacidad de atender las necesidades sociales, así como para enfrentar las nuevas condiciones en el entorno.

En ese sentido, se habla de una Reforma del Estado que tiene como finalidad la liberalización económica, la democratización política, cambios jurídicos, así como una transformación de las organizaciones gubernamentales (lo que se conoce como *reforma administrativa*²⁸) (Sánchez, 2018). Como parte de esta Reforma del Estado, algunos países alrededor del mundo comenzaron a cambiar sus organizaciones gubernamentales de acuerdo con las premisas de Osborne y Gaebler (1994), que incluyen a la descentralización. La descentralización se ha promovido con la finalidad de acelerar la paz y disminuir las condiciones de pobreza y vulnerabilidad de las poblaciones, especialmente para países denominados del tercer mundo o en vías de desarrollo (Rondinelli, 1981).

En las organizaciones gubernamentales, la descentralización puede definirse como la transferencia de autoridad, capacidad de toma de decisiones y control, desde los niveles gubernamentales superiores hacia los inferiores, o bien de los niveles nacionales o centrales a los subnacionales²⁹ (Bankauskaite y Saltman, 2007; Ozmen, 2014). De acuerdo con Blaser et al. (2005), para el gobierno existen diferentes tipos de descentralización:

²⁷Esto es así porque, de acuerdo con Wilensky (1975), la esencia del *Estado Interventor* es la protección gubernamental de los estándares mínimos de ingreso, nutrición, salud, vivienda y educación, los cuales deben ser garantizados para cada ciudadano como un derecho político y no como caridad.

²⁸Sánchez (2018) define a la reforma administrativa como “un proceso de transformación deliberado que intenta producir cambios específicos en la administración pública” (p. 20), esto es, en las organizaciones gubernamentales.

²⁹ Organizaciones gubernamentales locales, gobiernos locales o gobiernos subnacionales son términos que se utilizan de manera indistinta en este trabajo.

- *Descentralización política.* Grupos en diferentes niveles de gobierno (central, subnacional y local) se empoderan para tomar decisiones relacionadas con lo que les afecta.
- *Descentralización administrativa.* Diferentes niveles de gobierno administran recursos y asuntos que les han sido delegados generalmente por medio de la constitución.
- *Descentralización fiscal.* Diferentes niveles de gobierno tienen capacidades recaudatorias.
- *Descentralización de mercado.* El gobierno privatiza algunas funciones. Puede implicar la transferencia de la propiedad pública a privados para su administración y control (Bankauskaite y Saltman 2007).

Las siguientes tablas muestran las principales características de los tipos y los que pueden considerarse como subtipos de la descentralización en organizaciones gubernamentales:

Tabla 4. La descentralización en las organizaciones gubernamentales

Tipo de descentralización	Definición	Características
Descentralización política	Se refiere al grado en el que las autoridades locales son elegidas y tienen el derecho o la responsabilidad de tomar decisiones finales en asuntos de política importantes (Treisman, 2007). Usualmente se relaciona con el sistema político federal, en donde existen gobiernos nacionales y subnacionales.	<ul style="list-style-type: none"> - Existen unidades locales que se denominan <i>Estados</i> o <i>entidades federativas</i>, y que gozan de autonomía para la toma de decisiones sobre sus propios asuntos. - Las responsabilidades de cada nivel gubernamental se definen por medio de la constitución. - Existen elecciones locales o de provincia.
Descentralización administrativa	Se refiere a la transferencia de funciones como la planeación o la gestión de ciertas funciones públicas, del gobierno central a los gobiernos locales.	<ul style="list-style-type: none"> - Las organizaciones gubernamentales locales tienen a su cargo la provisión de servicios públicos. - Las organizaciones gubernamentales locales tienen la capacidad de elaborar de políticas públicas.
Descentralización fiscal	Se refiere al incremento de la autonomía financiera de las organizaciones gubernamentales locales o	<ul style="list-style-type: none"> - Los gobiernos locales tienen la capacidad de tomar decisiones con respecto al gasto. - Los ingresos pueden ser transferidos

	gobiernos subnacionales.	desde el gobierno central, pero las organizaciones gubernamentales locales también pueden tener capacidades de recaudación. - Los gobiernos subnacionales tienen la capacidad de solicitar deuda pública.
--	--------------------------	--

Fuente: Elaboración propia con base en Bankauskaite y Saltman (2007); Ozmen (2014); Bird y Vaillancourt (2008).

Tabla 5 Características de los subtipos de la descentralización en organizaciones gubernamentales

Subtipo de descentralización	Definición	Características
Desconcentración	Se trata de la distribución de responsabilidad a una organización local dentro del alcance de una política en particular.	<ul style="list-style-type: none"> - Se transfieren funciones de ejecución y de toma de decisiones de manera limitada (autonomía técnica) a una organización local, la cual depende del gobierno central. - El gobierno central ejerce la autoridad de manera jerárquica. - Esta forma de descentralización se emplea usualmente en Estados unitarios.
Delegación	Transfiere responsabilidad política a los gobiernos locales que no son controlados por el gobierno central.	<ul style="list-style-type: none"> - El gobierno central transfiere capacidad de toma de decisiones y administración de funciones públicas. - Las organizaciones gubernamentales locales rinden cuentas al gobierno central. - El gobierno central ejerce control sobre los gobiernos locales por medio de una relación contractual.
Devolución	Transfiere autoridad, capacidad para tomar decisiones, financiamiento y	<ul style="list-style-type: none"> - Los gobiernos locales son responsables de la provisión de servicios y tienen autoridad para tomar sus propias

Los subtipos son subcategorías que derivan de la descentralización política, administrativa y fiscal.

	<p>administración a los gobiernos locales. Es el subtipo de descentralización que más autonomía otorga. Usualmente se asocia con la descentralización política.</p>	<p>decisiones en términos de ingresos y gasto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los gobiernos locales tienen límites geográficos definidos. - Comparado con los otros subtipos, la devolución otorga el mayor grado de autonomía. - El gobierno central sólo puede controlar al local si debe transferir recursos.
--	---	---

Fuente: Elaboración propia con base en Ozmen (2014).

Consecuencias de la centralización y la descentralización en las organizaciones gubernamentales

La centralización y descentralización en las organizaciones gubernamentales tienen consecuencias especiales debido a su naturaleza pública, las cuales se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 6. Consecuencias de la centralización y la descentralización en las organizaciones gubernamentales

Centralización en organizaciones gubernamentales	Descentralización en organizaciones gubernamentales
<ul style="list-style-type: none"> - Asegura la provisión equitativa de los servicios, independientemente del lugar en donde se encuentren los ciudadanos. - La complejidad que existe en el ambiente puede ser absorbida por el poder central. 	<ul style="list-style-type: none"> - Provee mejores servicios y las organizaciones gubernamentales locales tienen mejores capacidades para adaptar los programas a las circunstancias locales. - Ofrece una ruta para reforzar la democracia. - Puede generar problemas de coordinación para la provisión de servicios, y con ello poner en peligro a los ciudadanos para recibir el apoyo que necesitan. - Reduce la predictibilidad de las acciones gubernamentales. - Dificulta transparencia si existen disyuntivas entre el gobierno central y las unidades descentralizadas.

Fuente: Elaboración propia con base en Sellers y Lidstrom (2007); Minas *et al.* (2012); Vrangbaek (2007).

Las consecuencias de la centralización y la descentralización varían entre Estados y organizaciones gubernamentales. Estos fenómenos no se encuentran en estado puro, sino

que pueden coexistir dentro de las organizaciones y el Estado, por ello es importante analizarlos de manera particular para, además, comprender los niveles en los que operan.

Capítulo 2 Centralización y descentralización del sector salud en México

Breve recorrido histórico de la centralización y descentralización de la Administración Pública Federal y el sector salud en México

A lo largo de la historia, la Administración Pública en México ha sufrido diversas transformaciones; sin embargo, el siglo XX es de mayor relevancia. Luego de la Revolución Mexicana, se establecieron las bases institucionales para el desarrollo de la administración de lo público en el país, de tal forma que se generaron los esquemas de interacción entre el gobierno y la sociedad, así como la organización y los mecanismos para resolver demandas.

Se propone dividir esta época en tres etapas con la finalidad de identificar de manera esquemática los procesos de centralización y descentralización que se vivieron en el país y relacionarlos con su contexto político, económico y social. La primera de ellas es la etapa de la conformación, que puede identificarse desde 1917, con la promulgación de la Constitución, hasta el sexenio presidido por Manuel Ávila Camacho (1940-1946)³⁰; las siguientes es la de la consolidación, que comprende desde el sexenio de Miguel Alemán (1946-1952) hasta el de López Portillo (1976-1982); y por último la de la evolución, que inicia en el sexenio de Miguel de la Madrid (1982-1994) y que se vio interrumpida en el sexenio presidido por Andrés Manuel López Obrador.

32

La etapa de la conformación: los inicios de la centralización

A la primera etapa se le puede denominar de la conformación debido a que en ella se establecieron las bases para la institucionalización del gobierno y la administración. Esta era una imperiosa necesidad luego de que la Revolución Mexicana generara una división política entre bandos que intentaron ponderar sus intereses en la dirigencia de México.

La promulgación de la Constitución de 1917 fue uno de los intentos por constituir una unidad entre los diferentes intereses de los denominados caudillos (hombres fuertes surgidos a partir de la Revolución Mexicana que controlaban y tomaban decisiones sobre ciertos territorios del país, con su respectiva población). La Carta Magna representó la incursión de demandas ligadas a la diversidad que caracteriza al país, ya que significó el establecimiento de la base jurídica para garantizar los derechos sociales: derecho a la tierra y a condiciones de trabajo

³⁰Se entiende que el sexenio de Lázaro Cárdenas (1934-1940) es de especial relevancia debido a los cambios en el régimen, la separación del Jefe Máximo, Plutarco Elías Calles, que trajo consigo una forma distinta de conducción de la política nacional. Sin embargo, pese a toda particularidad del suceso histórico, se incluye a este sexenio dentro de un proceso que propició la formación de un gobierno centralizado, y de una organización jerárquica, en su mayoría, dependiente del presidente.

dignas, entre los principales. En cuestión axiológica y cultural, el nacionalismo fue uno de los valores que imperó para darle lógica a la unidad política y social, al incluir la soberanía de la nación sobre los recursos nacionales más importantes (el petróleo, por ejemplo)³¹.

Luego de una serie de disputas entre los diferentes caudillos que luchaban por el poder político, se comenzó con una etapa de institucionalización. Es denominada de este modo porque en ella se establecieron las pautas para la configuración y la reproducción del régimen de poder en ámbitos como el político, el social o el económico. Se asentó un sistema organizativo y administrativo que permitió el cumplimiento de las demandas sociales, así como de la estabilización y unidad del país. Desde finales de la década de 1920 se iniciaron procesos que fueron cruciales para tales fines.

Una vez estipulada la Constitución de 1917, el marco normativo de mayor relevancia, se gestó una reorganización en diferentes ámbitos. En el político se instauró un partido de Estado que tuvo por objeto

“entre otras cosas, institucionalizar la actividad de la nueva clase política mediante la creación de un partido de Estado (el Partido Nacional Revolucionario, PNR creado en 1929), limitar la autonomía de los caudillos locales, y diversificar y organizar las bases de poder introduciendo al sistema a grupos obreros y campesinos como actores para neutralizar el predominio original de los jefes militares” (Meyer, s/f: 826).

Este partido cambió de denominación a Partido de la Revolución Mexicana durante el Gobierno de Lázaro Cárdenas (1934-1940). El cambio de denominación y la posibilidad que había otorgado el partido para que otros grupos de importancia pudieran incursionar en la vida pública del país, produjo que la sociedad se organizara en sectores (el campesino, el obrero, el militar y el popular) con la finalidad de que el gobierno atendiera sus demandas, lo que implicó una forma de comunicación entre gobierno y sociedad jerárquica. El gobierno sólo resolvía demandas si se pertenecía a alguno de los cuatro sectores. Esta sectorización funcionó como una forma de control sobre la sociedad.

En cuestión económica, se adoptó el modo de producción capitalista impulsado por el Estado, quien era visto como un actor predominante en el desarrollo económico del país, de modo que comenzó a adquirir cierta presencia en diferentes espacios de la vida pública. Sobre todo, durante el sexenio del presidente Lázaro Cárdenas (1934-1940), hubo un gran “estímulo,

³¹Palou (2014) muestra, por ejemplo, en su análisis de la consolidación y el declive del Estado mexicano a través de las obras de literatura y cinematografía más representativas, la forma en la que quienes dirigían al Estado en la época postrevolucionaria emplearon ciertos símbolos culturales y educativos para constituir una unidad nacional.

defensa y desarrollo de la industria nacional, aunque combatiendo los monopolios. Se desarrolló en forma especial la industria de transformación” (Medin, 1997: 11).

En términos organizativos y administrativos dentro del gobierno hubo un gran predominio del poder Ejecutivo, aunque se conservó la división gubernamental tradicional, es decir, la existencia de los tres poderes, Ejecutivo, Legislativo y Judicial. Fue una temporada en la que el denominado presidencialismo comenzó a formarse con fuerza, porque, parecía, de otro modo las condiciones del país podrían traer mayores divisiones, por lo que debía ejercerse un control territorial, organizacional y administrativo. El régimen “se fundó en un sistema de gobierno paternalista y autoritario [...] en él se ha dotado al Ejecutivo de poderes extraordinarios permanentes” (Córdova, 1972: 33).

Esta forma de gobernar propició una centralización de la organización del gobierno. A pesar del federalismo y de la división de poderes, la administración de los asuntos públicos se encontraba a cargo del Ejecutivo, sobre todo en temas de interés social instituidos en la Constitución de 1917, tales como la tierra y el trabajo, así como la dirección de la economía del país. Además, como se mencionó líneas arriba, en el ámbito social se instauró también una forma centralizada de resolución de demandas, jerárquica y controlada por el ejecutivo, la cual operaba por medio de la sectorización de la sociedad. Es decir, durante esta primera etapa existió una centralización en la Administración Pública en el país, de modo que bienes y servicios eran provistos por el Ejecutivo a través de sus propias condiciones.

Con respecto a la salud, Aréchiga (2007) señala que la Constitución de 1917 “dotó al Estado de una capacidad legal de acción que nunca había tenido antes con relación a la salud pública”, por lo que se creó el Departamento de Salubridad Pública, que tenía por objeto asuntos relacionados con la salubridad, la vacunación o la higiene (Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2006). Este departamento era autónomo, pero dependiente del poder Ejecutivo.

En 1922 “se organiza la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, antecesora del actual Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)” (Eibenschutz y Raphael, 1992:143); mientras que “[...] en 1928 se crearon las Unidades Sanitarias Corporativas que en 1932 se convertirían en la Coordinación de Servicios Sanitarios” (Rodríguez y Rodríguez, 1998), que tenían por objeto controlar algunas de las enfermedades infecciosas que afectaban a las personas, como la tuberculosis. Además, “en 1937 se crea la Secretaría de la Asistencia Pública” (López *et al.* 2011: 100) para hacerse cargo de la salud pública en México.

Con la Coordinación de Servicios Sanitarios se tuvo más presencia del Gobierno Federal en las tareas de salud, tanto financiera como en términos de infraestructura y creación de política pública, puesto que se unificaron los servicios sanitarios en todo el país (Bustamante, 1988).

Más tarde, en 1943, se fusionaron el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia; asimismo, se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social para proporcionar servicios de salud a las personas trabajadoras y sus familias (Rodríguez y Rodríguez, 1998). Además, se crearon varios hospitales para atender a la población, como el Hospital Infantil de México en 1943 y el Instituto Nacional de Cardiología en 1944 (Fajardo y Salcedo, 2011).

La administración de la salud en esta etapa es considerada por Aréchiga (2007) como una “dictadura sanitaria”, debido a la alta presencia e intervención estatal en este ámbito, específicamente del Gobierno Federal; lo que el autor denomina como un autoritarismo de Estado permeaba tanto la política de salud como el resto de los ámbitos de interés público. En estos señalamientos es que se puede encontrar la alta centralización mediante la que operaban las organizaciones gubernamentales durante este periodo, no sólo en materia salud, sino en todos los ámbitos de intervención estatal.

La etapa de la consolidación: el auge de la centralización

Esta etapa, que comprende desde el sexenio de Miguel Alemán (1946-1952) y hasta el de José López Portillo (1976-1982), puede ser denominada de la consolidación porque representó un periodo de aparente estabilidad, al menos económica; socialmente, surgieron diversos movimientos que reclamaron una nueva forma de ejercicio del poder gubernamental. En términos políticos, el régimen establecido en el periodo anterior fue reproducido, pues se sostuvo el partido del Estado en el poder y la relación con la sociedad estuvo marcada por la sectorización.

La sectorización funcionó para gestar un control arbitrario por parte del gobierno, de modo que se lograba la “neutralización política del campesinado y los obreros” (Medin, 1997: 58). Estos grupos o sectores se aglutinaban dentro del partido del Estado y así se subordinaban a la autoridad gubernamental. De esta forma, los diferentes reclamos sociales, las demandas o incluso los intentos de rebeliones, fueron socavados por razones de estabilidad. En esta etapa se transformó el PRM en el Partido Revolucionario Institucional

(PRI), que se encontraba bajo el mandato del presidente, lo que propició una profundización del presidencialismo.

Vargas-Hernández (2001) señala que el sometimiento estatal, al menos en el sector obrero, se logró por medio de los sindicatos para controlar a los trabajadores “a las reglas del partido oficial bajo presiones y amenazas de reducciones salariales y pérdidas de empleo, crédito agrícola, tráfico de pobreza urbana y rural, etc., para garantizar una reserva importante de votantes”.

Estas razones se encontraron asociadas con el desarrollo económico (Gracida, 2006). La prioridad de los gobiernos de esta etapa fue el crecimiento de la industria y el crecimiento de la economía, por tanto se ha denominado como una etapa *desarrollista*. Se instauró un proteccionismo en la gestión económica del Estado, de modo que las decisiones gubernamentales impactaban en la economía del país.

Durante esta etapa se intensificó la participación del Estado en la economía y, en general, en la vida social y política. El esquema de organización y administración centralizada continuó operando: “el régimen administrativo del Estado de acuerdo con la ubicación y forma en la que se ejercen las funciones [consistía en] una concentración excesiva de las funciones en los niveles superiores [...] lo cual se traduce en una dirección altamente centralizada de la actividad gubernamental” (Rodríguez, 1964:17). En su diagnóstico sobre lo que ocurría con la organización gubernamental, este autor destaca que no existía una diferenciación de las actividades de diseño y de ejecución, producto de una acelerada expansión de las atribuciones estatales que eran atendidas desde el centro, desde la figura del presidente: “La expansión de la estructura orgánica del Estado se ha traducido en una cantidad excesiva de acuerdos que atiende personalmente el Jefe del Ejecutivo [...] la jerarquía superior [...] centraliza las decisiones” (19).

García (1964) describe, por su parte, la prevalencia de la figura presidencial que representaba un poder casi absoluto. Los secretarios y jefes de Estado eran designados por el presidente; así, sus allegados y amigos eran quienes ocupaban dichos puestos. Además, destaca que el crecimiento de la intervención estatal trajo consigo el incremento de empresas paraestatales (cualquier nueva problemática se resolvía por medio de la creación de un organismo de este tipo), que el gobierno central intentaba controlar sin mucho éxito.

Las aseveraciones de estos autores son una muestra del nivel de centralización que prevalecía en las organizaciones gubernamentales.

En términos de salud, dicho crecimiento produjo la creación de organizaciones como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1959 (Granados *et al.* 2007). En esta etapa se dividió a la población entre aquella que estaba asegurada, ya sea por medio del IMSS o el ISSSTE, y la que era considerada como *abierta*, porque no tenía algún tipo de protección en salud. La cobertura de esta última corría a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que para 1964 “construyó casi 1400 unidades de salud, incluyendo 493 hospitales” (Gómez y Frenk, 2019).

La operación de los servicios de salud continuaba bajo el esquema de la centralización, pues era el Ejecutivo Federal quien tomaba las decisiones respecto a la atención de la población en este rubro.

Sin embargo, el último sexenio de esta etapa, liderado por José López Portillo (1976-1982), representó un antecedente importante para la transformación de la forma de organización gubernamental. El cumplimiento de las demandas sociales por medio de la sectorización vio su decadencia con la reforma política de 1977, en la que, con la finalidad de dar paso a la democratización del país, se abrió el espacio para que actores políticos compitieran por la autoridad en las elecciones. Esto desencadenó la disminución del poder del Ejecutivo y la prevalencia del partido de Estado (el PRI) (Woldenberg, 2012). Esta apertura democrática fue una medida de “respuesta ante el deterioro de la legitimidad del sistema” (Martínez y Pérez, 2001), que se evidenció con diferentes movilizaciones sociales, como el conflicto estudiantil de 1968.

Por otro lado, la alta centralización fue cuestionada. Rodríguez (1964) y García (1964) coinciden en que esta forma de administración generó problemas de coordinación y de repartición de atribuciones. Las dificultades observadas durante esta etapa funcionaron como antecedente para la generalización de la idea de que el gobierno necesitaba transformarse, a fin de ser eficiente y responder a las demandas sociales, pues resultaba que el crecimiento gubernamental no había seguido un plan, había sido arbitrario.

La etapa de la evolución: el ocaso de la centralización

Esta etapa comprende desde el sexenio de Miguel de la Madrid (1964-1970) hasta la desaparición del Seguro Popular en 2012. La apertura democrática y los cambios acelerados en la economía internacional, derivados de los avances tecnológicos, obligaron a “Estados latinoamericanos a transformarse e integrarse en una nueva dinámica mundial” (Cabrero, 2007:

1), de modo que se cuestionó la forma centralista y presidencial de la administración de lo público.

En el ámbito político de México, la actuación unificada de las dos etapas anteriores se vio mermada. La presencia y autoridad sin contrapesos del Ejecutivo presenció diferentes reformas en materia electoral (se creó el Instituto Nacional Electoral), de modo que el poder Legislativo comenzó generar espacios para actores distintos al partido hegemónico del Estado. Además, esto propició la alternancia política en las Entidades Federativas, lo que tuvo su antecedente en 1989 cuando el primer gobernador de un partido de oposición fue electo (Espinoza, 2010).

Estos elementos propiciaron, junto a la pérdida de legitimidad social derivada de los movimientos sociales, una reorganización de la forma en la que se administraba lo público. El modelo centralista altamente burocrático que predominó en las etapas anteriores transitó hacia una descentralización en diferentes ámbitos.

En cuestiones económicas, el gobierno se transformó como respuesta a la forma de Estado regulador adoptada en México, luego de que su intervención en la economía se limitara sólo a ciertos aspectos de regulación. La idea que prevaleció fue la del mercado “como el mecanismo más adecuado para producir riqueza” (Sosa, 2015: 122).

En el ámbito político, a pesar de que ya existía una descentralización política y administrativa en ciertos asuntos, fue hasta esta etapa que sucedió una alternancia en el Ejecutivo Federal, la cual fue respetada por el partido hegemónico. Esto provocó, a su vez, una transferencia de ciertas atribuciones del Gobierno Federal a las Entidades Federativas y los municipios, con la pretensión de dotar de mayores responsabilidades y capacidad de decisión a los gobiernos locales, lo que generaría mejores resultados y atención de demandas (Cabrero, 2007).

En términos de descentralización fiscal, las transformaciones dotaron de cierta capacidad recaudatoria a los municipios; con la reforma al artículo 115 constitucional “se asignó a este nivel de gobierno el impuesto predial con el fin de fortalecer las finanzas de gobiernos locales” (Cabrero, 2000: 125). Asimismo, se dio paso a una transferencia del gasto social y de infraestructura social con la creación de fondos en ramos administrativos del Presupuesto de Egresos de la Federación (como el 33, correspondiente a las aportaciones federales), cuyos recursos son operados por los gobiernos estatales y municipales (Díaz y Silva, 2004).

Sin embargo, fue la descentralización administrativa (la transferencia de atribuciones entre niveles gubernamentales) la que se convirtió en una parte importante de la agenda de los gobiernos en la última década del Siglo XX e inicios del Siglo XXI. Entre las atribuciones de mayor relevancia que se descentralizaron en esta etapa, se encuentran la transferencia de la operación de los servicios de educación a las Entidades Federativas en 1992-1993, así como la de salud en 1996, en donde se responsabilizó a los gobiernos estatales de la prestación de servicios a lo que se consideró como población abierta (aquellos que no contaban con algún tipo de cobertura social) (Gropello y Cominetti, 1998).

En el siguiente apartado se referirá ampliamente la transformación en materia de salud que tuvo lugar en esta etapa de la evolución, con la finalidad de dar cuenta sobre la lógica bajo la que operaron los servicios de salud. Se transitó de una lógica totalmente centralista, burocrática, donde el poder Ejecutivo Federal tenía una capacidad de decisión, autoridad y control sobre lo que ocurría en este sector (y en el resto de los sectores de la sociedad), a una descentralizada, que suponía la repartición de las responsabilidades, una delegación de autoridad, control y toma de decisiones a las Entidades Federativas, así como a otros actores.

Lo que ocurre en el sector salud durante la etapa de la evolución permite forjar un antecedente para conocer las implicaciones de los cambios que se han gestado en el gobierno liderado por Andrés Manuel López Obrador (AMLO). Se han transformado la organización, operación, funcionamiento y financiamiento gubernamental en diversos ámbitos que no necesariamente dan continuidad a la descentralización, sino que configuran una nueva etapa en la historia de la Administración Pública de México. Vale la pena enunciar lo que ocurrió en la etapa de la evolución, cómo se transformó la provisión de los servicios de salud, para ampliar la comprensión sobre cómo operaba este sector y con ello formar el antecedente para conocer en la historia los cambios bajo el mandato de AMLO.

El sector salud: la descentralización en la etapa de la evolución

Conforme a lo mencionado en líneas arriba, la etapa de la evolución representó grandes cambios en la forma de organización y administración gubernamental en distintos ámbitos. Esto repercutió en la forma que adoptaron las organizaciones gubernamentales, pues transitaron de una estructura centralizada a una descentralizada. Como proceso se transfirió autoridad a otras unidades y también se distribuyó el control a otras unidades en diferentes partes geográficas. Esta etapa representó una descentralización como proceso y como atributo estructural, que afectó la forma en la que funcionaban las organizaciones gubernamentales.

De manera particular, la descentralización de los servicios de salud pública consistió, principalmente, en la descentralización hacia las Entidades Federativas de la provisión y operación de dichos servicios. Sin embargo, esta descentralización, que pudo haber representado un avance en el fortalecimiento del federalismo en el país, fue parcial en tanto que diversas acciones de regulación, financiamiento o evaluación las realizaba el Gobierno Federal (López, 2012).

Algunos autores (Homedes y Ugalde, 2008; García y Piña, 2012) observan que el gobierno mexicano optó por una reforma en los servicios de salud para corresponder al modelo neoliberal y a las presiones internacionales. El Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial³², sobre todo, instaron una política que representara límites al gasto y, por ende, una mayor capacidad del pago de la deuda externa.

Por ello, se transfirieron a las Entidades Federativas las responsabilidades de “planificar, organizar y desarrollar el sistema de salud estatal” (Homedes y Ugalde, 2008: 30), así como la provisión de servicios de primer y segundo nivel³³. En el discurso oficial, la justificación para iniciar este proceso se centró en el incremento de la eficiencia, la eficacia y la calidad en los servicios que se otorgaban a la ciudadanía.

Durante el sexenio de Miguel de la Madrid (1982-1988) se realizaron cambios legales y administrativos en materia de salud. El mismo año que tomó posesión como presidente de la República, reformó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF) para conceder a la entonces llamada Secretaría de Salubridad y Asistencia la conducción de la “política nacional en materia de Salubridad General, Servicios de Salud y Asistencia Social” (Soberón, 1987: 144). De acuerdo con Soberón (1987), esta modificación, junto con otras más como la creación del Consejo de Salubridad General³⁴, representaron un antecedente para los

³²En 1987 el Banco Mundial emitió un informe en el que se recomendaban “cuatro estrategias para financiar la atención (a la salud) en contextos de austeridad: 1) instaurar copagos; 2) el establecimiento de incentivos para el desarrollo de seguros de salud; 3) separación de funciones, y 4) descentralización de los servicios de salud” (Uribe y Abrantes, 2013: 137).

³³En el primer nivel se encuentran las “acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a la morbilidad más frecuente [...] El segundo nivel de atención brinda las especialidades básicas en hospitales generales o de especialidad, y cuenta con servicios de apoyo diagnóstico en imagenología y laboratorio” (Organización Panamericana de la Salud, s/f).

³⁴El Consejo de Salubridad General (CSG) es un “órgano colegiado que depende directamente del Presidente de la República y tiene carácter de autoridad sanitaria, con funciones normativas, consultivas y ejecutivas. Las disposiciones que [emite son] de carácter general y obligatorias en el país” (Gobierno Federal, 2015). En él participaban miembros de las principales organizaciones de salud del país, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Actualmente el CSG es considerado como una autoridad sanitaria,

grandes cambios que ocurrieron posteriormente y que sentaron la base para la “sectorización, descentralización y modernización de los servicios de salud” (145).

En términos organizacionales, los cambios en materia de salud representaron una reestructuración gubernamental tanto a nivel federal como estatal. A nivel federal, la sectorización se tradujo en la agrupación de diferentes organismos descentralizados (de los llamados Institutos) de acuerdo con sus funciones, los cuales eran coordinados y conducidos por la Secretaría de Salud y Asistencia. La modernización supuso una transformación en las atribuciones, procesos y procedimientos que se vinculó con el cambio de denominación de la Secretaría, que en 1985 se convirtió en la Secretaría de Salud (Soberón y Valdés, 1986).

La descentralización fue un proceso que requirió mayores esfuerzos, en tanto que involucró diferentes actores como las Entidades Federativas y los sindicatos de salud, así como la creación de nuevas organizaciones estatales y un esquema de provisión de servicios, de financiamiento y de control de actividades

Esta forma de operar los servicios de salud inició en 1983 con la aprobación de la reforma al artículo 4° constitucional, en el que se añadió la protección de salud como deber del Estado mexicano (López-Arellano y Blanco-Gil, 2001), y con la publicación de su norma reglamentaria, la Ley General de Salud (LGS) en 1984. Esta Ley estableció la distribución de atribuciones entre el Gobierno Federal y las Entidades Federativas, así como la creación de un Sistema Nacional de Salud como instrumento para garantizar la coordinación de las actividades en la materia (Soberón y Valdés, 1986). En los años restantes del sexenio, el presidente de la República emitió diferentes decretos y acuerdos realizados con las Entidades Federativas, mediante los que se emitían ciertos criterios para la descentralización de los servicios de salud.

Sin embargo, el paso hacia el esquema descentralizado fue paulatino, pues diferentes Entidades Federativas no aceptaron las responsabilidades en materia de salud. Soberón y Valdés (1986) señalan que para 1986 sólo 12 de los 32 estados habían suscrito un acuerdo para aceptar sus nuevas funciones. Se arguye que las principales causas fueron la carencia de apoyo político hacia el nuevo esquema de provisión de servicios de salud por parte de los gobernadores, así como la poca infraestructura y capacidad económica con la que contaban para tal faena (López, 2012; Cardozo y Brum, citado por Homedes y Ugalde, 2008; Jaramillo,

junto con el Presidente de la República y la Secretaría de Salud (Ley General de Salud, 29 de noviembre del 2019).

2007). Tal vez estas fueron las razones por las que el Gobierno Federal jugó un papel importante en términos de financiamiento, control y programación (Homedes y Ugalde, 2008).

La siguiente tabla enuncia los cambios del sector salud en diferentes ámbitos durante esta primera fase, en el gobierno de Miguel de la Madrid:

Tabla 7. Cambios en el sector salud a partir de la descentralización en el sexenio de Miguel de la Madrid (1982-1988)

Ámbito de modificación	Modificaciones
Estructura administrativa	<p><i>Gobierno Federal:</i></p> <p>Se acoplaron las áreas administrativas de la Secretaría para responder a sus funciones de normar y evaluar. Se redujo el número de subsecretarías de tres a dos y de unidades administrativas de 47 en 1982 a 21 en 1987 (Soberón, 1987: 137).</p> <p>Se transformó la Secretaría de Salud y Asistencia a Secretaría de Salud, porque las funciones de asistencia se transfieren al Sistema Nacional de Atención Integral de la Familia (DIF).</p> <p>Para llevar la resolución de problemas de salud, la Secretaría de Salud creó comisiones internas, con un secretario técnico dirigiéndolas, y que “interactuaban con todo el sector salud” (Soberón, 1987:137) en diversas materias, como programas contra el alcoholismo o salud ambiental y ocupacional, entre otras.</p> <p><i>Entidades Federativas:</i></p> <p>De acuerdo con la decisión de cada entidad federativa, se crearon diferentes estructuras para operar. En algunos casos se conformó una secretaría de salud, “en otro caso se formó una secretaría de Estado y un instituto descentralizado responsable de la operación de servicios; en otro una subsecretaría de salud que formaba parte de la Secretaría de Bienestar Social; en otro se optó por un departamento de salud” (Soberón, 1987).</p>
Programación	Desapareció el programa IMSS-COPLAMAR (Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria) y cada Entidad Federativa debía crear su propio plan y programa en materia de salud, que eran evaluados por el Gobierno Federal.
Financiamiento	El Gobierno Federal transfería a las entidades federativas los recursos correspondientes a través de la Secretaría de

	<p>Salud. Sin embargo, como observan Homedes y Ugalde (2008), esto representó una dependencia de recursos de hasta el 80%.</p> <p>Las Entidades Federativas podían cobrar cuotas de recuperación en la prestación de los servicios. Estos recursos fueron administrados de acuerdo con sus propios criterios y necesidades.</p>
Recursos humanos	<p>El personal que trabajó en la Secretaría de Salud y Asistencia se transfirió a la Secretaría de Salud de cada Estado, y se estableció que los derechos laborales de los trabajadores fueran respetados.</p> <p>Se incrementaron los salarios de los empleados de las Entidades Federativas para intentar equiparlos con los del Gobierno Federal y se generaron nuevos ingresos; sin embargo, muchos de los trabajadores que pertenecían al Sindicato de los Trabajadores de la Secretaría de Salubridad y Asistencia rechazaron la idea de ser parte de los sistemas de salud estatales (Homedes y Ugalde 2008). La aprobación de las plazas y los sueldos estaba a cargo del Gobierno Federal.</p>
Recursos materiales	<p>El Gobierno Federal transfirió los bienes muebles e inmuebles que pertenecían a la Secretaría de Salud y Asistencia a las Entidades Federativas.</p>
Marco jurídico	<p>Se suscribieron acuerdos de coordinación que establecían de manera específica las funciones de las Entidades Federativas en materia de salud. Además, los congresos locales promulgaron las leyes estatales de salud para formalizar el ejercicio de sus nuevas actividades.</p>
Atribuciones	<p><i>Entidades Federativas:</i></p> <p>De acuerdo con los acuerdos de coordinación, a las Entidades Federativas les correspondían las siguientes atribuciones en materia de operación de los servicios de salud: “la atención médica, la planificación familiar, la salud mental, la formación de recursos humanos para la salud, la educación para la salud, la orientación y vigilancia en materia de nutrición, la prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentes, la prevención y control de enfermedades transmisibles, la prevención de invalidez y la rehabilitación de inválidos, el programa contra el alcoholismo y contra el tabaquismo, la información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en la entidad, la prevención y control de los efectos nocivos de factores ambientales en la salud del hombre y la salud</p>

	ocupacional” (Gobierno Federal, 1985).
	<p><i>Gobierno Federal:</i></p> <p>Al Gobierno Federal le correspondía “vigilar el cumplimiento de las normas de operación de los programas de salud; emitir políticas en materia de programación y presupuestación, prestar asesoría jurídica, establecer lineamientos para la evaluación de los programas de salud, aprobar los programas y presupuestos y transferir los recursos para su operación, analizar y autorizar catálogos de puestos, así como tabuladores de sueldos, ordenar y realizar visitas, inspecciones y auditorías” (Gobierno Federal, 1985).</p>

Fuente: Elaboración propia con base en Gobierno Federal (1985); Soberón (1987); Hómedes y Ugalde (2008).

Como es posible observar, la descentralización fue un fenómeno que reorganizó la forma en la que se proveían los servicios de salud a la población a partir de la construcción de un esquema que responsabiliza a diferentes agentes del país en la operación, el financiamiento y la administración de dichos servicios. Sin embargo, como se mencionó líneas arriba, el Gobierno Federal conservó presencia en el sector salud, en tanto que las Entidades Federativas se atuvieron a los lineamientos que aquel emitía para poder actuar, así como a los recursos que decidieran otorgarles. Es por ello que, podría hablarse de una descentralización incompleta, que puso en entredicho la independencia y autonomía de los estados para realizar las actividades que les habían sido conferidas.

Además, durante este sexenio hubo incertidumbre sobre el funcionamiento del modelo de provisión de servicios; incertidumbre no precisamente disipada en el gobierno subsecuente. López (2012) argumenta que el presidente Carlos Salinas de Gortari, si bien consideró a la descentralización como una directriz de su gobierno, se dirigió en la práctica a una mayor centralización, sobre todo de recursos, con la creación del Programa Solidaridad (PRONASOL) y de la Secretaría de Desarrollo Social (188). Hómedes y Ugalde (2008) señalan que la gestión de este programa se dirigió, junto con el resto de la política del sexenio de Salinas de Gortari (1988-1994), hacia la concentración del poder en el Ejecutivo Federal (33), que significó una administración de los recursos de manera vertical. Muchas actividades que habían estado reservadas para las Entidades Federativas y los municipios (como agua, salud, educación, vivienda) se realizaron por medio del PRONASOL, que fue más bien un programa administrado por el Gobierno Federal.

Fue hasta el sexenio del presidente Ernesto Zedillo (1994-2000) que se retomaron los esfuerzos para hacer efectiva la descentralización. Bajo una supuesta perspectiva social que pretendía redirigir la política del gobierno hacia los sectores sociales desfavorecidos (García y Piña, 2012), se recuperó la agenda de la descentralización en materia de salud para dar continuidad a las reformas en la estructura gubernamental, y así guardar congruencia con las exigencias del sistema neoliberal. De este modo, los matices del modelo del sexenio de Zedillo fueron alineados a las recomendaciones realizadas por el Banco Mundial en la materia (Leal, 2012). Cabrero (2000) añade que los esfuerzos por revivir la descentralización también se relacionaron con el contexto político del país, ya que sucedieron diferentes alternancias políticas en gobiernos estatales.

En el discurso oficial, la descentralización se justificó con la idea del federalismo, pues se pretendió “vigorizar la autonomía política de los estados [...] mediante una profunda redistribución de facultades, funciones, responsabilidades y recursos del Gobierno Federal hacia los gobiernos estatales y el Municipio” (Gobierno Federal, 1997). En este tenor, en 1996 se emitió el Programa de Reforma del Sector Salud, que se dirigió a resolver “el centralismo con el que [operó] el sistema de salud [lo que] constituye la posibilidad de conformar sistemas estatales de salud capaces de responder, con mayor agilidad y eficiencia, a las necesidades de salud propias de cada región” (Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, 1996). En este programa se planteó la necesidad de completar la descentralización de los servicios de salud en aquellas Entidades Federativas en las que no se había logrado durante el sexenio de Miguel de la Madrid, así como de definir de manera más clara las responsabilidades y otorgar mayor independencia a los estados para la administración de los recursos.

De acuerdo con Cabrero (2000), el proceso de descentralización durante el gobierno de Zedillo fue “incremental”, pero mucho más planeado que durante el gobierno de Miguel de Madrid, ya que se realizaron

“diagnósticos detallados de los sistemas estatales, lo cual facilitó enormemente las transferencias; por otra parte, se [contó] con una instancia de deliberación, negociación y seguimiento de la política descentralizadora entre el nivel federal y los diversos gobiernos estatales, el Consejo Nacional de Salud” (129).

De este modo, en agosto de 1996 se firmó el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, suscrito por el secretario de salud del Gobierno Federal, las 31 Entidades Federativas y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, mediante el que se transfirió a todas las Entidades Federativas las atribuciones de “prestar servicios de salud y medicina preventiva a la población abierta” (Jaramillo, 2007: 99).

Los acuerdos firmados y los programas emitidos generaron cambios en la estructura y operación de los servicios de salud, los cuales se enuncian en la siguiente tabla:

Tabla 8. Cambios en el sector salud a partir de la descentralización en el gobierno de Ernesto Zedillo (1994-2000)

Ámbito de modificación	Modificaciones
Estructura administrativa	<p><i>Gobierno Federal:</i></p> <p>Se creó el Consejo Nacional de Salud creó en 1995 “como la instancia permanente entre la federación y las Entidades Federativas para la planeación, programación y evaluación de los Servicios de Salud en el país. Entre sus principales funciones estaba la consolidación del proceso de descentralización a los estados de los servicios de salud para la población abierta” (Auditoría Superior de la Federación, 2017: 6). Se conformó por titulares de diversas secretarías federales y los gobernadores de las Entidades Federativas.</p>
	<p><i>Entidades Federativas:</i></p> <p>Se planteó la creación de institutos de salud como organismos descentralizados. De esta manera, se contaría con una Secretaría de Salud y un Instituto de Salud. Estos tenían una estructura y atribuciones similares en todas las Entidades Federativas.</p>
Programación	<p>A nivel federal operaba el programa de IMSS-Solidaridad, resultado de la continuidad de IMSS-COPLAMAR en el sexenio de Miguel de la Madrid, y que tenía por objeto atender a la población de las zonas rurales.</p> <p>Cada Entidad Federativa estaba encargada de emitir su propio programa en materia de salud.</p>
Financiamiento	<p>Mediante la reforma a la Ley de Coordinación Fiscal en 1998, se creó el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASS) como parte del ramo 33 del Presupuesto de Egresos de la Federación, con lo que se creó “un nuevo esquema para canalizar los recursos a las entidades federativas y municipios” (Auditoría Superior de la Federación, 2017: 6), con la finalidad de fortalecer el federalismo y contribuir a la provisión de los servicios de salud en las Entidades Federativas. Los recursos de este Fondo estaban etiquetados, lo que significó que las Entidades Federativas no podían erogarlos en ningún otro ámbito. Además, se establecieron criterios específicos para la asignación de los recursos (Jaramillo, 2007) que, según se considerara, no fueran equitativos en términos de algunos</p>

	<p>estados que requerían mayor apoyo.</p> <p>Las Entidades Federativas podían cobrar cuotas de recuperación; las tarifas eran establecidas y administradas por ellas mismas.</p>
Recursos Humanos	<p>Se transfirieron “103 mil trabajadores del sector, entre médicos, paramédicos y enfermeras, así como personal de administración e intendencia” (Jaramillo, 2007: 92). Las prestaciones y salarios se equipararon a los del Gobierno Federal. Sin embargo, se generaron diferentes categorías de empleados, es decir, las organizaciones estatales de salud operaban con trabajadores federales y estatales (Homedes y Ugalde, 2008).</p>
Atribuciones	<p>Incrementaron las atribuciones a las Entidades Federativas al transferirles la administración de diversos hospitales, por ejemplo.</p> <p>Las atribuciones de regulación de salud quedaban a cargo de las secretarías de salud estatales, mientras que los institutos debían realizar la provisión de servicios. Sin embargo, “en la práctica los organigramas de las secretarías de salud no sufrieron modificaciones significativas” (Homedes y Ugalde, 2008: 35).</p>

Fuente: Elaboración propia con base en Jaramillo (2007); Homedes y Ugalde (2008); Auditoría Superior de la Federación (2017).

Al término del sexenio aún prevalecía poca coordinación entre las diferentes instituciones que ofrecían servicios de salud (Uribe y Abrantes, 2013; Cabrero, 2000). Cabrero (2000) considera, por ejemplo, que uno de los problemas de la política de descentralización en este sexenio fue el poco involucramiento de las Entidades Federativas en su diseño; además asevera que, en realidad, ninguna de las propuestas en este sentido había “alterado significativamente el centralizado sistema fiscal del país” (132) porque, comparado con otros países del mundo, en México seguía existiendo un modelo altamente centralizado.

El Seguro Popular

La llegada de la alternancia a la Presidencia de la República marcó una nueva etapa en la vida política y económica del país. El término de la hegemonía partidista del siglo anterior, personificada por el PRI, estableció una nueva lógica de relaciones intergubernamentales (es decir, entre los niveles de gobierno) y del gobierno con la sociedad. Derivado de ello, el modelo de operación, administración y financiamiento del sector salud sufrió modificaciones. Se adaptó

a un modelo diferente de gobernar, en el que no todos los niveles de gobierno, ni el legislativo, pertenecían a un mismo partido, como había sucedido en el gobierno de Miguel de la Madrid³⁵.

En ese sentido, el Secretario de Salud (Julio Frenk) jugó un papel importante para la materialización de la política de salud del sexenio de la alternancia liderado por Vicente Fox (2000-2006). Inició negociaciones con diferentes actores del sector, así como con el Congreso, para lograr que sus intenciones de lograr el *acceso universal de los servicios de salud* y la *disminución de los gastos de las familias* fuese realidad.

En la discusión en el Congreso, el principal opositor fue el entonces partido de izquierda de la Revolución Democrática (PRD), que argumentó que el nuevo esquema dirigía hacia la privatización de la seguridad social; sin embargo, su postura no prosperó por cuanto el “equipo reformador había conseguido relegar a la oposición parlamentaria y obtener el apoyo a la mayoría del congreso” (Uribe y Abrantes, 2013: 146).

En el propio gabinete del Ejecutivo Federal, la Secretaría de Hacienda criticó la propuesta por su inviabilidad financiera, porque se arguyó que era necesaria una reforma fiscal para soportar la propuesta en materia de salud. Ante esto los reformadores buscaron apoyo en la comisión en el Senado (que era del mismo partido que el Ejecutivo Federal) para “mediar desacuerdos” (Uribe y Abrantes, 2013: 148; Lakin, 2010). Además, muchas Entidades Federativas no estuvieron de acuerdo con que se les incluyera como contribuyentes en el modelo de financiamiento y, aunque al principio se advirtió que no habría pagos de su parte, en la reforma sí se les impuso una carga financiera (Lakin, 2010).

Pese a las diversas oposiciones, la reforma para instaurar el nuevo esquema de salud se aprobó en el congreso en 2003. De acuerdo con Lakin (2010), la perspectiva gubernamental de este nuevo esquema de salud se basó en tres principios fundamentales:

- 1) la instauración de un sistema de prepago de los servicios de salud por parte de las familias, a partir del cual se pudieran reducir los denominados “gastos de bolsillo”³⁶ y el empobrecimiento;
- 2) la creación de un paquete de servicios explícito que permitiera la asignación racional de los recursos para reducir los costos;

³⁵ En el sexenio de Zedillo hubo algunas Entidades Federativas con gobiernos de diferentes partidos, pero aun existió una gran predominancia del partido hegemónico que facilitaba (en algún sentido) la implementación de las políticas que proponía el Gobierno Federal.

³⁶ Los gastos de bolsillo supone la erogación de recursos monetarios de las familias en el momento en que tienen alguna emergencia médica (Secretaría de Salud, 2005).

3) la separación de las funciones compradores y proveedores, y la creación de contratos explícitos entre estos dos para incrementar la eficiencia.

Además, hubo dos objetivos macro adicionales: incrementar el gasto en salud y cambiar el modo en el que se distribuían los recursos a las Entidades Federativas (315-316).

Este esquema se denominó Seguro de Protección Social en Salud (SPSS), “que generó nuevas reglas de financiamiento tanto para intervenciones de salud pública, como para la atención médica, esta última financiada a través de un componente de aseguramiento denominado Seguro Popular [SP]” (González-Pier *et al.*, 2007: S38).

El SP trataba de “ofrecer protección financiera frente a los gastos de salud de la población excluida de la seguridad social” (Flamand y Moreno Jaimes, 2015: 225). Consistió en un financiamiento tripartita, en donde el Gobierno Federal realizaba una aportación por cada familia beneficiaria por medio del Fondo de Aportaciones para los Servicios en Salud (el 15% del salario mínimo), otra realizada por las Entidades Federativas (la mitad de la que aportaba la federación), y otra más por parte de los beneficiarios, que se determinaba con base en las condiciones socioeconómicas.

Dos años antes de su aprobación como política nacional para la cobertura de salud en el país, el SP se había implementado como un programa piloto para probar su funcionamiento en cinco Entidades Federativas (Aguascalientes, Colima, Campeche Jalisco y Tabasco) y, a partir de la reforma de la LGS en 2003, se incorporaron al programa de manera progresiva todas las Entidades Federativas (Flamand y Moreno, 2015). En la narrativa gubernamental, los resultados indicaron que era un sistema de financiamiento y de provisión de servicios viable porque, en términos generales, intentaba garantizar el acceso a la salud de la población abierta por medio de la disminución del gasto de bolsillo de las familias. En ese sentido, era

“*seguro*, porque [otorgaba] a las familias la seguridad de saber que si se llega a enfermar alguno de sus miembros, no [tendrían] que preocuparse sobre cómo pagar la atención y los medicamentos; y *popular*, porque [se dirigía] al pueblo, a las familias más pobres, a todas las personas que trabajan por cuenta propia y que, por tanto, no están cubiertas por alguna institución de seguridad social” (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, s/f).

Para atender las necesidades de salud de la población, se estableció un Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES) (que en 2006 se transformó en Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud [CAUSES]) en el que se incluyeron las enfermedades que debían ser atendidas por el SP y que eran de primer y segundo nivel, así como un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos en el que se establecieron aquellas enfermedades de

alta especialidad. Esto significó que había enfermedades no contempladas dentro de la protección de salud a la población.

Con respecto a la descentralización de los servicios, el esquema del SP formalizó que la provisión de los servicios de primer y segundo nivel estuviera a cargo de las Entidades Federativas, y las de especialidad por parte de la federación. En la Ciudad de México (antes Distrito Federal), este esquema tardó en ser implementado porque el gobierno de AMLO se negó rotundamente al considerar que el SP “contravenía los principios de gratuidad, universalidad y acceso irrestricto al derecho a la salud” (Flamand y Moreno-Jaimes, 2015). Por ello, en su lugar, “instauró el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos” que operó con recursos locales. Este esquema era opuesto al del Ejecutivo Federal, porque mientras que el SP intentó centrarse en la eficiencia y en la gestión, así como en la competencia en la prestación de servicios, el de la Ciudad de México “proponía la gratuidad de servicios y el fortalecimiento del Estado en el manejo del sector” (Uribe y Abrantes, 2013: 147). Fue al término del mandato de AMLO que se aceptó la inserción de la Ciudad de México al SP.

En el sexenio del presidente Vicente Fox se transformó la gestión de los servicios de salud. Se trasladó la totalidad de la provisión de los servicios de primer y segundo nivel a las Entidades Federativas, al mismo tiempo que, con la implementación del SP, se generó una forma distinta de operación de los recursos.

En ese sentido, se generaron modificaciones en términos del funcionamiento del sector salud vinculadas a la consolidación de la descentralización de la atención a la población, así como también se transformó la forma de financiamiento. La siguiente tabla sintetiza las modificaciones al sector salud durante el sexenio de Vicente Fox:

Tabla 9. Cambios en el sector salud durante el gobierno de Vicente Fox (2000-2006)

Ámbito de modificación	Modificaciones
Estructura Administrativa	<p><i>Gobierno Federal:</i></p> <p>Se creó la Comisión Nacional de Protección Social en Salud como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, que tuvo como tareas: “instrumentar la política de protección social en salud; evaluar el desempeño de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud” (Gómez y Ortiz, 2004: 588); además, se encargó de administrar el SNPSS que abarcaba el SP.</p> <p>Se creó el Consejo Nacional del Sistema de Protección Social en Salud como órgano consultivo conformado por los titulares</p>

	<p>de diversas dependencias y entidades (como el IMSS, el ISSSTE, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, etc.), y tuvo como principal función analizar y proponer mejoras al sistema de financiamiento del SP, así como a su funcionamiento.</p> <p>Se creó la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), bajo la idea de que “deben separarse las funciones de regulación sanitaria de las de prestación de servicios a la persona” (Laurell, 2017).</p> <p><i>Entidades Federativas:</i></p> <p>Se crearon los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud como organismos descentralizados sectorizados a las secretarías de salud de las Entidades Federativas, con patrimonio propio que provenía de los recursos federales.</p>
Programación	<p>El programa IMSS-Solidaridad se convirtió en IMSS-Oportunidades, y continuó atendiendo a la población en zonas rurales. Su financiamiento fue alterno al del SP pues recibían recursos del ramo 19 (IMSS-Oportunidades, 2013).</p>
Financiamiento	<p>Se intentó seguir el esquema de financiamiento del IMSS en el que las aportaciones provienen de tres actores: el Gobierno Federal, el patrón y el obrero. En el SP los recursos eran aportados por el Gobierno Federal, las Entidades Federativas y las familias beneficiarias, es decir, aquellas que no tenían ninguna cobertura de seguridad social. Los recursos que se les cobraban a las familias eran acordes a su estrato socioeconómico, recabados y administrados por las Entidades Federativas de acuerdo con sus propias necesidades de medicamentos o insumos.</p> <p>Además, el Gobierno Federal financiaba los servicios a través del ramo 33 con el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) y con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Los recursos se asignaban a las Entidades Federativas con relación al número de familias afiliadas al SP. En ese sentido, el financiamiento estaba dirigido a la demanda y no a la oferta.</p>
Recursos Humanos	<p>Se realizaron contrataciones de personal para operar el nuevo esquema en las Entidades Federativas que dependían del Gobierno Federal. Sin embargo, con la finalidad de ahorrar costos, se convino la contratación por contrato de trabajo (trabajadores eventuales), aunque en 2007 el sindicato de la Secretaría de Salud logró regularizar a esos trabajadores.</p>
Atribuciones	<p><i>Gobierno Federal:</i></p>

	<p>La Secretaría de Salud se volvió rectora de la política de salud, “responsable de regular, coordinar, evaluar y supervisar las acciones de cada sistema estatal” (Flamand y Moreno-Jaimes, 2015: 227)</p> <p>Así también le correspondieron actividades de evaluación y monitoreo del SP, las cuales realizaba por medio de la Comisión de Protección Social en Salud (González <i>et al.</i>, 2009).</p> <p><i>Entidades Federativas:</i></p> <p>Les correspondían las actividades de financiamiento y provisión de servicios. El financiamiento se llevaba a cabo por medio de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, los cuales administraban los recursos que transfería el Gobierno Federal, así como gestionaban los servicios, “supervisaban a los prestadores de servicios y afiliaban a la población” (Flamand y Moreno-Jaimes, 2015).</p> <p>La provisión de servicios se realizaba por medio de las unidades de atención médica (centros de salud y hospitales) operados por los Institutos de salud.</p>
Recursos materiales/infraestructura	<p>Para la adquisición de medicamentos, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud se coordinaba con los Regímenes Estatales para establecer las políticas para la adquisición de medicamentos a los mejores costos, pero estos últimos eran quienes realizaban los convenios de gestión.</p> <p>En materia de infraestructura, la Secretaría de Salud debía acordar con las Entidades Federativas los términos en los que se realizarían este tipo de acciones, sobre todo en lo concerniente a los recursos que correspondía transferir a la federación y los que debían ser dispuestos por las Entidades.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en Gómez y Ortiz (2004); Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud (2004); González *et al.* (2009); Flamand y Moreno Jaimes (2015).

Cabe destacar que el SP operó de manera descentralizada, lo cual influyó en los resultados, pues cada sistema de salud de las Entidades Federativas tenía condiciones heterogéneas para adaptar las funciones, atribuciones y la organización que provenía de este esquema (Flamand y Moreno-Jaimes, 2015). Además, al final de este sexenio fue “posible observar una configuración diferente del Sistema Nacional de Salud con una clara separación entre instituciones administradoras del financiamiento y prestadoras de servicios” (Tamez *et al.*, 2013:265). Tamez *et al.* (2013) arguyen que los cambios durante este sexenio significaron la inserción del sector privado en la provisión de los servicios de salud.

Durante los dos sexenios subsecuentes de Felipe Calderón (2006-2012) y Enrique Peña Nieto (2012-2018), se dio continuidad al SP con ciertas modificaciones que impactaron principalmente en el financiamiento. Las modificaciones en el sexenio de Felipe Calderón se enuncian en la tabla siguiente:

Tabla 10. Cambios en el sector salud en el sexenio de Felipe Calderón (2006-2012)

Ámbito de modificación	Modificaciones
Financiamiento	<p>Se financió a las Entidades Federativas por medio del FASSA, del ramo 33, y se creó el Fondo de Aportaciones de Servicios de Salud a la Comunidad que “dentro del esquema financiero del SPSS [blindaba] los recursos destinados a la salud pública y prevención de riesgos sanitarios, con lo cual se privilegió la medicina preventiva” (Secretaría de Salud, 2008). Las Entidades Federativas recibían, además, recursos por parte del Seguro Popular, que eran mayores a las del FASSA.</p> <p>Se transformó el esquema de financiamiento del Seguro Popular: Las cuotas de los beneficiarios y los recursos transferidos comenzaron a pagarse por persona asegurada, y no por familia como ocurrió en el sexenio de Vicente Fox.</p> <p>Se creó el Seguro Médico para una Nueva Generación como un programa de financiamiento, mediante el cual se intentaba garantizar la cobertura en salud a los niños y niñas a partir de su nacimiento; asimismo, se puso en marcha la estrategia Embarazo Saludable, con lo que se intentó garantizar la salud del binomio madre-infante.</p>
Programación	<p>Se implementó el programa <i>Caravanas de la salud</i>, mediante el cual se intentó llevar servicios de salud a las zonas marginadas e indígenas.</p> <p>Se dio continuidad a la operación del programa IMSS-Oportunidades.</p>
Recursos materiales	<p>Se puso en marcha la compra consolidada de medicamentos liderada por el IMSS y que operaba al menos para las instancias federales, el ISSSTE y la Secretaría de Salud. Este tipo de compra pretendía disminuir los costos de los medicamentos, sobre todo los de genéricos.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en Secretaría de Salud (2007); Muñoz (2010); Secretaría de Salud (2011); Tamez *et al.* (2013); Flamand y Moreno Jaimes (2015).

Al término de este sexenio, la gestión de los recursos se descentralizó hacia los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Sin embargo, su autonomía estaba mermada porque el esquema de financiamiento aún preservaba cierto control del Ejecutivo

Federal por medio de recursos etiquetados, es decir, que debían destinarse para fines específicos estipulados por el Gobierno Federal. Además, porque durante este sexenio se establecieron controles para el pago de nómina y la adquisición de medicamentos (40% y 30%, respectivamente) (Flamand y Moreno Jaimes, 2015). La descentralización también funcionó para responsabilizar a los Institutos Estatales de Salud sobre la provisión de los servicios de primer y segundo nivel.

El sexenio 2012-2018 fue el regreso del antiguo partido hegemónico en el Ejecutivo Federal (el PRI), pero, a pesar del cambio, implicó cierta continuidad del esquema de financiamiento y operación del sector salud instaurado en los sexenios anteriores por medio del SP. No obstante, en estos años se intensificó la propuesta de transitar hacia la universalización de los servicios de salud. Se propuso la creación del Sistema Nacional de Salud Universal (SNSU), que trataba de separar la salud del resto de las prestaciones de seguridad social, dado que la salud debía ser considerada como un derecho humano no vinculado al trabajo formal (Sánchez, 2016); es decir, con este sistema se intentó garantizar el acceso a la salud sin importar la condición laboral de las personas (Programa Sectorial de Salud, 2013).

El SNSU tenía tres estrategias principales: la “portabilidad del seguro”, que suponía que los usuarios elegirían la organización de salud en donde deseaban atenderse bajo un seguro que cubría ciertas enfermedades; la “convergencia de los servicios de salud”, que intentaba homologar los procedimientos de atención a las personas; y el “desarrollo del mercado en salud”, que “impulsaba la libre competencia entre los administradores de fondos públicos y privados” (Laurell, 2017: 253) en la prestación de los servicios de salud. Asimismo, se intentó que todas las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, los institutos de salud de las entidades federativas, etc.) quedaran bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, con la finalidad de “regular eficazmente la prestación de servicios y los establecimientos de salud” (Programa Sectorial de Salud, 2013).

El SNSU se percibía como una “autoridad sanitaria” que integraba al sector público y al privado para regular, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salud. Por tanto, continuó bajo el esquema de financiamiento planteado por el SP y con el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud. Esta rectoría representó, en ciertos aspectos, un antecedente para la re-centralización de los servicios de salud, pues difirió del planteamiento de los sexenios anteriores en los que había independencia de las Entidades Federativas para la planeación y programación de acuerdo con sus propias necesidades, mientras que con el SNSU se buscaba “establecer una planeación interinstitucional única” (véase el Plan Sectorial

de Salud, 2013-2018, en su línea de acción 6.2.2). Además, se pretendía crear un sistema de evaluación que creara indicadores y herramientas para medir la eficacia y eficiencia de las acciones y políticas públicas del sector salud en general, incluyendo a las Entidades Federativas, lo cual planteaba un control centralizado ejercido por la federación con respecto a la provisión de servicios.

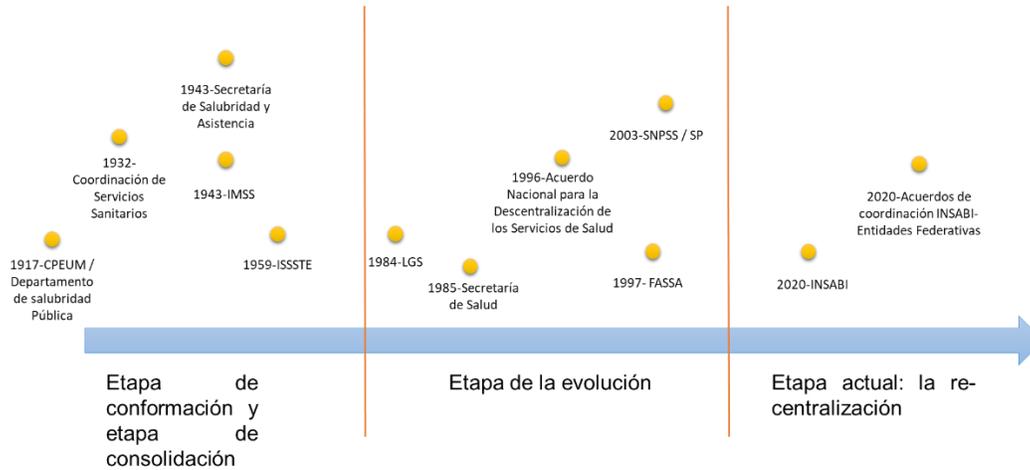
La siguiente tabla muestra los cambios en el sector salud en el sexenio de Enrique Peña Nieto:

Tabla 11. Cambios en el sector salud durante el sexenio de Enrique Peña Nieto

Ámbito de modificación	Modificaciones
Estructura administrativa	Se creó el Comité Interno para el Seguimiento del Desarrollo de la Infraestructura Física en Salud, como una instancia de coordinación para verificar las obras de infraestructura física financiada por el SP y el Presupuesto de Egresos de la Federación.
Financiamiento	<p>Se transformó el programa Seguro Médico para una Nueva Generación en Seguro Médico Siglo XXI, con la misma intención de proveer y garantizar los servicios de salud necesarios a la población infantil hasta los cinco años. Los recursos de este programa eran operados por las Entidades Federativas y los beneficiarios debían estar afiliados al SP.</p> <p>Se anexó el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en su componente de salud al esquema de financiamiento de la protección social en salud.</p> <p>Se incrementaron los recursos etiquetados.</p>
Programación	<p>Se creó la Cruzada Nacional contra el Hambre, en la que el sector salud proveyó cobertura de servicios “a través de Unidades Médicas Móviles” (Secretaría de Salud, 2014), así como se promovió la afiliación al SP.</p> <p>El programa IMSS-Oportunidades se transformó en IMSS-Prospera para brindar atención a la población que de zonas rurales y con alta marginación social.</p>
Recursos materiales/infraestructura	<p>Continuó operando la compra consolidada de medicamentos iniciada en el sexenio de Felipe Calderón y se coordinó la participación de algunas Entidades Federativas en el proceso, como Baja California, Campeche, Colima, Tlaxcala y Veracruz.</p> <p>En relación a la infraestructura, se debía “solicitar a la federación el financiamiento vía el Fondo de Previsión Presupuestal” (Laurell, 2017:250).</p>

Fuente: Elaboración propia con base en Laurell (2017); Secretaría de Salud (2014; 2017; 2018).

Figura 5. La evolución del sector salud



Fuente: Elaboración propia. En la figura se recopilan los principales acontecimientos relacionados con la centralización, la descentralización y la re-centralización a través de las etapas históricas propuestas.

Al término de sexenio y con la llegada de Andrés Manuel López Obrador (AMLO), quien presidía un partido de oposición a los regímenes anteriores, se estableció una forma diferente de operación y financiamiento de los servicios de salud que implicaron la creación de nuevas organizaciones, así como una abierta re-centralización del sector salud.

Capítulo 3 . ¿Un regreso a la centralización en los servicios de salud?

Durante las últimas dos décadas del Siglo XX se reprodujeron las propuestas de descentralización en diferentes países del mundo en aras de incrementar la eficiencia, la cercanía con la ciudadanía, o de mejorar la gestión y la provisión de los servicios que ofrecen las organizaciones gubernamentales. Sin embargo, la entrada al Siglo XXI interrumpió esta tendencia en diferentes países, principalmente europeos pero también latinoamericanos, lo que parece dirigir a una re-centralización en ámbitos de decisión, control y autoridad. Este apartado definirá lo que se entiende por re-centralización y se enunciarán algunas de las hipótesis que se han elaborado para explicar las razones de ocurrencia de este fenómeno. Además, se recopilarán algunas de las investigaciones que se han realizado al respecto y se describirá la propuesta metodológica de investigación para estudiar el caso del sector salud mexicano.

El concepto de re-centralización (y sus razones)

Los problemas producidos por la descentralización han llevado a diferentes gobiernos a regresar a la actuación unificada y vertical, lo cual se ha intentado explicar desde diferentes aproximaciones. Entre ellas se encuentra la propuesta de Christensen y Laegerid (2007), que introduce la categoría de *Whole of Government* (WG) para referir la respuesta que gobiernos de países como Nueva Zelanda o Gran Bretaña han formulado para revertir la carencia de coordinación y de integración de políticas derivada de la descentralización. Entre sus instrumentos o herramientas para implementar el WG se encuentra el fortalecimiento o la reafirmación del gobierno central, lo que puede implicar la primacía del primer ministro. Esta visión se encuentra relacionada con el concepto de re-centralización, pero con la diferencia de que el WG no intenta revertir los procesos de descentralización, sino que supone que el gobierno implemente ciertas acciones para reducir sus efectos adversos (Christensen y Laegerid, 2006).

Sin embargo, la re-centralización ha sido elaborada como concepto por diferentes autores quienes, a su vez, establecen hipótesis sobre las posibles causas o razones para que los gobiernos incurran en este fenómeno. Eaton y Dickovick (2004) establecen que la re-centralización puede ser vista como una serie de cambios diseñados para revertir las reformas previas que expandieron la autonomía subnacional y, de este modo, las prerrogativas del gobierno nacional (94). Además, estos autores operacionalizan el concepto bajo tres componentes fiscales: cambios en la autonomía de ingresos, en la autonomía del gasto y en la

autonomía de préstamo. Desde su perspectiva, la re-centralización implica que los gobiernos subnacionales restrinjan su conducta a los límites establecidos por el gobierno nacional.

Dickovick (2011) amplía su visión del concepto de re-centralización indicando que puede producirse porque se integran nuevos elementos institucionales a un conjunto de instituciones existentes, que gradualmente cambian su estatus y estructura (Terlizzi, 2019). La re-centralización puede ocurrir en diferentes ámbitos: político (elecciones para gobernar una jurisdicción), fiscal (ingresos y contratos de deuda), y administrativo (gasto, personal y procesos de planeación). El autor también distingue este fenómeno del de centralización, puesto que la re-centralización ocurre después de la devolución; es decir, implica que se revoque el poder previamente descentralizado del centro a los gobiernos subnacionales. De su análisis, desprende que la re-centralización puede variar en función de la naturaleza del régimen y de acuerdo con la estrategia del ejecutivo, así como con relación al nivel de descentralización que hubo en el país anteriormente.

Por su parte, Eaton (2004) define a la re-centralización como un reclamo de recursos y responsabilidades desde el gobierno nacional, los cuales fueron previamente transferidos a los gobiernos subnacionales. Los cambios de la re-centralización limitan la autonomía subnacional e impiden la habilidad de los actores subnacionales para comportarse de formas no contempladas por los actores que controlan el gobierno nacional. También critica la perspectiva de Montinola, Quian y Weingast (citado por el autor), quienes analizan el caso chino de re-centralización y establecen que es el modelo económico lo que define la cualidad estructural del gobierno. Esto explica que durante la primera mitad del siglo XX, cuando existió una gran presencia del Estado en la economía, se presentara una alta centralización en el gobierno; mientras que con la implementación de la economía de mercado como modelo de desarrollo de diferentes países a partir de la década de los ochentas, se generara un esquema organizativo descentralizado. Sin embargo, para el autor, las olas de cambio en la organización, estructura y funcionamiento gubernamental varían sin que necesariamente se haya transformado el modelo económico. Desde su perspectiva, es reduccionista establecer que la centralización o la descentralización resultan de las reformas económicas, puesto que también inciden factores políticos, de negociación y lucha política entre diferentes actores nacionales y subnacionales. En suma, el régimen político (democrático o no democrático) y el modelo económico influyen la estructura y el funcionamiento gubernamental.

Relacionado con los aspectos políticos y de negociación, Basnyat *et al.* (2018) realizan un estudio sobre cómo los actores centrales del gobierno de Nepal emplearon la planeación y

la creación de políticas para re-centralizar los recursos forestales que habían sido descentralizados. La finalidad de mantener el poder sobre los recursos forestales y sus beneficios, hace suponer que hubo intereses por parte de los actores del gobierno central para impedir la descentralización. Los intereses y el poder dentro de las negociaciones son otras de las razones para que se presente la re-centralización.

Minas (2010) define la re-centralización como la transferencia de poder de unidades de un nivel más bajo a unidades de altos niveles ya existentes. La re-centralización puede ser entendida como una reacción en contra de la descentralización y sus posibles consecuencias, como ineficiencias en la provisión de servicios y la generación de resultados, la disminución de coordinación para la implementación de políticas públicas, o diferentes niveles de desarrollo en las regiones. En su análisis sobre los sistemas de salud francés y noruego, destaca algunas metas de dichos países para iniciar una reforma de re-centralización, entre las que se encuentran la resolución de problemas de coordinación entre grupos de interés y niveles de gobierno, así como el mejoramiento de la eficiencia.

Por su parte, para Simonet (2016) la re-centralización implica devolver la capacidad de toma de decisiones de manera vertical, desde las unidades regionales hacia las nacionales, lo que reafirma la autoridad central del Estado sobre la de las regiones. En su análisis acerca de las políticas de descentralización del sector salud en Francia, considera que la re-centralización viene luego de procesos de delegación de la capacidad de toma de decisiones a otros actores, como la iniciativa privada o unidades subnacionales. Desde su perspectiva, el gobierno francés decidió retomar la autoridad y la capacidad de toma de decisiones porque, por un lado, las políticas de descentralización no incrementaron la responsabilidad y la rendición de cuentas como se había prometido. Por el otro, porque Francia tiene una tradición administrativa centralista, es decir, un elitismo del servicio civil que subyace en la idiosincrasia de los franceses y que inhibió la descentralización en ciertos ámbitos, como en la evaluación, por ejemplo.

Yang y Sheng (2021) se preguntan por qué emerge de nuevo la centralización en China en la era globalizada. Para ellos, este fenómeno se produjo después de las políticas descentralizadoras de la época de los 70s y hasta 1994, cuando se generó una reforma del sistema de reparto de impuestos. La principal causa de regresar a un gobierno centralizado se debe al sistema político. Para explicar su postura, retoman las categorías de la teoría de la dominación legítima de Weber: la legal racional, la tradicional y la carismática. Dado que el sistema centralizado de China proviene de una dominación mixta que se ha desarrollado a

través de la historia, existe una combinación entre los tres tipos puros con la prevalencia de la dominación carismática. Los autores indican que una dominación carismática necesita de una administración centralizada porque es indispensable para mantener la unidad y la cohesión; por tanto, luego de la descentralización, la re-centralización resulta necesaria en China para el fortalecimiento de la dominación carismática. Esto hace suponer que cuando la demanda de autoridad carismática es mayor, también hay una mayor inclinación hacia la centralización.

Por su parte, a partir de un análisis sobre el caso español, Calvo (2014) establece cómo la re-centralización se incluyó en la agenda del partido de centro de España, al ser considerada como una respuesta ante la crisis económica del 2008 y el manejo inadecuado de los recursos por parte de los gobiernos subnacionales. Frente al entorno de crisis, el diagnóstico del partido fue implementar una entidad política fuerte que pudiera manejarla, en este caso un gobierno nacional centralizado. Este fenómeno implicaba restar autonomía y autoridad a los gobiernos subnacionales sobre sus finanzas y la contracción de deuda, lo que se traducía en un retorno del control central sobre la política fiscal y el gasto público. Desde esta perspectiva, se necesitaba una agencia política centralizada que fuera capaz de tomar decisiones efectivas y oportunas.

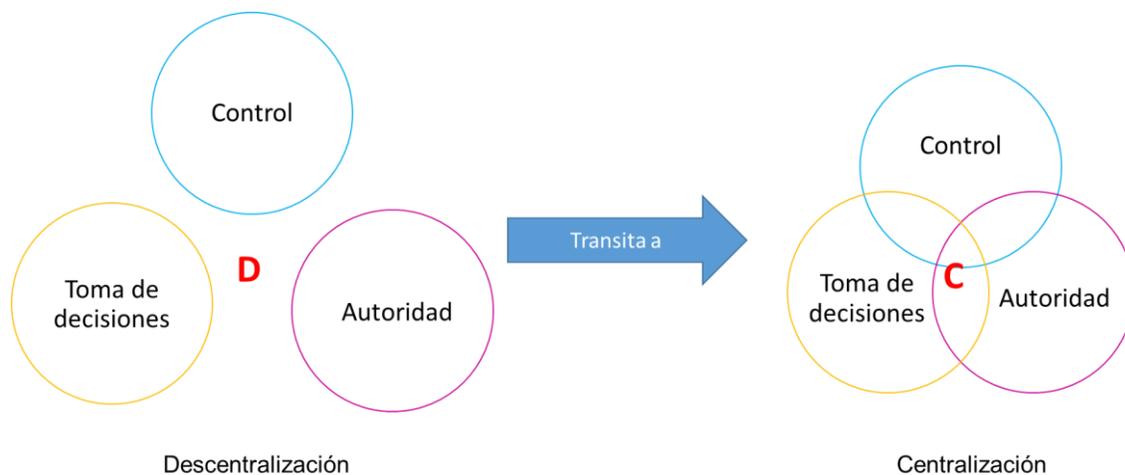
Saltman (2008) también señala, en su descripción sobre lo que ocurrió en los sistemas de salud de algunos países europeos (como Finlandia, Polonia o República Checa), algunas de las razones por las que ciertos países optan por la re-centralización, entre las que se enuncian: la creciente preocupación gubernamental por la ciudadanía; las restricciones económicas en ciertos sectores (como el de salud); la inequidad provocada por la disparidad de resultados en la provisión de servicios otorgados por las regiones donde hubo descentralización; así como la limitada capacidad financiera de los gobiernos subnacionales para cubrir cierto tipo de servicios.

Existen otras consideraciones acerca del concepto de re-centralización, como la de Terlizzi (2018), para quien este fenómeno no necesariamente implica que el centro recupere atribuciones o responsabilidades clave, sino que puede significar el fortalecimiento del gobierno central con capacidades de dirección en las unidades locales. En esta veta conceptual, algunos autores como Barasa *et al.* (2017) describen los procesos de re-centralización dentro de un contexto descentralizado porque, a pesar de que el gobierno nacional posea mucho más control o autoridad sobre la actividad de los gobiernos subnacionales, el esquema de descentralización continúa operando. Esto permite que se entienda a la re-centralización como

un fenómeno complejo que puede ocurrir en diferentes dimensiones de los gobiernos y las organizaciones.

Con relación a las definiciones mencionadas, así como con los elementos elaborados en el primer capítulo, puede decirse que la re-centralización se refiere a la *devolución* de la autoridad, la capacidad de toma de decisiones y/o el control desde las unidades subnacionales hacia las nacionales o centrales. Este fenómeno sólo ocurre cuando previamente hubo una descentralización que generó esquemas de independencia y autonomía en las organizaciones locales o regionales. Si, por el contrario, desde un inicio las organizaciones son descentralizadas y se decide restar alguno de los tres elementos mencionados de los gobiernos subnacionales para otorgarlo a una nueva organización liderada por el centro o el gobierno nacional, se hablaría netamente de centralización. Esto, porque no hubo un proceso de *centralización - descentralización - centralización* y, por lo tanto, no hay una restitución de la autoridad, la toma de decisiones y/o el control al gobierno nacional o central (Minas, 2010). Lo anterior resalta la importancia de reconocer la historia de las organizaciones, porque en ella se encuentra la clave para lograr identificar, describir y comprender el fenómeno de la re-centralización (Saltman *et al.*, 2008).

Figura 6. La re-centralización



Fuente: Elaboración propia

Al igual que la centralización y la descentralización, la re-centralización es un proceso que intenta transformar el modo en el que operan las organizaciones, por lo que afecta su estructura. Sin embargo, a diferencia de los dos primeros conceptos que se definen ya sea como procesos o bien como cualidades estructurales, la re-centralización sólo puede ser

considerada como un proceso debido a que, en últimos términos, origina organizaciones *centralizadas*. Esto significa que, desde su cualidad estructural, las organizaciones pueden categorizarse como centralizadas o descentralizadas sin que puedan denominarse re-centralizadas.

En su complejidad, las razones para re-centralizar y los grados en los que se presenta este fenómeno varían de acuerdo con los contextos de cada país. No es posible establecer una relación de ciertas variables causales que producen la transición de la descentralización hacia la re-centralización. En ciertos ámbitos gubernamentales se recurre a la centralización por un conjunto de factores políticos y económicos principalmente, aunque también culturales (pues la forma en la que se estructuran las organizaciones muchas veces proviene de elementos simbólicos de la sociedad de cada país [Vrangbaek, 2007]). Esto para solucionar ciertas problemáticas que parecen irresolutas bajo una estructura descentralizada, o bien, que se originan por la descentralización.

Tal como lo resalta Eaton (2004), explicar la re-centralización puede resultar un reto intelectual al tomar en cuenta los episodios de descentralización que hasta ahora han recibido mayor atención por parte de la academia (8). Esto, a su vez, dificulta conocer y comprender las implicaciones de este fenómeno en el funcionamiento organizacional de las unidades subnacionales a quienes se resta autonomía.

Al igual que con la centralización o la descentralización, puede decirse que la re-centralización impacta en elementos como los ingresos y el gasto, el poder o la autoridad de las unidades nacionales y subnacionales, las relaciones intergubernamentales, los resultados de las políticas públicas, la provisión de los servicios y, en general, en el funcionamiento de las organizaciones de los diferentes niveles gubernamentales.

El caso de la re-centralización del sistema de salud en Suecia

A pesar de las tendencias gubernamentales de iniciar procesos de descentralización en el mundo, algunas naciones han incurrido en ciertas políticas que parecen dirigir a una re-centralización en el sector salud, en Europa principalmente, ya que las capacidades de los gobiernos subnacionales se han visto limitadas.

Esto ocurrió en varios países de la Europa oriental de tradición comunista con un gobierno altamente centralizado. La descentralización pareció necesaria para alcanzar una

nueva forma de gobernar alejada del comunismo. Aunque, ante los efectos no esperados de esta estructura, se ha decidido regresar a la centralización (Kopec, 2020).

Entre estos países que pueden funcionar como casos ilustrativos sobre el fenómeno de la re-centralización, se encuentra el ejemplo de Suecia. A pesar de que Suecia no ha formalizado el regreso a la centralización de la provisión de los servicios de salud, puesto que opera bajo un esquema descentralizado en el que los ayuntamientos o gobiernos subnacionales proveen los servicios de salud, sí se han generado algunas políticas que limitan la libertad de acción y decisión de dichos gobiernos y, por tanto, su autonomía. Fredriksson (2012) describe ampliamente lo que ocurre en el caso Sueco. Desde su análisis, identifica que existe un dilema entre la equidad de acceso a los servicios de salud y la autonomía de los ayuntamientos, lo cual resulta de importancia para los ciudadanos receptores de dichos servicios.

El nivel de calidad de vida en Suecia se encuentra entre los más altos del mundo (ONU, 1996). La provisión equitativa de los servicios de salud es una meta que está establecida en la reglamentación del país. En ella también se indica que quienes tienen mayor necesidad son prioridad para recibir atención médica. El sistema de salud sueco está basado en la equidad y en la premisa de que los recursos se asignan de acuerdo con la necesidad de salud, no conforme a la capacidad de pago o el mérito. Además, evita el pago de honorarios de los pacientes, lo que significa que está financiado por el Estado.

El sector salud es controlado democráticamente. Los políticos, quienes ocupan un cargo de elección popular, son los responsables de gobernar el sistema de salud, así conocen las demandas de la población; las responsabilidades políticas y de provisión de los servicios de salud se reparten entre los tres cuerpos de gobierno de los distintos niveles (nacional, regional y local), los cuales se escogen por medio de elecciones cada cuatro años.

Los ayuntamientos (es decir, el gobierno regional) y el gobierno central son la base del sistema, pero la mayor responsabilidad recae en los primeros. Adicionalmente, dado que desde 1995 Suecia es un país que pertenece a la Unión Europea (UE), existen políticas a las que debe adscribirse. La UE intenta profundizar la coordinación entre los países miembro, así los pacientes pueden buscar atención, los profesionales de la salud trabajar y la tecnología compartirse entre países distintos.

El gobierno central se encarga de la política general en materia de salud y cuidado médico, mientras que existen 21 ayuntamientos responsables de los recursos³⁷ y de la provisión de los servicios de salud de primer nivel y de especialidades, así como 290 municipalidades encargadas del cuidado a largo plazo de las personas adultas mayores, los discapacitados y los cuidados psiquiátricos. La normatividad en materia de salud de Suecia permite que los ayuntamientos tengan la capacidad de decidir sobre procesos sanitarios y su contenido, es decir, qué servicios proveer y cómo.

Sobre los procesos de centralización y descentralización, Fredriksson (2012) describe que la descentralización inició en la década de los ochentas como una reacción en contra de los procesos de burocratización y la creciente ola de críticas hacia la deshumanización del modelo de la burocracia. El sistema de salud sueco transitó por una serie de reformas orientadas a incorporar elementos de mercado en la provisión de los servicios (como la orientación al cliente). Esto provocó que la estructura organizacional para proveer servicios se transformara de centralizada a descentralizada, depositando las tareas de planeación, financiamiento y provisión de servicios de salud en los gobiernos subnacionales.

Sin embargo, el autor señala que, durante la primera década del siglo XXI, ocurrieron ciertas *tendencias* que implicaron la recentralización del poder, el control y la capacidad de toma de decisiones en diferentes ámbitos del sistema de salud de Suecia, las cuales trataron de ponderar la equidad del acceso a los servicios de salud. Entre ellas se encuentran:

- 1) Cambio de énfasis en la descentralización hacia la gestión de calidad. Se aumentó la supervisión y el monitoreo por parte del gobierno nacional con el afán de incrementar la calidad y la eficiencia y, con ello, reducir las diferencias en el desempeño y los resultados de los servicios de salud.
- 2) Cambio de una orientación de mercado a nivel local hacia una orientación de mercado a nivel nacional. Los cambios generados en el sistema de salud, y derivados de la incorporación de un modelo de mercado y de competencia, provienen, en realidad, del gobierno central; es decir, no son políticas diseñadas por los gobiernos subnacionales y, por tanto, el autor habla acerca de una *orientación al mercado nacional*, que supone una política elaborada y dirigida por el centro.
- 3) Cambio de acuerdos de derecho indicativo (reglas generales) hacia la estandarización y dirección central. Desde que un partido liberal-conservador

³⁷Uno de los ayuntamientos en realidad es una municipalidad, pero tiene responsabilidades que normalmente están asociadas a lo que realizan los ayuntamientos (Fredriksson, 2012).

gobierna Suecia, se incrementó la regulación por medio de leyes y se generaron parámetros ante los que deben adscribirse los gobiernos locales. En este ámbito, el autor presta atención a la creación de guías nacionales de salud que desde 1996 son elaboradas por la Junta Nacional de Salud y Bienestar (NBHW por sus siglas en inglés), y que son un intento del gobierno central para imponer políticas nacionales en un esquema descentralizado.

En el análisis del autor acerca de estos tres casos, encuentra que la re-centralización se ha generado mayoritariamente en las tareas de planeación (o diseño) y financiamiento, mientras que la provisión se ha mantenido como una responsabilidad de los ayuntamientos. Desde su reflexión, a pesar de los cambios que ha producido la re-centralización en ciertos ámbitos, el sector salud de Suecia continúa operando bajo un esquema descentralizado (puede hablarse de una re-centralización dentro de la descentralización).

El autor también realiza cuatro estudios en los que busca mostrar la relación entre la equidad y la autonomía de los ayuntamientos; la forma de re-centralización más evidente destaca en uno de ellos. Trata sobre la creación de guías basadas en evidencia, mediante las que el gobierno central intenta garantizar la equidad en la atención a los pacientes a partir de establecer ciertos criterios generalizados que debe acatar el sector salud en todo el país. A pesar de que las guías están diseñadas con base en un proceso de gobernanza, ya que se elaboran en participación conjunta entre profesionales de la salud y tomadores de decisión en materia de salud, otorgan poder al gobierno central sobre los regionales al establecer indicadores de calidad mediante los que se monitorea el desempeño de los ayuntamientos. De este modo, las Guías Nacionales Suecas pueden ser vistas como un instrumento para controlar a las autoridades locales responsables del financiamiento y la provisión de salud (44).

¿Cuáles son las implicaciones de la re-centralización en el sistema de salud en Suecia? En la práctica, uno de los efectos más visibles es la disminución de la autonomía de los ayuntamientos y los municipios sobre el sector salud. Sin embargo, Fredriksson (2012) elabora una serie de implicaciones éticas y teóricas basadas en dos perspectivas, una enfocada en la relación entre el gobierno central y los ayuntamientos, y otra en la autonomía local y los ciudadanos (gobernanza):

- El creciente uso de la legislación por parte del gobierno central para influir en la actuación de los ayuntamientos, pone en juego la coordinación con los gobiernos locales y afecta la cultura de la confianza mutua que ha prevalecido en Suecia.

- La re-centralización tiene un efecto en la legitimidad del diseño de la política de salud. Resta capacidad a los municipios y ayuntamientos de abrir canales de participación ciudadana distintos a los tradicionales, dado que existen parámetros estipulados desde el centro que deben cumplirse. Hay una preferencia por el control sobre por la participación. Desde la visión del autor, el énfasis de la participación ciudadana no debe establecerse únicamente en los resultados, sino también en el diseño, de esta manera pueden generarse mejores servicios de salud.

Estudios sobre re-centralización

Al igual que el estudio de Fredriksson (2012), existen otros estudios que retratan la re-centralización en diferentes países. En la tabla 11 se resumen algunos de ellos, junto con sus métodos, sus objetivos y principales hallazgos.

Tabla 12. Los estudios sobre re-centralización

Artículo o tesis y autor	Objeto de estudio	Objetivo	Método	Principales hallazgos
Simonet, D. (2017) <i>Recentralization and vertical alignment in the French health-care system.</i>	Las reformas del sector salud bajo las premisas de la Nueva Gestión Pública.	Analizar las consecuencias de las reformas de sistema de salud francés.	Con base en el institucionalismo económico y la teoría del agente principal, se analizan las consecuencias de las reformas que se han generado en el sistema de salud francés. Se elabora un recuento teórico y de datos duros del gobierno francés a partir de los cuales se describen las políticas más importantes en el sistema de salud.	Las reformas bajo la Nueva Gestión Pública no han producido los cambios esperados en el sistema de salud francés, de modo que existe un latente deseo político por re-centralizar y devolver el control financiero y la cooperación entre unidades que proveen los servicios de salud.
Fredriksson (2012) <i>Between equity and local autonomy. A governance dilemma in swedish healthcare.</i>	La forma de gobernanza del sistema de salud sueco a raíz de sus reformas.	Investigar la tensión que existe entre los valores de la equidad nacional y la autonomía local a la luz de las reformas en la gobernanza del sistema de salud en Suecia.	El autor elabora cuatro estudios con diferentes métodos. 1. Estudia el apoyo de los ayuntamientos a la política de <i>Recomendación de elección del paciente</i> (Patient Choice Recommendation), la cual permite a los ciudadanos elegir a sus proveedores de servicios de salud. Se intenta conocer si los derechos de los pacientes se implementan del mismo	Los hallazgos por estudio son los siguientes: 1. Los ayuntamientos actúan de acuerdo con sus propias condiciones locales. No opera un criterio nacional de elección del paciente y, por lo tanto, los pacientes no tienen el mismo acceso a la salud en los diferentes ayuntamientos, lo que implica que los derechos de los pacientes se encuentran

			<p>modo en los niveles locales. Para ello, se creó un índice de elección del paciente en el que el apoyo se operacionalizaba por medio de los prerrequisitos formales de los ayuntamientos. El índice estaba conformado por ocho variables ordinales que representaron diferentes dimensiones del apoyo a la política. Asimismo, se probaron ocho hipótesis por medio de correlaciones bivariadas y correlaciones parciales.</p> <p>2. Examina la conformidad de los ayuntamientos con la política de la Recomendación de elección del paciente desde la perspectiva de los arreglos informales. Para ello, se eligieron tres ayuntamientos de diferente ubicación geográfica, tamaño y nivel de resistencia a dicha política. Se realizaron entrevistas</p>	<p>desigualmente distribuidos.</p> <p>2. La conformidad por parte de los ayuntamientos se alcanza por medio de la jerarquía, cuando el gobierno central recurre a la amenaza de la legislación. De esto, el autor deduce que el orden jerárquico juega un papel importante en la gobernanza por medio de arreglos informales.</p> <p>3. El sistema de salud se regula con base en la conformidad existente entre el gobierno nacional, los ayuntamientos y los profesionales de la salud, lo que significa que comparten metas y valores. Sin embargo, los acuerdos de conformidad se acompañan de una dependencia en el monitoreo y el seguimiento basada en indicadores de calidad que están estipulados</p>
--	--	--	--	--

			<p>con preguntas semiestructuradas a políticos, servidores públicos y directores generales de salud, con una duración de una hora a una hora y media. En las entrevistas se indaga por qué los ayuntamientos aceptaron e implementaron la política. El análisis de datos se basa en un punto de vista teórico sobre los mecanismos de conformidad.</p> <p>3. Estudia las guías de práctica clínica como un modelo de regulación de la práctica médica en los ayuntamientos. Para ello, se basa en siete preguntas elaboradas por Walshe y Shortell (citado por el autor), que intenta resolver por medio de un análisis de documentación cualitativo en el que se recabaron 25 diferentes documentos de la Junta Nacional de Salud y Bienestar, del gobierno y</p>	<p>en las guías de práctica médica. En la existencia de las guías es donde se manifiesta el proceso de re-centralización en el sistema de salud Sueco.</p> <p>Se encontró que los hacedores de políticas no tomaron en cuenta los posibles efectos con respecto a las diferencias económicas en salud y cómo podían las reformas beneficiar a los más desfavorecidos. Además, destaca el hecho de que los tomadores de decisiones no abordaron el objetivo de acceso equitativo a la salud, lo cual sorprende debido a la tradición de equidad en el sistema de salud Sueco.</p>
--	--	--	--	--

			<p>de la administración estatal.</p> <p>4. El cuarto estudio se centra en cómo los hacedores de políticas (policykmakers) lidian con la tensión entre equidad nacional y autonomía local cuando se introducen las reformas de elección del paciente. El estudio se inclina hacia un análisis de ideología que incorpora elementos de la lectura crítica de texto, para lo cual se recabaron los argumentos de los tomadores de decisiones y se clasificaron en tres principios de equidad: distribución de acuerdo con la necesidad, igualdad de acceso e igualdad de salud. El análisis se basa en la perspectiva de los estudios anteriores y en la regulación de Suecia.</p>	
Barasa <i>et al.</i> (2017) Recentralización within	Los cambios en los hospitales como resultado de los procesos	Mostrar la experiencia kenyana respecto a los procesos de	Se emplea un estudio de caso y se recolectan datos por medio de entrevistas a profundidad. El estudio de caso involucra tres	Las recientes reformas en el sistema de salud de Kenya disminuyeron la autonomía de los hospitales, de modo que su

<p>descentralization: county hospital autonomy under devolution in kenya.r</p>	<p>de devolución.</p>	<p>descentralización y re-centralización de los servicios de salud.</p>	<p>hospitales del condado de Kilifi.</p> <p>Se usa un “enfoque del sitio de aprendizaje” (learning site approach), en el que los investigadores se involucraron en el sistema de salud del condado y trabajaron conjuntamente con los actores de dicho sistema (administradores, practicantes, hacedores de políticas). Con ello, pretendieron aprender directamente del caso, identificar problemas, formular preguntas de investigación y explorar posibles soluciones.</p> <p>Se practicaron 21 entrevistas que involucraron a tomadores de decisiones de diferentes niveles jerárquicos de los hospitales, así como a dos funcionarios del departamento de salud del condado. Las entrevistas se realizaron cara a cara con una duración de entre treinta y cuarenta y cinco minutos. Los datos se analizaron por medio del marco teórico que permitió codificar y graficar los datos recabados, así como generar relaciones entre ellos.</p>	<p>estructura orgánica se transformó. Las atribuciones como planeación, financiamiento (ingresos y egresos), administración de los recursos (humanos y materiales), adquisiciones y abastecimiento de medicinas e insumos médicos, fueron reguladas o incluso transferidas al gobierno de los condados o al nacional.</p> <p>El sistema de salud keniano se encuentra entre la descentralización y la re-centralización. A pesar de que existen actores locales responsables de ciertas actividades en materia de salud, como la provisión de los servicios, existen actividades administrativas que habían sido parte de las responsabilidades de los actores locales, como los hospitales, y fueron limitadas o devueltas a los condados o el gobierno central.</p>
--	-----------------------	---	---	---

<p>Duckett, S. (2010) <i>Second wave reform in Alberta healthcare management Forum</i></p>	<p>Los cambios en el sistema de salud canadiense con la implementación de los servicios de salud de Alberta.</p>	<p>Describir la restructuración del sistema de salud a partir de la creación de los servicios de salud de Alberta (una provincia de Canadá), sus aciertos y retos.</p>	<p>El autor realiza una descripción de lo que ocurre en el sistema de salud de Alberta, por medio de la revisión documental y de datos oficiales de los servicios de salud de la provincia.</p>	<p>El sistema de salud de Canadá fue sometido a diferentes reformas mediante las que se responsabilizó a las provincias de la provisión de los servicios de salud. Sin embargo, la variabilidad de las cualidades de dichos servicios produjo que se incorporara una serie de nuevos cambios estructurales dirigidos a la re-centralización. Estos cambios se entienden como una respuesta ante los retos que plantean las economías de escala, aunque también resultan en deficiencias para la independencia en la toma de decisiones para la provisión de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades de la población.</p>
<p>Malensky, E.; C. Nguyen & A. Tran (2014) <i>The impact of recentralization on public services: A difference-in-differences analysis of the abolition of elected councils in Vietnam.</i></p>	<p>Las consecuencias de la abolición de los concejos populares de distrito (District People's Councils, un modelo de descentralización que involucraba a</p>	<p>Realizar un análisis empírico acerca de la abolición de los concejeros electos y sus afectaciones en los servicios públicos.</p>	<p>Los autores identifican el modelo teórico de descentralización al que pertenecen los concejos populares de distrito. Con base en las consideraciones teóricas elaboran dos hipótesis: H1. La remoción de los concejos locales incrementará la eficiencia de la provisión de los servicios públicos. H2. La</p>	<p>Entre los hallazgos de los autores se encuentra que la eliminación de los concejos populares es una suerte de re-centralización y afecta de manera distinta a los servicios públicos. Con respecto al sector salud, observaron que incrementa el desempeño en la provisión de estos servicios, al igual que en la infraestructura</p>

	<p>ciudadanos electos en la toma de decisiones y el diseño de políticas de servicios públicos).</p>		<p>remoción de los concejos locales cambiará las prioridades de la provisión de los servicios públicos por las del gobierno central. Para probar las hipótesis, toman como base los datos de un estudio piloto realizado por el gobierno vietnamita en el que se evaluaban los efectos de la supresión de los concejos populares. Se recabaron datos de tres de las más recientes encuestas sobre el nivel de los hogares en Vietnam (2006, 2008 y 2010), elaboradas por la oficina general de estadística de Vietnam en conjunto con el Banco Mundial. También se recabaron datos de líderes comunales acerca de los servicios básicos de las zonas rurales.</p> <p>Para el análisis se emplea un estimador de diferencias en diferencias, un método de estimación de inferencia causal utilizado en estudios observacionales y también en la evaluación de programas sociales (Cansino y Sánchez, s/f), para el que se crean índices. Se seleccionan y</p>	<p>de transporte y de comunicación.</p> <p>Además, otro resultado que obtuvieron fue que la existencia de elecciones locales de los concejos populares, pudo producir incremento de la corrupción, así como una disminución en la gobernanza y la entrega del servicio.</p>
--	---	--	--	---

			<p>agrupan variables de control y variables de tratamiento que se relacionan entre sí y a través del tiempo; luego son analizadas por el método diferencia en diferencias.</p> <p>Luego de ciertos hallazgos, se crean seis índices más con la finalidad de probar su veracidad, los cuales también son analizados mediante la diferencia en diferencias.</p>	
<p>Weirich, T. & S. Sheinfeld-Gorin (1982) <i>Recentralization of mental health services: closing an outpatient clinic.</i></p>	<p>Las consecuencias del cierre de una clínica de salud mental.</p>	<p>Describir el proceso y las consecuencias de la restructuración de una clínica de salud mental.</p>	<p>Se emplearon una variedad de técnicas de recolección de datos antes, durante y después del cierre de una clínica de salud mental. Previo al cierre, se realizaron cuestionarios al personal y entrevistas a dos de los administradores, al representante de la junta comunitaria y a quince clientes. Luego del cierre, se practicaron 24 entrevistas al personal administrativo y clínico. El análisis se realizó a partir de las grabaciones que se obtuvieron de las entrevistas, las cuales fueron transcritas para encontrar patrones en el servicio. Asimismo, se recolectó evidencia documental y estadísticas del sistema de</p>	<p>Los autores encontraron que el cierre de la clínica de salud mental derivó de los problemas financieros que enfrentaba para proveer los servicios. Describieron que el cierre de la clínica representó una re-centralización territorial por cuanto los servicios de salud mental regresaron al lugar físico, el edificio central, desde donde habían sido transferidos. Asimismo, fue una re-centralización administrativa y estructural por cuanto las atribuciones antes conferidas a una unidad local fueron devueltas a la unidad central. Esto produjo que se interrumpieran los procesos de atención a la salud mental de la</p>

			información del centro.	<p>comunidad donde se encontraba la clínica que cerró. Asimismo, dada la larga distancia a recorrer para que la ciudadanía obtuviera dichos servicios, se afectó la calidad de su provisión, además de que el personal se vio incapacitado para estar en contacto directo con los pacientes, lo que provocó la pérdida de la intimidad y la conexión entre pacientes y proveedores de salud mental.</p> <p>Sin embargo, en el proceso de la re-centralización se involucró a la comunidad beneficiaria de los servicios de salud mental, lo que permitió que la decisión del cierre de la clínica tuviera legitimidad y no se considerara una decisión unilateral.</p>
Terlizzi, A. (2018) <i>Health system decentralization and recentralization in Italy: Ideas, discourse, and institutions.</i>	La organización del sistema de salud italiano a través del tiempo.	Indagar en el porqué y el cómo de los cambios en la organización territorial del sistema de salud de Italia a partir del institucionalismo histórico y discursivo.	Se emplea el método de seguimiento de procesos basado en la propuesta de Beach y Pedersen (2013). Más que identificar relaciones entre variables dependientes e independientes, este método trata de establecer mecanismos causales, es decir, un sistema de elementos interconectados que producen cambios. A partir	Existieron problemas fiscales y de equidad durante la etapa de descentralización de los servicios de salud en Italia, que generaron la necesidad de que el gobierno central impulsara el sistema nacional de salud para que operara de manera efectiva. En términos institucionales, esto ocurrió a partir de ciertos arreglos entre

			<p>de esto, la autora usa una aproximación inductiva y vincula la teoría con el análisis de los procesos. También añade datos empíricos obtenidos de documentos (como la legislación nacional, documentos oficiales del gobierno, debates parlamentarios, reportes de políticas, etc.) y de 11 entrevistas a profundidad, cuyas preguntas se ajustaron a los perfiles de los entrevistados.</p>	<p>los actores relevantes, de manera endógena, lo que desembocó en cierta coordinación sobre nuevos acuerdos para propiciar una re-centralización en la dimensión administrativa y, por lo tanto, un sistema menos descentralizado.</p> <p>Esto propició que el gobierno central recobrara un papel de mayor relevancia en la dirección, el monitoreo y la regulación del gasto de los gobiernos locales desde la década de los 2000, con la finalidad de garantizar la disciplina fiscal y evitar el déficit, uno de los mayores problemas provocados por la descentralización en el sistema de salud italiano.</p>
<p>Phommasack, B. <i>et al.</i> (2005) <i>Decentralization and recentralization: Effects on the health systems in Lao PDR</i></p>	<p>Las diferencias en los procesos organizacionales en el periodo que transcurrió de la descentralización a la re-centralización (en 1992) en 7 de las 18 provincias de</p>	<p>Describir las consecuencias de la descentralización y la recentralización en el país República Demócrata Popular Lao (Lao PDR por sus siglas en inglés; ubicado en</p>	<p>Es un estudio descriptivo que recaba información de diferentes fuentes, como entrevistas semiestructuradas al personal en las oficinas del ministerio de salud, del de finanzas, los gobernadores de las provincias, los departamentos de salud de las provincias, etc. Se emplearon cuestionarios escritos para las</p>	<p>Entre las consecuencias de la re-centralización se encuentran:</p> <p>a) El gobierno nacional incrementó su control sobre las finanzas y el presupuesto.</p> <p>b) El ministerio de salud se reorganizó en seis departamentos para facilitar la</p>

	Lao PDR.	el centro surasiático).	entrevistas. También se obtuvo información cuantitativa, como el número de doctores, enfermeras, etc. en cada provincia, así como otros datos de relevancia de los registros del gobierno y de agencias internacionales.	operación del sector; una estructura similar existía en cada provincia. c) Se creó una escuela dentro del ministerio de salud para incrementar las habilidades administrativas del personal de salud nacional y de las provincias. Se establecieron esquemas de motivación y se incrementaron los salarios. Aunque existieron ciertas mejoras, los autores no las atribuyen totalmente a la re-centralización porque a la par se implementaron otros cambios, como la privatización y la reforma de mercado.
--	----------	-------------------------	--	--

En general, como puede apreciarse en el cuadro, varios estudios sobre la re-centralización son descriptivos. Buscan entender las razones, los procesos y las consecuencias de este fenómeno en distintos ámbitos de las organizaciones afectadas. También describir cómo hacen las organizaciones para restituir sus atribuciones, responsabilidades, autoridad y/o control, o bien, para transferirlas al gobierno central.

Estos estudios funcionan como base para delinear esta investigación, que pretende ser exploratoria. Existen pocos antecedentes en la academia en México que ilustren acerca de la re-centralización. Este trabajo intenta aportar al conocimiento del fenómeno sin generalizar sus hallazgos porque considera el principio de que cada organización es distinta. A diferencia de los análisis del cuadro anterior, este estudio se inserta dentro del campo de los Estudios Organizacionales (y no en la ciencia política, la administración o la economía, disciplinas desde donde se ha abordado el fenómeno de la descentralización y la centralización).

Aquí se trata de indagar en la percepción de quienes atienden a la población directamente. Estas personas pocas (o nulas) veces son involucradas en la toma de decisiones de magnitud nacional, pero son de suma importancia; por un lado, establecen el curso de las políticas provenientes de niveles jerárquicos superiores y, por el otro, son la imagen del funcionamiento organizativo del sistema de salud frente a la sociedad. Asimismo, los médicos, las enfermeras y el personal administrativo que se encarga de atender a la población son afectados por las decisiones del centro en el curso de su labor diaria, y su visión permite generar un panorama sobre las implicaciones de la re-centralización.

Los enfoques cualitativo y cuantitativo en la investigación sobre organizaciones

La ciencia es un conjunto de conocimientos sistematizados que tiene como características: a. la refutabilidad, que se refiere a que una hipótesis pueda ser sometida a pruebas que la contradigan, b. la falsabilidad, que supone que debe predecir y luego comprobar; c. su principal resultado es una teoría; d. es progresiva, es decir, que hay teorías que pueden ser rechazadas después de algún tiempo; y e. es histórica, lo que significa que el conocimiento está anclado en un momento histórico.

Existen dos posturas en las ciencias sociales, una objetivista y la otra subjetivista. Según la objetivista, las características de las ciencias sociales se relacionan con las enunciadas líneas arriba. La realidad resulta ser objetiva y se presta para ser conocida y estudiada por los sujetos. Es decir, las personas involucradas en los fenómenos y los investigadores no inciden en la construcción de los objetos que existen y se estudian. El

conocimiento que se crea pretende ser generalizable a fenómenos similares y trata de encontrar relaciones causales entre variables que pretenden ser inamovibles.

Por su parte, la segunda postura está asociada al constructivismo y al subjetivismo. Concibe a las ciencias sociales ancladas en la existencia de racionalidades, las formas de entender y explicar el mundo bajo factores diversos, en su mayoría subjetivos, como factores culturales, de creencias, valores, etcétera, y que pertenecen a los actores o agentes sociales.

Desde esta perspectiva, las características de la ciencia (ahora aplicadas a las ciencias sociales) tienen connotaciones diferentes: a. las hipótesis pueden no ser refutables por cuanto el conocimiento que se obtiene no es generalizable; b. la falsabilidad (de existir) es relativa al método y no a la teoría; c. los resultados no son teorías generalizables, sino conocimientos aplicados a ciertos fenómenos en un tiempo y espacio determinado; d. al no tener teorías, tal vez no es posible que el conocimiento que se cree sea progresivo; e. su historicidad está relacionada con los actores y el contexto en el que se desarrolla el fenómeno que se estudia (Ruíz y Ayala, 2000).

Esto replantea la generalidad del conocimiento que se construye en las ciencias sociales. Los fenómenos de la realidad social no se replican dos veces del mismo modo. Retomando la idea de Heráclito, "nadie se baña dos veces en el mismo río". Asimismo, lleva a considerar al conocimiento como inherente a las personas que lo crean. En términos de la relación sujeto-objeto, el sujeto no está completamente separado del objeto, sino que participa en su constitución. Esto considera que el valor del conocimiento producido está en su particularidad y en su capacidad explicativa, al contemplar diferentes variables componentes de los fenómenos y que, a su vez, están interrelacionadas de múltiples formas.

Burrell y Morgan (1979) clasifican a estas dos posiciones, la objetivista y la subjetivista, como dimensiones de la naturaleza de la ciencia. Cada dimensión está compuesta por cuatro componentes. Los de la objetivista son: el realismo (el mundo social existe fuera de la mente de las personas), el positivismo (la búsqueda de predicciones, explicaciones y relaciones causales), el determinismo (supone que la situación de las personas está determinada por el ambiente), y lo nomotético (la investigación es sistemática, tiene rigor científico y puede ser comprobable). Mientras que los de la subjetivista son: el nominalismo (el mundo exterior yace en la estructura dotada por la cognición), el antipositivismo (el mundo social es relativo y se entiende a partir de la visión de las personas), el voluntarismo (las personas son autónomas para decidir su situación y acciones), y lo ideográfico (que enfatiza en el análisis de la subjetividad y el papel de los

sujetos). Estos componentes corresponden respectivamente a lo ontológico (la naturaleza o esencia de los objetos o fenómenos), lo epistemológico (cómo se concibe o se entiende la realidad), la naturaleza humana (las relaciones de las personas con su medio ambiente), y a lo metodológico (la forma en que se obtiene el conocimiento).

Con respecto a lo metodológico, existen dos formas de obtención del conocimiento: uno cuantitativo y otro cualitativo. En respuesta a su naturaleza ontológica y epistemológica, el método cuantitativo (asociado a lo nomotético) parte de lo que se denomina como monismo metodológico, que trata de implementar el método de las ciencias naturales a las ciencias sociales. Por ello, intenta cuantificar las variables del fenómeno que estudia, evita la subjetividad, trata de explicar regularidades y se basa en el dato compuesto por indicadores, que debe reflejar las características del objeto que se estudia. Por su parte, el cualitativo (anclado en lo ideográfico) responde al dualismo metodológico que establece que las ciencias sociales tienen sus propios métodos: recolecta la información a través de los sujetos involucrados y tiende a no cuantificar las variables (Salas, 2011; Creswell, 2014).

En el estudio de las organizaciones, la postura objetivista se reconoce en el desarrollo teórico que compone a la Teoría de la Organización, que concibe a las organizaciones como entidades con límites establecidos y entiende a las personas como uno de sus elementos. Las aproximaciones de este cuerpo de conocimiento se asocian al funcionalismo, que establece que las organizaciones tienen un gran énfasis en la eficiencia y en el cumplimiento de objetivos.

Sin embargo, en el sentido opuesto, los Estudios Organizacionales se relacionan con la postura subjetivista al reconocer el papel activo de las personas. Desde este campo de conocimiento, las organizaciones son concebidas como un producto de la cognición de las personas que las conforman: son producto del común acuerdo que se tiene acerca de su existencia y razón de ser. A diferencia de la postura anterior, considera que los límites de la organización no pueden ser establecidos, pues concibe una interacción de intercambio e influencia permanente con el ambiente al que la organización pertenece. Además, no hace énfasis en la eficiencia, sino en aspectos como la cultura, el lenguaje, el significado, etc.

Metodología de la investigación

La presente investigación pretende ser de corte subjetivista y, por lo tanto, metodológicamente cualitativa. Reconoce el papel de las personas en la construcción de las estructuras, así como en los efectos de un fenómeno como la re-centralización. La atención del estudio se centra en la percepción de las y los trabajadores del sector salud que tienen a su cargo la provisión de los servicios de primer nivel.

Se presta atención a este nivel de personal porque, como lo hace notar Lipsky (1971), los servidores públicos del gobierno que se encuentran en contacto directo con la ciudadanía son los que determinan el rumbo y la implementación de las políticas públicas que diseñan los funcionarios; en este caso, los funcionarios de salud del INSABI y de la Secretaría de Salud. Bajo esta consideración, el personal que atiende a la población percibe los efectos en su cotidianidad, les da sentido, incorpora (o no) los cambios y, en fin, tiene un papel sustancial en la transformación a nivel estructural del sector salud.

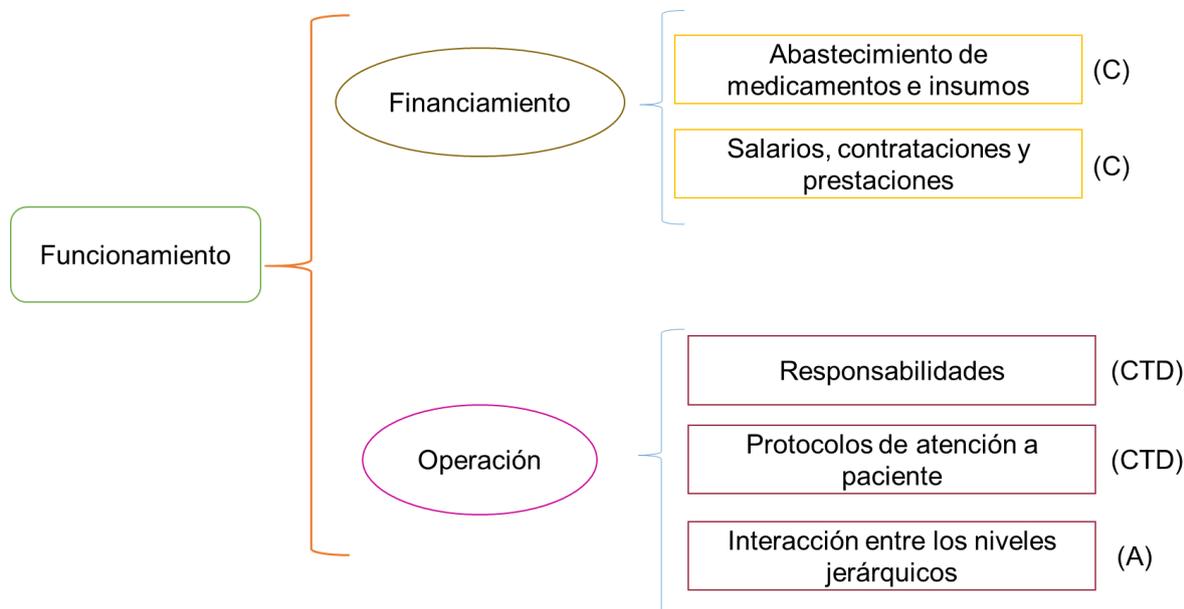
Los métodos cualitativos son diversos y pueden funcionar de acuerdo con la aproximación desde la que se desee abordar el fenómeno de estudio (Álvarez-Gayou, 2009). Esta investigación emplea la estrategia de estudio de caso, apoyada del método de la entrevista semiestructurada, con lo que se intenta indagar en la percepción de los trabajadores que prestan los servicios de salud de primer nivel. Así, se busca recabar información sobre las implicaciones en el funcionamiento del sector salud, luego de que la responsabilidad de la provisión de los servicios se transfiriera de las Entidades Federativas a la Federación. La Entidad Federativa elegida para el estudio de caso es el Estado de México, que fue una de las 24 que firmaron un acuerdo de coordinación con la Federación por conducto del INSABI.

El estudio se realiza en una unidad de salud del primer nivel de atención del municipio de Nezahualcóyotl. Entre los criterios para la elección del centro de salud se encuentran: 1) que fuera una unidad del primer nivel de atención a la salud, en una Entidad Federativa que haya firmado el acuerdo de coordinación para la transferencia de la provisión, operación y supervisión de los servicios de salud; 2) que sea una unidad de salud de atención primaria; 3) la accesibilidad y cercanía con el caso dadas las condiciones epidemiológicas derivadas de la COVID-19.

La investigación se centra en el funcionamiento entendido en dos dimensiones: la operación y el financiamiento. Ambas dimensiones se subdividen, a su vez, en subdimensiones que pretenden facilitar la clasificación de los discursos y datos que se recaban en cada entrevista, así como su análisis. Las dimensiones y subdimensiones se establecieron con respecto a las prioridades del Gobierno Federal que pueden identificarse en los programas del sector salud. A partir del vínculo entre las categorías analíticas y los discursos de los entrevistados, se intentan identificar algunas implicaciones de la re-centralización. Es importante retomar los aspectos teóricos descritos con anterioridad en el capítulo 1, dado que las dimensiones del funcionamiento están relacionadas con los elementos que definen a la centralización, mencionados en el primer capítulo: el control (C), la autoridad (A) y la capacidad de toma de decisiones (CTD). Esta relación entre

dimensiones teóricas y metodológicas permite hacer una relación entre la re-centralización y sus consecuencias. Lo anterior se ilustra en la siguiente figura:

Figura 7. Las dimensiones y categorías para el estudio de las implicaciones de la re-centralización



Fuente: Elaboración propia

Las dimensiones y subdimensiones se definen de la siguiente manera:

Funcionamiento. Incluye aspectos estructurales, las interacciones entre sus miembros, así como los recursos y la atención que se brinda a la ciudadanía.

Se identifica que el funcionamiento entendido con respecto a la estructura organizacional es un aspecto de relevancia del Gobierno Federal por cuanto el diagnóstico de la carencia de acceso universal y equitativo está causado por la ineficiencia del esquema de provisión de servicios basado en el Seguro Popular, del cual forman parte los centros de salud. Así lo indica el Programa Sectorial de Salud 2020-2024: “Actualmente, el Sistema Nacional de Salud no garantiza el derecho a la salud de todos los mexicanos, ni el acceso efectivo a los servicios requeridos por las personas y las comunidades” (3).

Financiamiento. Considera la suficiencia y pertinencia de los recursos materiales, financieros y humanos que acompañan la provisión de los servicios de salud.

Los recursos son uno de los pilares de la visión del sector salud en el Gobierno Federal. Esta dimensión se subdimensiona en abastecimiento de medicamentos e insumos y en salarios, contrataciones y prestaciones, debido a que son consideradas como acciones prioritarias para cumplir con el acceso a los servicios de salud. En el Programa Institucional

del INSABI pueden identificarse como Objetivos principales lo concerniente a estas subdimensiones:

Objetivo 1 del Programa Institucional del INSABI. “Garantizar que no falte personal médico de enfermería y técnico, en las unidades de atención a la salud, particularmente en los lugares con mayores niveles de marginación (rural, indígena y de pobreza)”.

Objetivo 2 del Programa Institucional del INSABI. “Asegurar un abasto suficiente de medicamentos, material de curación y equipos médicos en los establecimientos de salud, que atienda las demandas de las personas, los programas prioritarios y la morbilidad de cada territorio”.

Objetivo 4 del Programa Institucional del INSABI. “Asegurar la regularización de la situación laboral de las personas trabajadoras de la salud que prestan servicio bajo contratos eventuales y por honorario, tomando como criterios la antigüedad y el desempeño”.

Abastecimiento de medicamentos e insumos. Si existen los suficientes medicamentos e insumos para brindar la atención a los pacientes del centro de salud.

Salarios, contrataciones y prestaciones. Si los salarios y el régimen laboral de los trabajadores se han transformado a partir de la firma de los acuerdos de coordinación. Asimismo, si el personal es suficiente para cubrir con las necesidades de atención de la población donde opera el centro de salud.

Esta subdimensión integra el objetivo 1 y el 4 del Programa Institucional del INSABI.

Operación. Se refiere a los cambios en la organización de las tareas y actividades.

Tanto el Programa Sectorial de Salud como el Programa Institucional del INSABI y los acuerdos de coordinación que se firmaron entre las Entidades Federativas y el INSABI establecen la implementación de un nuevo modelo de atención a la salud denominado Modelo SABI que otorga un gran énfasis en la atención médica de primer nivel, al mismo tiempo que pretende reorganizar la provisión de los servicios en los centros de salud. De ahí se desprenden tres subdimensiones:

Responsabilidades. Si las actividades y tareas se transformaron y brindan una mejor atención a la ciudadanía

Protocolos de atención al paciente. Si existen o se han transformado los protocolos de atención, su pertinencia y congruencia con las necesidades de la población, así como su facilidad de implementación.

Interacción entre los niveles jerárquicos. Los cambios en relaciones entre los diferentes niveles jerárquicos, la distribución de la autoridad dentro del centro de salud y la capacidad de coordinación y dirección.

El estudio de caso se divide en dos partes. La primera relata los cambios ocurridos a partir de la reforma a la Ley General de Salud y la creación del INSABI durante 2019, elaborada con base en declaraciones del Presidente de la República, Andrés Manuel López Obrador, así como del Director General del Instituto Juan Antonio Ferrer. Asimismo, se recaban datos de las leyes y reglamentaciones que se reformaron o se emitieron para dar pauta a las transformaciones en el sector salud.

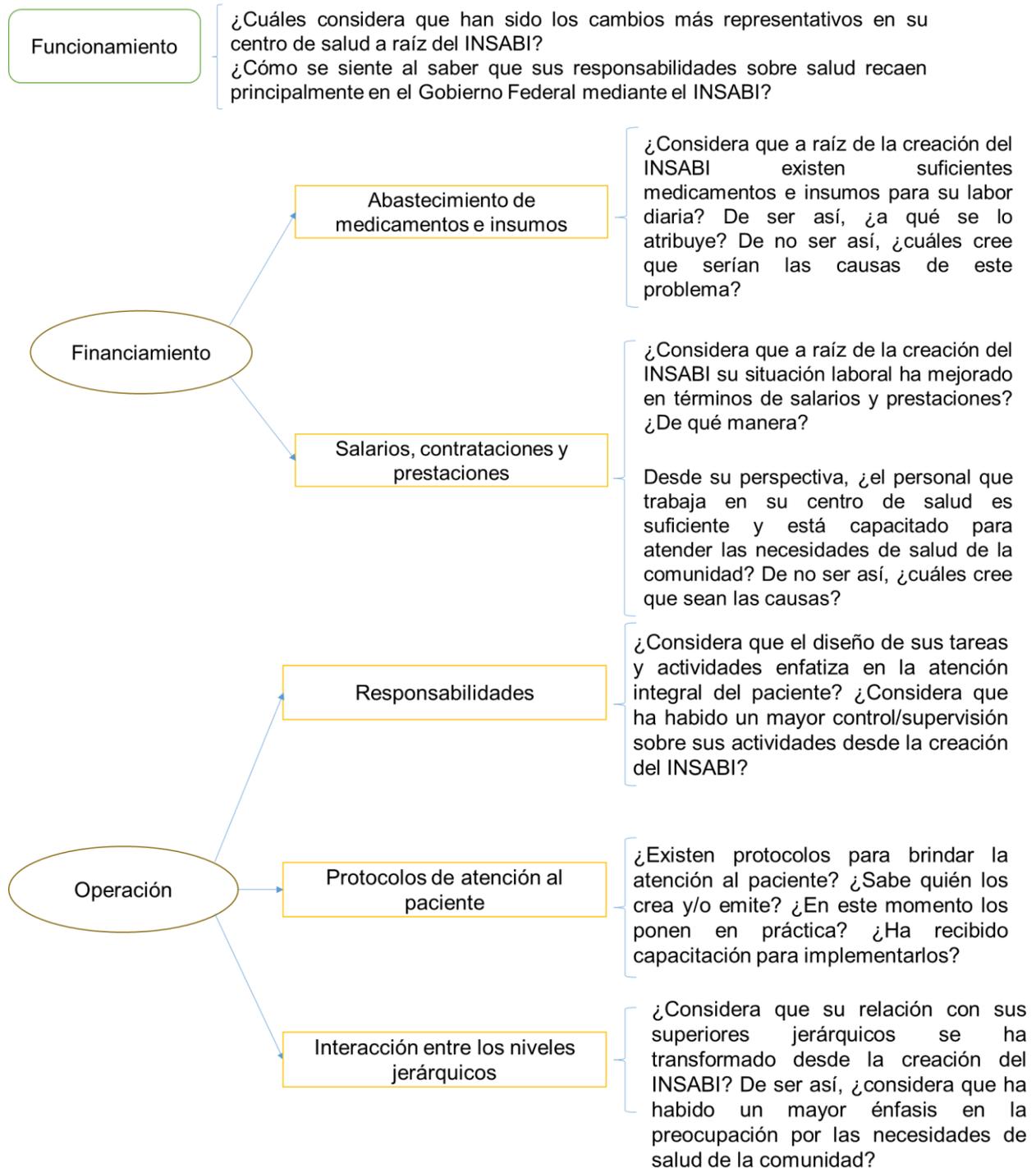
La primera parte trata de ser congruente con la propuesta de Saltman *et al* (2008) que reconoce la importancia de la historia en la re-centralización: no puede existir este fenómeno sin que las organizaciones hayan transitado, en el transcurso del tiempo, por procesos de *centralización – descentralización*. La historia es una pieza clave para comprender a la re-centralización y, por supuesto, sus implicaciones. Por tanto, esta primera parte pretende ser una descripción nacional ilustrativa y otorgar continuidad a la narración histórica elaborada en apartados anteriores sobre la centralización y la descentralización en el sector salud en México.

La segunda parte del estudio de caso se desarrolla a partir de las entrevistas practicadas al personal de un centro de salud de una de las Entidades Federativas en donde se re-centralizaron los servicios de salud a la Federación. Las entrevistas son semiestructuradas, lo que significa que la investigadora elabora ciertas preguntas relacionadas con las dimensiones y subdimensiones de interés. Pero, al mismo tiempo, queda la posibilidad de ahondar en el discurso de los entrevistados para recabar más información. Las entrevistas están compuestas por diez preguntas y tienen una duración de entre 30 minutos y 1 hora.

Las entrevistas se graban por medio de un dispositivo móvil y, para su análisis, se transcriben en un documento electrónico a fin de clasificar las declaraciones de los participantes en las dimensiones antes establecidas. El conjunto de declaraciones permite generar una idea acerca de los cambios en el funcionamiento de las clínicas que proveen servicios de salud de primer nivel luego de la re-centralización del sector salud.

Las preguntas de las entrevistas están relacionadas con las dimensiones y categorías analíticas arriba expuestas en la figura 6, así como con el objetivo principal de los cambios al sector salud: la universalización del acceso a la salud. La siguiente figura muestra las preguntas a realizarse:

Figura 8. Preguntas de la entrevista



Capítulo 4 La re-centralización del sector salud en México: Estudio de Caso

La llegada de Andrés Manuel López Obrador (AMLO) a la presidencia de la República planteó un cambio en el sector salud. El 29 de noviembre de 2019 se creó el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, sectorizado a la Secretaría de Salud. Se formó con el objeto de “[...] proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social [...]” (Reforma 116 Ley General de Salud, 2019). Su aparición es resultado del cambio de visión gubernamental que criticó al Seguro Popular como un esquema que limitaba el acceso a los servicios de salud³⁸.

De acuerdo con Gustavo Leal (UAM, 2020) la creación del INSABI representa la interrupción de las políticas neoliberales en materia de salud, las cuales habían destituido la capacidad del gobierno atender las problemáticas y las demandas sociales y permitieron la incursión del mercado en diferentes ámbitos públicos. El INSABI también significa la recuperación por parte del Gobierno Federal del control, la capacidad de financiamiento, de provisión de servicios, de toma de decisiones y la autoridad sobre acciones en materia de salud, sobre todo en la atención de primer y segundo nivel. Dicho en otras palabras, la existencia del INSABI es un acto de re-centralizar el sector salud, luego de que durante más de tres décadas se promoviera su descentralización. Se transforma el modelo instituido por el Seguro Popular y se genera una nueva estructura para administrar, proveer y supervisar los servicios de salud en las Entidades Federativas.

Los cambios en el sector salud a partir de la creación del INSABI

Desde el principio de su mandato AMLO declaró la desaparición del Seguro Popular y propuso la reorganización del sistema de salud pública con la finalidad de garantizar la atención médica y medicamentos gratuitos a la población que carece de seguridad social. De acuerdo con la propia visión del presidente esto era una necesidad relacionada con el mandato constitucional del derecho a la protección a la salud (Andrés Manuel López Obrador, 2020). Por ello y en concordancia con lo dicho en su campaña presidencial, el 29 de noviembre de 2019 se instituyó el INSABI por medio de una reforma a la Ley General de Salud (LGS) que entró en vigor el 1º de diciembre de 2020.

De acuerdo con dicha reforma el INSABI está administrado y dirigido por una Junta de Gobierno y por un Director General. La Junta de Gobierno está presidida por la persona titular de la Secretaría de Salud e integrada por las personas titulares de diferentes

³⁸ Como se mencionó en el capítulo 2, esta crítica hacia el Seguro Popular ha estado en la visión de AMLO desde que fue Jefe de Gobierno en el entonces Distrito Federal.

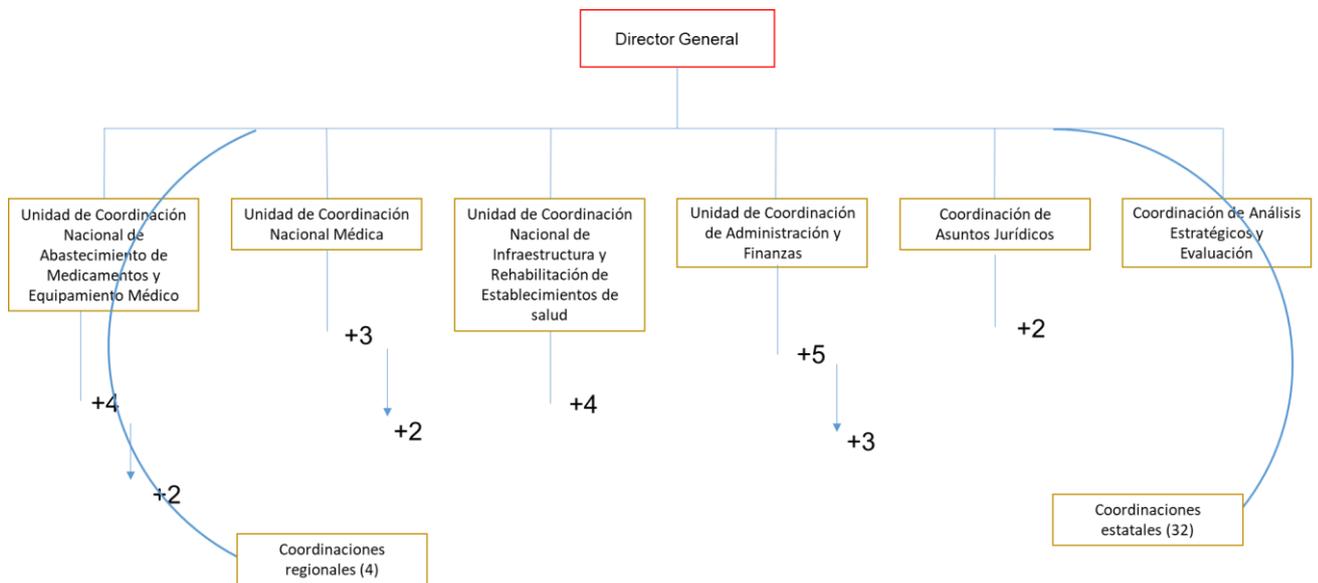
organizaciones del sector salud, entre ellas, la del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el representante del sindicato titular de los trabajadores de la Secretaría de Salud, etc. Esta Junta se encarga de aprobar políticas públicas, manuales de organización y de procedimientos. Además, debe cumplir con las atribuciones señaladas en la Ley Federal de Entidades Paraestatales (LFEP). Por otro lado, el Director General es designado por el presidente de la República de acuerdo con los criterios que se establecen en la LFEP³⁹ y es responsable de supervisar a las unidades administrativas que ejercen presupuesto, entre otras cuestiones⁴⁰.

El eje rector del INSABI es la gratuidad en los servicios de salud de primer y segundo nivel. Para cumplir con este objetivo, se formaron cuatro pilares: 1) abasto y distribución de medicamentos y material de curación y equipos médicos; 2) médicos, enfermeras y especialistas suficientes en los establecimientos de salud; 3) construcción y mantenimiento de los establecimientos de salud; 4) basificación de los trabajadores por contrato eventual y por honorarios. La estructura orgánica del INSABI contempla cuatro unidades relacionadas con estos pilares. Asimismo, tiene un área encargada de los asuntos jurídicos, otra vinculada con la evaluación, así como coordinaciones regionales y estatales que contribuyen, entre otras cosas, con “el análisis y desarrollo de la implementación de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos” (Estatuto Orgánico del INSABI, 2020).

³⁹ El artículo 21 de esta Ley establece que los requisitos son: “I. Ser ciudadana o ciudadano mexicano [...] II. Haber desempeñado cargos de alto nivel decisorio en forma destacada en actividades profesionales, de servicio público, administrativo o sustancialmente relacionadas con materias afines a las de competencia de cada entidad paraestatal y, III. No encontrarse en alguno de los impedimentos que para ser miembro [...] señala [...] esta Ley”.

⁴⁰ La LFEP establece que los organismos descentralizados deben contar con un órgano de gobierno que, en el caso del INSABI, se hace llama Junta de Gobierno. El artículo 58 de dicha Ley establece que entre sus atribuciones, esta Junta tiene a su cargo la aprobación de los programas y presupuestos; fijar precios de los bienes y servicios que preste la entidad paraestatal; expedir normas generales; aprobar estructura orgánica de la entidad [...] Para el caso del Directo General, la LFEP establece sus atribuciones en los artículos 22 y 59. Entre las más relevantes se encuentran: administrar y representar legalmente a la entidad; formular programas institucionales; establecer sistemas de control para alcanzar objetivos; establecer mecanismos de evaluación; entre otras.

Figura 9 Estructura orgánica del INSABI (simplificada)



Fuente: Elaboración propia con base en INSABI (2020)

*Los números debajo de los recuadros significan las unidades que existen en el siguiente nivel jerárquico

De acuerdo Juan Antonio Ferrer, Director General del INSABI, los cuatro pilares pretenden alcanzarse por medio de diferentes instrumentos como son:

88

- a. la compra de medicamentos y otros insumos a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (por medio de compras consolidadas);
- b. la organización de redes integradas de servicios de salud;
- c. el diseño de un programa de mejora de la infraestructura en salud;
- d. la participación social en la gestión de salud; el reclutamiento y la preparación de médicos y enfermeras (Médicos del Bienestar); y,
- e. la firma de acuerdos de coordinación con las Entidades Federativas (Andrés Manuel López Obrador, 2020, 30m50s).

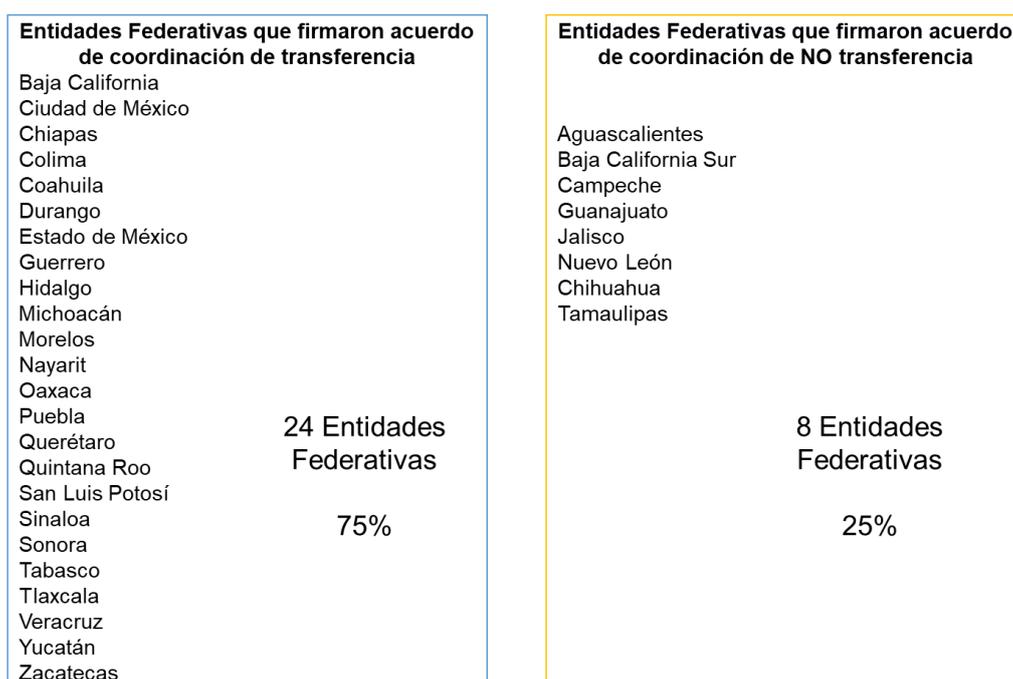
De entre los instrumentos mencionados destacan los acuerdos de coordinación entre el INSABI y las 32 Entidades Federativas. Estos acuerdos establecen elementos que transformaron las atribuciones de los Estados y la Federación, así como la operación del sector salud. Además, son los medios jurídicos que norman la relación entre la Federación (a través del INSABI) y las Entidades Federativas. Son de dos tipos:

- 1) De transferencia. Las Entidades Federativas transfieren al INSABI la organización, operación y supervisión de la prestación de los servicios de salud de primer y

segundo nivel (servicios transferidos) y se ocupan solo de los servicios especializados (servicios no transferidos);

2) De no transferencia. Las Entidades Federativas continúan con las acciones relativas a la prestación de los servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel y el INSABI se encarga de emitir criterios generales para la atención de la población y la supervisión de los recursos.

Figura 10. Distribución de acuerdos de coordinación firmados entre INSABI y Entidades Federativas



Fuente: Elaboración propia con base en Academia Nacional de Medicina México (2020, 5m09s)

En ambos acuerdos las responsabilidades de la Federación y las Entidades Federativas sufrieron modificaciones que se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 13. Modificación de las responsabilidades de la Federación y las Entidades Federativas después de la creación del INSABI

Acuerdos de coordinación de transferencia		
Ámbito de aplicación	Federación (INSABI)	Entidades Federativas (secretarías e institutos de salud)
Recursos humanos	Administración del personal; pago de sueldos, salarios y prestaciones en nombre de la	Responsabilidad patronal sobre el personal.

	Entidad Federativa.	
Recursos materiales	<p>Dirección de los inmuebles en las Entidades Federativas que incluye el pago de su mantenimiento y conservación, el suministro de agua y demás servicios para su operación.</p> <p>Adquisición, distribución y entrega de medicamentos e insumos relacionados con enfermedades que provocan gastos catastróficos⁴¹.</p>	<p>Provisión de medicamentos y demás insumos de los servicios especializados de salud.</p> <p>Pago del impuesto predial de los inmuebles a cargo del INSABI.</p>
Recursos financieros	<p>Transferencia a las Entidades Federativas de los recursos presupuestarios para cumplir con los servicios especializados de salud.</p> <p>Supervisión del ejercicio de los recursos presupuestarios relacionados con los servicios especializados de salud.</p> <p>Ejercicio de los recursos provenientes del Ramo 12 que correspondan a cada Entidad Federativa.</p> <p>Ejercicio de los recursos para la atención de necesidades de infraestructura en Entidades Federativas con mayores índices de marginación social con recursos del Fondo de Salud para el Bienestar.</p>	<p>Transferencia a la Federación (INSABI) de un porcentaje de recursos del Ramo 33 “Fondo de Aportaciones a la Salud” por medio de un fideicomiso en donde el INSABI es el único fideicomitente. El monto se establece en cada acuerdo de coordinación.</p> <p>Transferencia de una aportación solidaria calculada con base en el cierre de afiliación anual. Las Entidades Federativas pueden cubrir los montos con los recursos que les correspondan del Fondo General de Participaciones del Ramo 28 en caso de que la fuente de la aportación se vea afectada.</p>
Atribuciones	<p>Organización, operación y supervisión de la prestación de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos de primer y segundo nivel de atención para la</p>	<p>Organización, operación y supervisión de la prestación de servicios especializados de salud (los que no corresponden al primer y segundo nivel de atención). Estas acciones deben ejercerse en función del “Modelo de Salud para el Bienestar”</p>

⁴¹ Los gastos catastróficos se refieren a los tratamientos que implican un alto costo por “el grado de complejidad o especialidad y el nivel de frecuencia con la que ocurren” (Reglas de operación del Fondo de Salud para el Bienestar, 2020).

	<p>población abierta.</p> <p>Diseño de indicadores para el seguimiento y la evaluación de los servicios especializados de salud. Se toma en cuenta la opinión de las Entidades Federativas.</p>	<p>(SABI) para las personas sin Seguridad Social, basado en la Atención Primaria de Salud (APS)".</p>
<p>Responsabilidades de acuerdo con acuerdos de coordinación donde Entidades Federativas NO transfieren servicios de salud</p>		
	Federación	Entidades Federativas
Recursos humanos		Administración del personal; pago de sueldos, salarios y prestaciones. Responsabilidad patronal sobre el personal.
Recursos materiales	Adquisición, distribución y entrega de medicamentos e insumos relacionados con enfermedades que provocan gastos catastróficos.	Administración y dirección de los inmuebles, así como de los bienes muebles y lo relacionado a ellos.
Recursos financieros	<p>Transferencia de los recursos presupuestarios destinados a la prestación de los servicios de salud.</p> <p>Ejercicio de los recursos para la atención de necesidades de infraestructura en Entidades Federativas con mayores índices de marginación social con recursos del Fondo de Salud para el Bienestar.</p>	Ejecución de los recursos para la organización, operación y supervisión de la prestación de los servicios de salud.
Atribuciones	Diseño y verificación del cumplimiento de indicadores de desempeño estipulados en los acuerdos de coordinación.	Organización, operación y supervisión de la prestación de servicios de salud a la población abierta conforme al Modelo de Salud para el Bienestar (SABI).

Fuente: Elaboración propia con base en acuerdos de coordinación entre INSABI y Entidades Federativas

Con relación al financiamiento también se creó el Fondo de salud para el Bienestar. Se trata de un fideicomiso sin estructura orgánica en donde el INSABI funge como fideicomitente. De acuerdo con el artículo 77 bis 29 de la Ley General de salud (reformada el 29 de noviembre del 2019) destina recursos para los gastos catastróficos en salud, las necesidades de infraestructura de comunidades marginadas, así como para complementar el abasto de medicamentos y demás insumos necesarios.

El Fondo tiene tres subcuentas para cada uno de estas necesidades. Su gestión está sometida a reglas de operación de observancia para el INSABI. Dichas reglas contemplan, entre otros elementos, los criterios de asignación del Fondo, la forma de comprobación de su ejecución, el financiamiento de las enfermedades, de la infraestructura o de los medicamentos e insumos.

El financiamiento de los servicios de salud en las Entidades Federativas contempla distintas fuentes. Entre ellas se encuentran: el Ramo 12 referente al sector salud; el Ramo 33 mediante el Fondo de Aportaciones a la Salud; las aportaciones solidarias estatales, las cuales, pueden ser completadas por medio de los recursos del Ramo 28 de los estados cuando no tengan los recursos suficientes; y el Fondo de Salud para el Bienestar. Adicionalmente, opera el Programa IMSS-Bienestar⁴² que ofrece servicios de primer y segundo nivel a la población en zonas marginadas. En comparación con los instrumentos para financiar la salud a la población abierta que operaban durante la descentralización, con los cambios presentes se agregó el Fondo de Salud para el Bienestar.

Lo descrito anteriormente es una transformación de la estructura del sector salud a nivel nacional, de las atribuciones y de las relaciones entre las Entidades Federativas y la Federación. En términos generales puede afirmarse que los acuerdos de coordinación son el indicador más importante sobre la re-centralización de los servicios de salud. Aquellas Entidades Federativas que transfieren sus atribuciones de provisión de servicios devuelven el control, la autoridad y la toma de decisiones sobre la salud de la población y sus funciones quedan reducidas a meras actividades administrativas. Este nuevo esquema tiene efectos en la provisión de los servicios de primer nivel, como se verá con el caso estudiado en las siguientes secciones.

⁴² El antecedente que le dio origen a este programa fue el IMSS-Coplamar (Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria) creado a finales de la década de los setentas. Tenía como finalidad ampliar la provisión de los servicios de primer y segundo nivel de atención a las poblaciones con mayor marginación social. En su transición se ha transformado su denominación de sexenio a sexenio hasta la presente administración que lo ha llamado IMSS-Bienestar.

Las implicaciones de la re-centralización en los servicios de salud de primer nivel: El caso de un centro de salud en Nezahualcóyotl, Estado de México.

De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, en México existen 11, 528 centros de salud⁴³. Son los establecimientos encargados de la atención de primer nivel la salud de la población abierta. Tal como se observó en la tabla 13, las Entidades Federativas transfirieron la operación, organización y supervisión de los servicios de salud de primer nivel. Bajo esta nueva forma de gestión y estructura puede haber efectos en el funcionamiento de los centros de salud de las Entidades Federativas que transfirieron sus atribuciones y recursos.

Para conocer dichos efectos, se estudió el centro de salud “Esperanza” ubicado en el municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México. El Estado de México es la Entidad Federativa más poblada de México. En ella habitan cerca de 17 millones de personas (INEGI, 2021). El sector salud se conforma por la Secretaría de Salud⁴⁴, por seis organismos descentralizados y tres desconcentrados (Secretaría de Salud del Estado de México, 2018) que son:

Organismos descentralizados

1. Banco de Tejidos del Estado de México
2. Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico en el Estado de México
3. Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango
4. Instituto Materno Infantil del Estado de México
5. Instituto de Salud del Estado de México
6. Instituto Mexiquense para la Discapacidad

Órganos desconcentrados:

1. Centro Estatal de Trasplantes del Estado de México
2. Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades
3. Instituto Mexiquense contra las Adicciones

⁴³ La Secretaría de Salud Federal recaba de información estadística sobre salud. La generación e integración de la información está normada por la m NOM-035-SSA3-2012, la cual se establece que cada unidad médica que otorga servicios a la salud (sea pública o privada) debe tener una Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES). La CLUES funciona para crear un inventario de los establecimientos de salud. Los centros de salud son clasificados como núcleos básicos ya sea rurales o urbanos de acuerdo con las condiciones de infraestructura de la población donde se encuentran.

⁴⁴ En el desarrollo histórico de las organizaciones para proveer servicios de salud en el Estado de México, la Secretaría de Salud se creó en el 2000, luego del ISEM.

La responsabilidad de la provisión de los servicios de salud se reparte entre los diferentes hospitales e institutos. A la Secretaría de Salud le compete la planeación, coordinación y evaluación de la operación y provisión de dichos servicios. La atención de primer nivel corresponde al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). Cabe destacar que este Instituto inició operaciones luego del proceso de descentralización en el país durante la década de los ochentas⁴⁵.

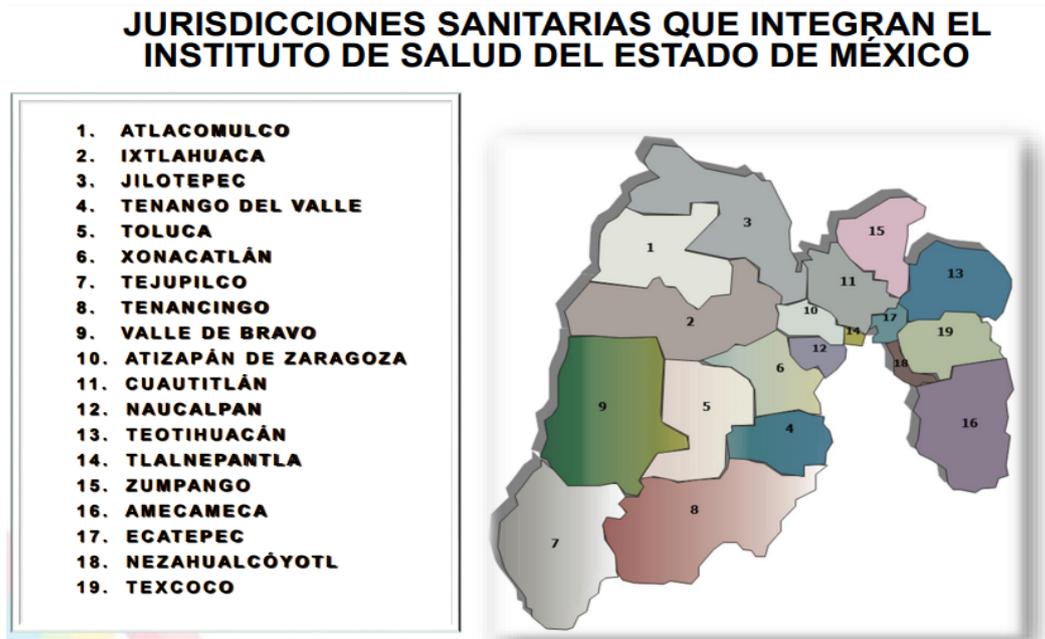
El ISEM está liderado por una Dirección General de la que se desprenden tres coordinaciones: Coordinación de Salud, Coordinación de Regulación Sanitaria y Coordinación de Administración y Finanzas. Corresponde a la primera la provisión de los servicios de salud de primer nivel por medio de centros de salud, los cuales se supervisan y administran por 19 jurisdicciones sanitarias repartidas a lo largo del territorio del Estado. Las jurisdicciones sanitarias se componen por hospitales y centros de salud. Se encargan de tareas como la planeación, la coordinación, la organización, la supervisión y la evaluación de la atención de primer y segundo nivel.

La prestación de servicios en el Estado de México se divide en organizaciones establecidas por regiones territoriales. Estas organizaciones son: 1) jurisdicciones; se integran por una población de hasta 1 900 000 habitantes; 2) coordinaciones municipales que pueden abarcar uno o más municipios, pero deben tener a su responsabilidad una población aproximada de 150 000 habitantes; y 3) Áreas Geográficas Bioestadísticas (AGEBs, microrregiones integradas por manzanas. En las AGEBs se llevan a cabo las acciones preventivas de salud en las comunidades marginadas por medio de los Técnicos de Atención Primaria a la Salud (TAPS) , también denominados Cuidadores de la Salud (CS)⁴⁶ (Secretaría de Salud del Estado de México, 2010).

⁴⁵ Como se mostró en el segundo capítulo, la cobertura social en salud en México antes de la década de los ochentas era responsabilidad del Gobierno Federal. Esto es que la provisión de los servicios de salud operaba por medio de los servicios coordinados de salud pública en Estados y Territorios. En el Estado de México se dividían en Distritos Sanitarios y jurisdicciones para facilitar la aplicación de estos servicios. (Instituto de Salud del Estado de México, 2013).

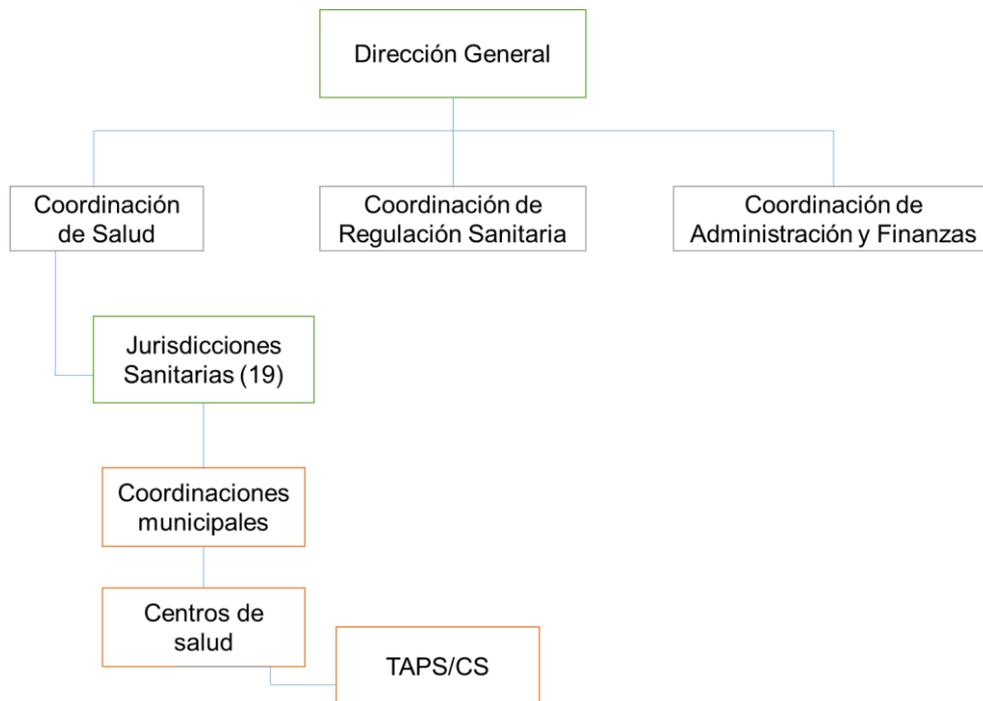
⁴⁶ Los TAPS o CS proporcionan los servicios de salud a la población más marginada. Su primer antecedente es el Programa de Adiestramiento de Auxiliares de Salud en el Estado de México que en 1979 se transformó en el Programa de Desarrollo Integral de Atención Primaria a la Salud. Este programa pretendían: elaborar diagnósticos sobre la situación de salud de las comunidades que atendían; favorecer la accesibilidad de los servicios de primer nivel; impulsar el desarrollo y autocuidado individual y familiar; disminuir la morbilidad y la mortalidad, etc. En 1995 el programa crea la figura de los TAPS para atender microrregiones, las cuales no deben exceder los 3 000 habitantes para zonas rurales y los 5 000 para urbanas. Los TAPS forman parte de los centros de salud.

Figura 11. Jurisdicciones del Estado México



Fuente: Instituto de Salud del Estado de México, 2020

Figura 12. La estructura de los servicios de primer nivel en el Estado de México⁴⁷



Fuente: Elaboración propia con base en Secretaría de Salud del Estado de México, 2010, 2013.

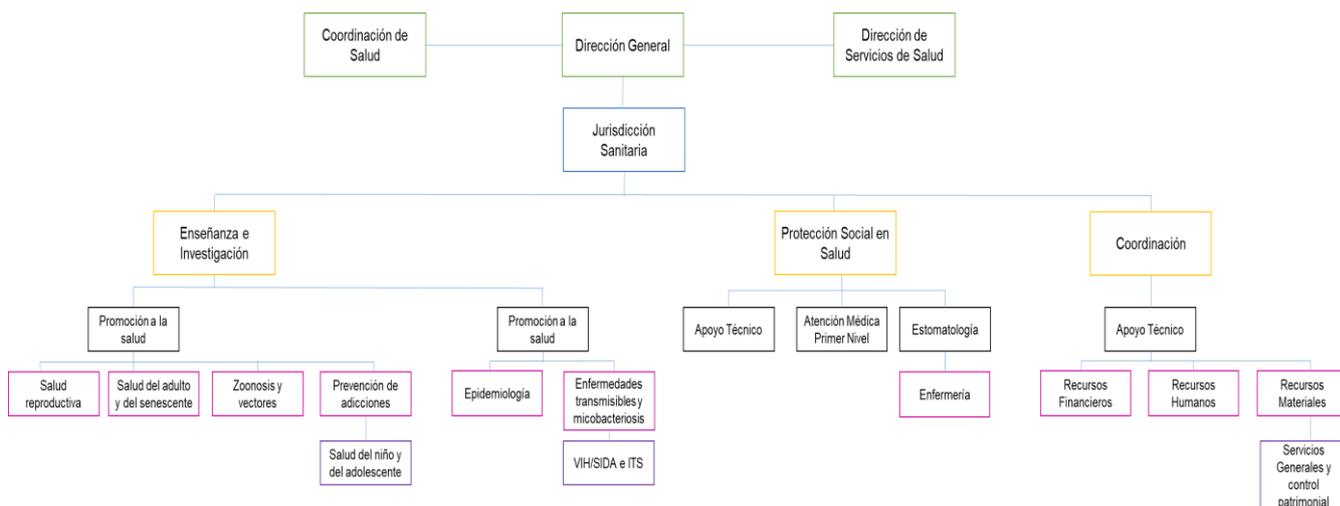
⁴⁷ Se muestra solo la línea jerárquica de los centros de salud. Sin embargo, la estructura orgánica del ISEM es amplia.

Cabe destacar que la estructura organizativa de la provisión de servicios Estado de México parece no haber sufrido modificaciones a raíz de la creación del INSABI.

Nezahualcóyotl es una de las 19 jurisdicciones sanitarias del Estado y está ubicada en el municipio con el mismo nombre. Este municipio es el segundo con mayor población (1 077 208 habitantes, sólo después de Ecatepec de Morelos con 1 645 352 habitantes [INEGI, 2021]), lo que lo constituye en uno de los municipios de relevancia para el Estado, sobre todo por su cercanía con la Ciudad de México.

La jurisdicción Nezahualcóyotl está conformada por tres hospitales, una casa de salud, dos unidades móviles (Caravanas de Salud), un laboratorio para la lectura de citologías, 23 módulos de atención a los adolescentes y un módulo de vasectomía sin bisturí. Además cuenta con 23 centros de salud urbanos para la atención de primer nivel a la población abierta.

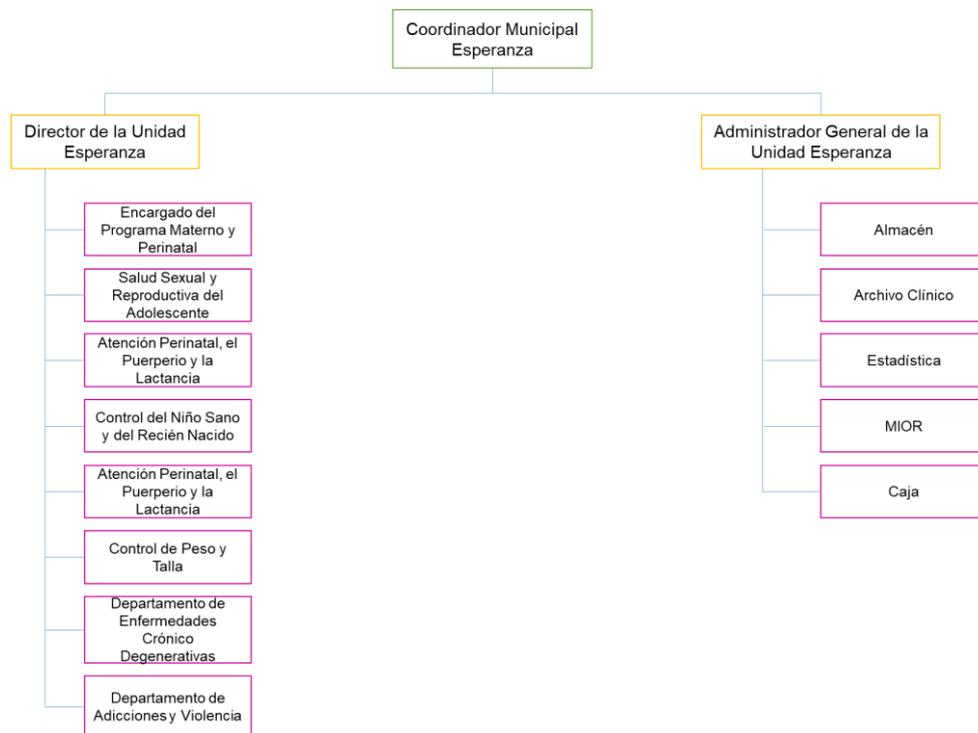
Figura 13. La estructura orgánica de la jurisdicción de Nezahualcóyotl



Fuente: Coordinación municipal “Esperanza”, 2021

El centro de salud estudiado se denomina “Esperanza”. Está ubicado en la zona oriente extrema del municipio y, por la cantidad de población a la que atiende (105 000 habitantes), es también una coordinación municipal. Inició operaciones en 1981. Está subdividido en 14 AGEBS con sus respectivos TAPS y cuenta con ocho consultorios de consulta externa. Ofrece servicios en dos turnos: uno matutino de 8:00 a 15:30 horas y uno vespertino de 14:00 a 22:00 horas. El personal que lo integra es administrativo, médico, de enfermería y de limpieza. La siguiente figura muestra la estructura interna del centro de salud:

Figura 14. La estructura interna del centro de salud “Esperanza”



Fuente: Centro de salud “Esperanza”

Las implicaciones de la re-centralización desde la percepción de los trabajadores del centro de salud “Esperanza”

En congruencia con la metodología planteada en el capítulo tres, se realizaron nueve entrevistas al personal médico, de enfermería y administrativo del centro de salud “Esperanza”. Cuatro participantes fueron médicos generales (tres del turno matutino y uno del vespertino) cuya antigüedad en el ISEM oscila entre los 2 y los 14 años. Dos de los entrevistados fueron personal de enfermería cuyas tareas se enfocan en vacunas, embarazo, curaciones, entre otras. Una de las enfermeras tiene más de 15 años de antigüedad en el sistema y apenas dos en la organización estudiada.

Se entrevistó a la administradora del centro de salud y al encargado del archivo del turno vespertino con uno y diez años de antigüedad en el puesto, respectivamente. El último participante fue el encargado de la farmacia, quien tiene aproximadamente un año en el cargo. Las entrevistas tuvieron una duración de entre 20 y 40 minutos cada una y se llevaron a cabo los días 31 de agosto, 01, 02 y 03 de septiembre en el centro de trabajo del personal.

A continuación se presentan los principales hallazgos de las entrevistas. Lo dicho por los participantes se vinculó con las dimensiones y subdimensiones del funcionamiento: a). financiamiento comprendida por abastecimiento de medicamentos e insumos; salarios, contrataciones y prestaciones; b) operación integrada por responsabilidades; protocolos a pacientes; interacción entre niveles jerárquicos. Asimismo, se relacionaron las declaraciones con alguno (o los tres) de los elementos teóricos de la centralización (autoridad, control y capacidad de toma de decisiones).

Funcionamiento –

Se elaboraron dos preguntas generales respecto del funcionamiento asociadas a los cambios generales en el centro de salud y a su sentir con el hecho de que el nivel federal sea ahora responsable de la salud en el país. Ambas preguntas tuvieron por objeto conocer si el personal estaba al tanto de la existencia del INSABI y de la nueva distribución de responsabilidades.

- a. Cambios generales observados en su centro de trabajo a partir de la creación del INSABI

El personal del centro de salud declara desconocer qué es el INSABI. Algunos lo consideran como un programa. Pocos saben que es una organización descentralizada del nivel federal. No tienen conocimiento de las atribuciones del INSABI y del papel que desempeña en el sector salud. Una de las médicas señala que no han recibido información que les aclare qué es el INSABI:

Médica1. Nosotros desconocemos cómo sea el INSABI. No tenemos conocimiento de cómo se maneja el INSABI, no tenemos un plan de desarrollo [...] no tenemos un conocimiento como qué estrategias lleva el INSABI [...] ni la estructura del INSABI [...] no lo conocemos [...] ni siquiera hemos recibido alguna capacitación del programa. [...]¿Qué cambios tuvimos? Bueno lo único que tuvimos es que quitaron el Seguro Popular [...] pero que nosotros conozcamos qué es el INSABI, no [...] Que a nivel estatal o a nivel federal nos hayan dicho qué es el INSABI, no. Los pacientes vienen a preguntarnos si tienen INSABI si no tienen INSABI y la realidad es que nosotros como personal de salud, desconocemos.

Otra enfermera no sabe cómo nombrar el nuevo esquema de provisión de servicios bajo el INSABI. Lo cataloga como “la nueva” porque “lo viejo” es el Seguro Popular ya desaparecido:

Enfermera1. [El INSABI] Que es lo de cuando se terminó del Seguro Popular y que empieza ahora la nueva, ¿no? [...] en realidad no estoy tan empapada del INSABI.

Este desconocimiento es quizá la causa de que los participantes tuvieran dificultades para describir los cambios que percibieron desde 2019, año en el que apareció y entró en operaciones el INSABI. Esto sucede debido a que desde esa fecha no ha habido una inducción que les permita identificar las transformaciones ocurridas.

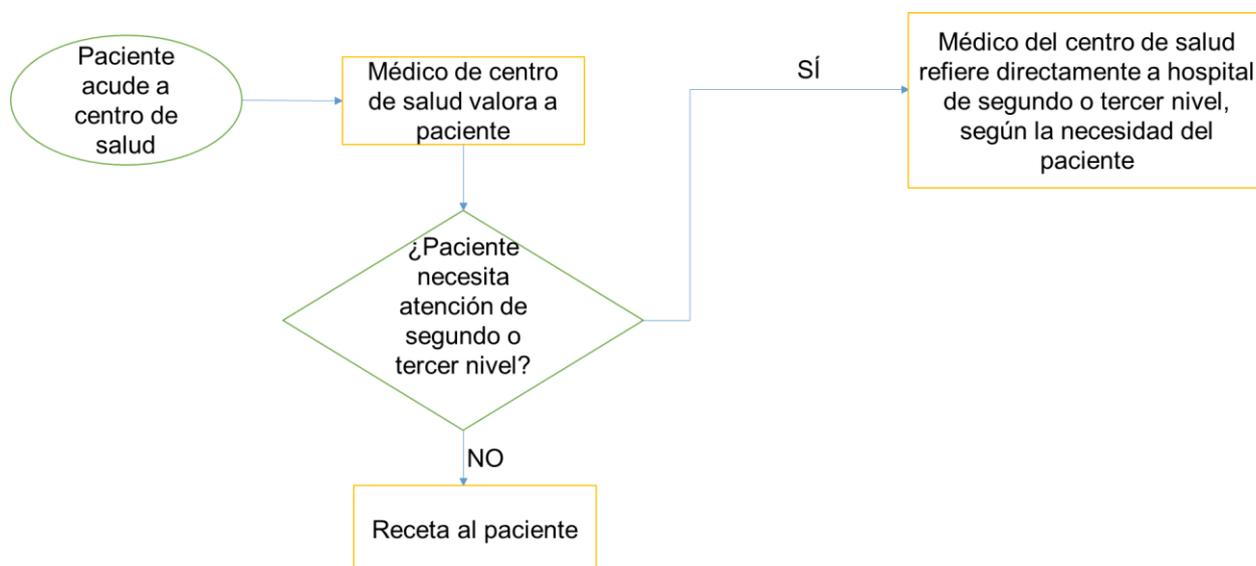
Enfermero2. [...] Para mí el único cambio que hubo fue del nombre porque las actividades siguen siendo las mismas [...] no se nos ha dicho que tenemos que hacer de más ni de menos.

A pesar de esta complicación, fue posible recabar algunos cambios en el transcurso del diálogo de los entrevistados que evidencian la re-centralización en el sector salud:

1. Se regionalizaron los hospitales de segundo y tercer nivel

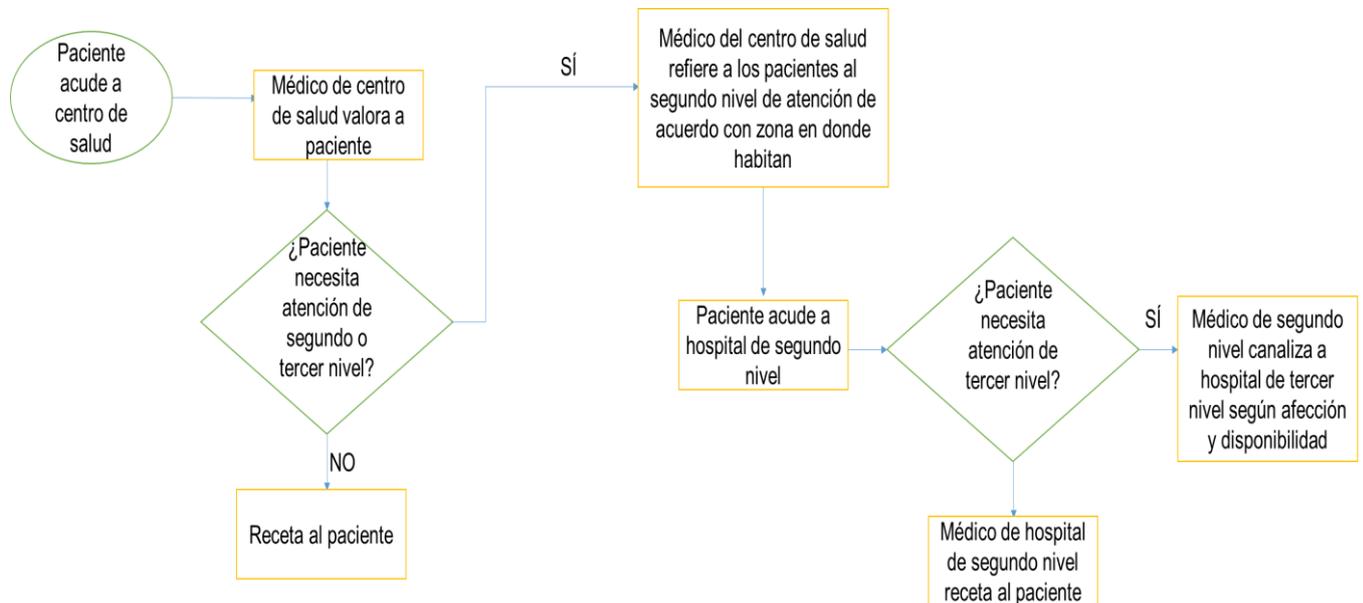
La regionalización implica que cuando un paciente acude al centro de salud y el médico diagnostica que es necesario que reciba atención de segundo o tercer nivel, los médicos deben referirlos a los hospitales de acuerdo con la zona geográfica donde habitan. Asimismo, significa que, cuando un paciente tiene una enfermedad avanzada (como cáncer), debe acudir a todos los niveles de atención para recibir un diagnóstico que le permita ser canalizado a hospitales de especialidad. Los siguientes diagramas de flujo muestran el curso de actividades que deben seguirse para recibir atención de tercer nivel antes y después de la re-centralización.

Diagrama 1. La atención de segundo y tercer nivel antes de la regionalización



Fuente: Elaboración propia con base en declaraciones de médicos del centro de salud “Esperanza”. El diagrama muestra la forma en la que los médicos del centro de salud podían referir de manera directa a los hospitales de segundo o tercer nivel según la enfermedad o afección de los pacientes.

Diagrama 2. La atención de segundo y tercer nivel en la regionalización.



Fuente: Elaboración propia con base en declaraciones de entrevistados. En el diagrama se muestra que la atención a los pacientes se hace por niveles: los médicos de primer nivel no pueden canalizar directamente al tercer nivel.

La regionalización de la atención sustituye la presencia de las Entidades Federativas en su responsabilidad sobre salud. La división de los servicios por regiones geográficas reincorpora el control, la autoridad y la capacidad de toma de decisiones a la Federación, en específico, sobre la atención de los pacientes en todos los niveles. Es el INSABI quien ahora decidió el esquema para brindar la atención y el que, directa o indirectamente, otorga un seguimiento a la curación de las personas. Esto puede funcionar si, por ejemplo, se generan estadísticas por región y se les da un debido acompañamiento a los enfermos. Con ello, es posible diagnosticar las necesidades en salud por regiones y con ello, generar las políticas, los instrumentos y la infraestructura necesaria para atender a la población⁴⁸.

Sin embargo, sin los instrumentos y la infraestructura necesaria para que opere la regionalización, el control y la autoridad que la Federación obtiene con la provisión de los servicios por niveles, se materializan en problemáticas para la atención de los pacientes. Las enfermedades pueden tardar más tiempo en ser atendidas, como lo muestran las

⁴⁸ La construcción de hospitales y recuperación de inmuebles de salud es una estrategia incluida en el Programa institucional del INSABI.

opiniones de los médicos. En su opinión la atención se fragmentó y sus pacientes reciben soluciones deficientes (o no las reciben).

Médico2. En realidad, después que entró el INSABI, es un poquito peor porque antes con el Seguro Popular podías canalizar a los pacientes hasta el tercer nivel, y ahorita ya no. Ya no hay pase directo, por ejemplo, al Instituto Nacional de Cardiología [...] de tercer nivel ya no puedes canalizar [...] Ya la atención se fracturó.

Médica1. Eso de haber regionalizado las instituciones de segundo y tercer nivel, sí ha sido conflictivo porque regionalizaron los hospitales y eso cerró las puertas para los pacientes [...] ya no los puedo canalizar como lo hacíamos antes [...] tenemos que buscar uno que les toque [del Estado de México] porque se regionalizaron.

2. Se eliminaron convenios con hospitales privados que permitían a los centros de salud referir pacientes con cáncer de mama y cáncer cervicouterino.

La reorganización del sector salud parte de la idea de que el Estado sea quien tome la rectoría sobre la provisión de los servicios. Durante la vigencia del Seguro Popular había acuerdos o convenios con organizaciones privadas para que atendieran ciertos padecimientos, como es el caso del cáncer de mama y el cervicouterino. Sin embargo, con la desaparición del SP, también se eliminaron estos convenios. Esto permite que la Federación recupere la autoridad, el control y la capacidad de toma de decisiones sobre la atención a enfermedades.

No obstante, el acceso ha sido limitado. Desde la perspectiva de los médicos entrevistados, la eliminación de los convenios con organizaciones privadas ha contraído la oferta de los servicios de salud de especialidad. Esto ha afectado, sobre todo, a mujeres que padecen cáncer, quienes pocas veces tienen la capacidad económica para solventar los medicamentos y reciben negativas de los hospitales de segundo nivel para, ya sea ser referidas a los de especialidad y/o medicadas y atendidas por estos⁴⁹. Y, aunque la atención

⁴⁹ Otro de los objetivos que se deseaba alcanzar con la eliminación del SP fue la disminución del gasto de bolsillo. Sin embargo, de acuerdo con datos del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria A.C. (CIEP) (2018), la mayor presencia de la Federación en el sector salud no se ha traducido menor gasto para las familias. Por un lado, el gasto por parte del Estado para la solución de enfermedades se redujo por persona de 3,656 pesos en 2019 a 2,911 pesos en 2020 y la población sin seguridad social incrementó de 22.4% a 38.8% (El Economista, 03/08/2021). Por el otro lado, el monto pagado para la atención de enfermedades de alta especialidad se redujo un 27% y el gasto de bolsillo incrementó un 40%, aunque en este último incide el incremento de la necesidad en salud derivado de la pandemia por COVID-19. Esto resulta de relevancia ya que, muy probablemente, la eliminación de diversos convenios tuvo relación con el ahorro de recursos: una política denominada como “Austeridad Republicana”.

de especialidades es una responsabilidad de las Entidades Federativas, la eliminación de los convenios, así como la regionalización, parecen ser las causas de la limitada atención a la población.

Médica1. Antes teníamos Seguro Popular, teníamos un acuerdo con el COI, el Centro Oncológico Internacional de la SEDENA, y de ahí les hacían sus quimios y sus radios en MedicaSur, ya era un convenio. Y no les cobraban nada [...] y venían por ellas y las llevaban a su casa, las llevaban al hospital. Una atención de altura. [...] Les quitan el Seguro Popular y ya no hay COI, entonces tengo que buscar. [Antes] de que teníamos este convenio, Salubridad con los hospitales privados, lo que era el Ángeles, lo que era el MédicaSur [...] no había paciente de cáncer de mama o de cáncer cervicouterino que se quedara sin atención [...] les quitan el Seguro Popular y [...] las pacientes que estaban en eso y que ahora están con sus tratamientos carísimos porque muchas de ellas tienen que continuar con medicamento tomado [me dicen] “ me sale en tres mil, cuatro mil pesos el tratamiento por fuera, porque ahí donde me mandaron, por ejemplo, [...] al Hospital General, tampoco hay medicamento, entonces tengo que comprarlo y no tengo cómo”.

102

Médica4. Hay cáncer de mama y antes yo podía mandarlos al COI. Ahorita con el INSABI ya no me dejan mandarlos al COI, el único hospital que está resolviendo este tipo de problemáticas es el Hospital General de México. Eso sí ha sido con el INSABI.

3. Se eliminaron las pólizas del Seguro Popular para recibir atención médica. Ahora todo paciente con CURP puede acudir, si así lo requiere, a cualquier centro de salud.

La incapacidad para universalizar el acceso a los servicios de salud fue una crítica sostenida por AMLO. Por ello se planteó garantizar la cobertura universal como objetivo principal de todo el sistema de salud (Programa Sectorial de Salud 2020-2024). Una de las estrategias para lograrlo fue el libre acceso para recibir atención. Esto significó que cualquier persona mexicana sin seguridad social puede acudir a una unidad de salud del gobierno y será atendida sólo presentando su CURP e identificación oficial. Antes, con el SP, se solicitaba una póliza de afiliación la cual acreditaba a las personas como usuarias.

Un requisito de la afiliación era que los pacientes, para poder recibir atención médica, debían acudir a los centros de salud de manera frecuente. Esto se hacía con el fin de

monitorear el estado de salud de las personas, dar seguimiento a las enfermedades y/o evitarlas. Sin embargo, con la nueva política de provisión de los servicios no es necesario ir con regularidad, lo cual irrumpe el seguimiento y la prevención. La población a la que se le brindan los servicios puede ser flotante o de sólo una vez.

Lo anterior puede ser un limitante en el control de padecimientos y, en general para la prevención en las comunidades. Al mismo tiempo puede representar una contradicción con la regionalización planteada líneas arriba porque, si los pacientes pueden acudir a cualquier unidad de salud, ¿por qué no pueden ser canalizados en cualquier hospital? No obstante, según la opinión de los participantes administrativos, la población que atienden sigue siendo la misma con la eliminación de la póliza.

Administrativa1. Pues mira, yo la verdad no he visto ningún cambio, se sigue atendiendo a la misma población. El único cambio evidente es que no se les pide la hoja de Seguro Popular que antes se les pedía.

Administrativo2. Ya no hay tanto trámite para registrar una consulta [...] antes se pedía que la persona tenía que traer a cada integrante para registrarlo en el módulo del Seguro Popular y ya se le podía otorgar la consulta. En dado caso que el paciente no estaba en la póliza, se tenía que cobrar, eran 108 pesos antes la consulta y va subiendo cada año. Y a partir de que nació el INSABI, se le llama aportación voluntaria, ya no tiene un costo como tal [ahora] tu póliza viene siendo tu CURP, mientras seas mexicano, y no podemos rechazar la consulta a ninguna persona.

103

Por su parte, para los médicos la eliminación de la póliza familiar produjo que disminuyera la consulta:

Médica3. Ha disminuido la consulta. Ya no vienen por grupos de familia, ya vienen nada más a lo que es la consulta general, por persona.

- b. Su sentir respecto a que el Gobierno Federal asume la responsabilidad en materia de salud.

Este punto resulta importante en la motivación y en el desempeño del personal. La percepción de los participantes se dividió en dos:

1. Las que declararon sentirse inconformes, en incertidumbre o decepcionadas

Quienes declaran mayor inconformidad fue el personal médico y de enfermería. Tal vez se debe a que perciben un menor abastecimiento de insumos y medicamentos. A causa del desconocimiento del INSABI, no pueden relacionar su insatisfacción a la re-centralización del sector salud.

Enfermera1. Como que te da un poco de incertidumbre ¿no? porque no sabes, bueno la verdad no conozco muy bien del tema, pero yo luego digo, pues como que antes veíamos que había más insumos, más medicamento, hasta decían que había más gente afiliada, ¿no? Quién sabe si está relacionado con eso.

Médica1. Muy decepcionada, la verdad mucho muy decepcionada en la cuestión digamos del gobierno [...] es muy triste que se haya dejado de lado la cuestión de salud [...] es bien difícil, bien complicado, trabajar sin apoyar, sin equipo ni nada, lo poco que puedo, la verdad es que hago lo poco que puedo. Un poco triste y decepcionada e impotente [...] no le echo toda la culpa al gobierno, la verdad es también creo que le tocó a este gobierno muchas cosas difíciles, algunas que sí las tienen atoradas ahí, entre ellas está la pandemia [...] nos ha venido a mostrar todas las deficiencias que ya venimos arrastrando, más las nuevas [que] cada gobierno ha venido arrastrando [...]

104

Médica3. Sin comentarios, es que qué te puedo decir, mis comentarios no creo que sean favorables para el gobierno porque nosotros somos la primera línea de atención; por ejemplo, ahorita me llegaron COVID y no tengo medicamento que ofrecer, qué haces o qué se hace, [...] donde está la federación, qué respaldo a mí me da para que yo le diga al paciente, tienes COVID, vas a tomar esto, te lo estoy otorgando porque la federación así lo dice, no tenemos un apoyo atrás [...] miro al paciente y entonces “ahí está tu receta [consigue el medicamento]” y es feo porque todos podemos estar en esa situación [...] entonces te quedas de “ay y ahora cómo te ayudo ¿no?, como médico cómo te puedo ayudar” [...] si es verdad lo que dicen de Obrador y de INSABI, ¿dónde está?, ¿dónde se ve reflejado?

2. Los que indicaron no tener problema alguno al respecto.

El personal que declaró no tener algún problema con los cambios está más relacionado a cuestiones administrativas. En términos generales menciona al INSABI para demostrar su no insatisfacción. En su opinión, su desempeño no ha sido afectado por los cambios en el sector, pero consideran que la transformación ocurrió en términos presupuestarios o de medicamentos.

Enfermero2. Yo digo que este cambio se hizo para mejorar, para tener más control del presupuesto, es lo que yo percibo [...] a mí no me afecta, realmente no me afecta y no se ven cambios ni mayores ni menores, pero te digo, o sea, todo lo veo igual.

Administrativo2. Desde mi perspectiva lo siento bien porque todos los cambios los tenemos que aceptar ¿no?, o sea estamos en constante cambio y pues a mí no me afecta, mientras uno haga su trabajo, siento que no te va a afectar [...] para mí sí es buen cambio, sí lo veo todavía con ojos buenos [...] tenía que darse desde un principio, sí había muchas desviaciones en el sector salud, actualmente todavía hay, pero ya se está como que trabajando o cambiando, esperemos que para bien [...] me parece que ellos [el INSABI] están más enfocados en el medicamento.

Financiamiento –

- Abastecimiento de medicamentos e insumos

La gratuidad de los medicamentos es una de las prioridades del Gobierno Federal⁵⁰. Es una de las razones de ser del INSABI. En la actualidad se adquieren los medicamentos e insumos por medio de compras consolidadas con la ayuda de la Oficina de Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS). La UNOPS se encarga de las licitaciones de los medicamentos con proveedores a nivel internacional. En este proceso de compra existe un vínculo directo con el INSABI. Empero, las actividades de distribución, almacenamiento y administración se realizan a través de convenios con empresas.

En la gratuidad de los medicamentos intervienen actores nacionales, internacionales, públicos y privados. Esto hace preguntarse qué tanto control y capacidad de toma de decisiones posee el Gobierno Federal respecto al total de los procesos y las actividades que involucran este objetivo. Quizá la re-centralización en este ámbito puede identificarse más con la autoridad en términos de que el INSABI establece criterios de adquisición y distribución, los cuales deben ser respetados.

La provisión de los medicamentos es compleja. La intervención de distintos actores y del incremento del control ha generado problemas de abastecimiento en los centros de salud. La opinión entre el personal es unánime: hay menos medicamentos para las necesidades de la población y la atención médica que se brinda es incompleta. No se

⁵⁰ De acuerdo con el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 los pilares del sector salud son el acceso universal de los servicios de salud y medicamentos gratuitos a la población; el modelo APSI-I; la reorganización y regulación sanitaria; el fortalecimiento de la industria farmacéutica nacional e impulso a la investigación.

soluciona la problemática de los pacientes sin medicamento, por lo que la población ha dejado de asistir a consulta.

Médico2. Hay menos medicamentos [...] tenemos como un año o más, yo creo que desde la pandemia que no tenemos para crónico degenerativo, excepto insulina NPH, pero antes teníamos una mejor [...] antes cuando teníamos Seguro Popular había muy buenos medicamentos [...] tenemos un cuadro básico de primer nivel al menos [...] medicamento para crónico degenerativo nunca faltaba, ahorita tenemos tiempo, ya como dos años sin medicamento [...] y ahorita para COVID no tenemos medicamento [...] cuando llegó INSABI pensamos que iba a ser diferente, pero no.

Administrativa1. Sí ha habido un bajo de medicamentos y por lo mismo baja la atención al paciente, o sea, los que acuden a su cita es baja.

La administración, almacenamiento y distribución de los medicamentos corresponde a la empresa Medalfa S.A. de C.V.⁵¹ en el centro de salud “Esperanza”. El encargado de farmacia coincide con la percepción general sobre el desabasto de medicamentos. El entrevistado refiere que mensualmente cambia la cantidad y el medicamento que puede solicitarse a la distribuidora. Debido a esto, pareciera que no existe un control de los medicamentos a distribuir: hay informes estadísticos sobre las necesidades del centro de salud, pero parecen omitirse y se abastecen con base en criterios que el personal desconoce.

Encargado de farmacia. Sí [he notado cierto desabasto] hay muchos factores, ha habido muchos cambios [...] un poquito de desorden entre la transición de uno, entre la transición de otro; sí como que falta un poquito más de orden porque, por ejemplo a veces en un mes te dan cierta orden, en otro mes como que se cancela todo eso [...] por ejemplo, aquí yo normalmente hago la solicitud del medicamento [...] en este mes llega cualquier autorización y nada más me dicen “cierto medicamento, tiene cierto límite” pero al siguiente mes como que cambia, a lo mejor, que en el abasto yo puedo pedir un porcentaje más alto al que me habían dado principalmente [...] aunque lo pida, hay veces que no llega, por ejemplo este año sí ha estado faltando

⁵¹ En marzo del 2020 la empresa Medalfa obtuvo la licitación del ISEM por el “Servicio especializado de recepción, verificación, almacenaje, distribución y control de insumos médicos (medicamentos y material de curación) para unidades de primer, segundo y tercer nivel de atención utilizando la herramienta de informática (dispensación y administración de medicamentos y material de curación a través de farmacia subrogada mediante receta médica y reposición del inventario)” que tuvo vigencia hasta el 31 de diciembre del 2020. En esa misma fecha se firmó un convenio modificadorio para extender la prestación de dicho servicio hasta el 22 de marzo del 2021. En marzo de 2021 se volvió a firmar un convenio entre el ISEM y la empresa para las mismas actividades que

mucho lo que es el medicamento de crónico, para la diabetes [...] Eso sí es parte de la administración porque es parte de la compra.

- Mejora de la situación laboral (incremento de salarios y prestaciones)

Otro problema identificado por el INSABI es la precarización de los trabajadores de salud. El Gobierno Federal se ha propuesto cambiar los esquemas de contratación para eliminar los contratos eventuales y por honorarios y, así otorgarles prestaciones laborales y sociales. A esto se denominó regularización y, en algunos casos, basificación. Se estableció como objetivo prioritario del Programa Institucional del INSABI 2020-2024 “Asegurar la regularización de la situación laboral de las personas trabajadoras de la salud [...]”. Asimismo, se propuso el aumento a los trabajadores del sector salud.

En el Estado de México se regularizó a un buen número de trabajadores. En el centro de salud “Esperanza” ya no hay trabajadores por contrato eventual u honorarios. Esto representa estabilidad laboral para el personal, pero también el control por parte del INSABI. El incremento (o no) de salarios y prestaciones corresponde al Gobierno Federal a través del INSABI.

Médica1. ¿Si hubo un cambio en el tabulador? sí, ¿con beneficios para nosotros [médicos]? no [...] porque como los tabuladores cambiaron de acuerdo al salario y al salario mínimo, entonces ya excedemos el salario mínimo y ya no nos toca [...] seguimos siendo los mismos que a lo mejor antes eran de contrato y ahora ya son regularizados.

Administrativo2. Con el nuevo gobierno, el INSABI ya vino a basificar a todos los formalizados [...] Ya no hay ninguno de contrato, ya todos son de base.

Por otro lado, el personal no ha percibido un aumento representativo en sus salarios y prestaciones. Por el contrario, en su quehacer cotidiano debe gastar dinero adicional de su bolsillo debido a la insuficiencia de insumos. Esto último no se lo atribuyen a los cambios en el sector salud, sino que es una situación que se vivía desde el Seguro Popular.

Médico2. Sí ha incrementado, pero no como lo han garantizado, como lo han planeado las autoridades que van a aumentar el cuarenta o el cincuenta por ciento, eso es ciencia ficción.

Enfermero2. Incrementos así que tú digas “uy me van a cambiar la vida”, no [...] o sea son aumentos salariales normales.

Médica3. No, sigue igual. De hecho digamos que nuestro propio salario lo usamos para las necesidades de la pandemia [...] nosotros compramos todo, cubrebocas, guantes, compramos de todo, material de limpieza, que antes también estábamos así porque siempre ha faltado material de hojas, abatelenguas, material para atender a los pacientes, hasta papel higiénico por mínimo que suene, siempre hay que estar comprando [...] mi salario ha servido para todo lo de acá [...] entonces sí disminuye mucho lo que ganas [...] igual y sí te aumentan un diez por ciento en el sueldo, pero hay más gastos para la gente.

Con respecto a la contratación del personal, los participantes declaran que no ha habido nuevos trabajadores durante los últimos dos años. No obstante, esto puede no ser necesario en el centro de salud “Esperanza” dado que es suficiente para atender las necesidades de la comunidad a la que atienden.

Administrativa1. Yo creo que sí somos personal suficiente. Sí tenemos una distribución de nuestros AGEBs [Áreas Geográficas Bioestadísticas], de los que nos corresponden, muy grande, la verdad es que es muy grande, pero sí es suficiente [...] probablemente hasta sobra.

Enfermera1. Sí es suficiente [...] aquí en esta unidad a lo mejor tenemos hasta más personal.

Operación –

La línea de autoridad de la salud cambió en el Estado de México. Antes las jurisdicciones, coordinaciones y AGEBs respondían al ISEM que, a su vez, dependía del Gobierno del Estado de México. Ahora, estas organizaciones se encuentran bajo la autoridad del INSABI. Para conocer los efectos de esto sobre la operación del centro de salud, se cuestiona sobre las responsabilidades de los trabajadores, los protocolos de atención emitidos por el INSABI, y sobre la relación con los superiores jerárquicos.

- Responsabilidades

El personal médico no refiere cambios representativos más que el incremento de reportes estadísticos. Esto puede indicar mayor control de la actividad de los médicos. No obstante, es perjudicial si se considera que se destina más tiempo al llenado de los reportes que a la atención al paciente.

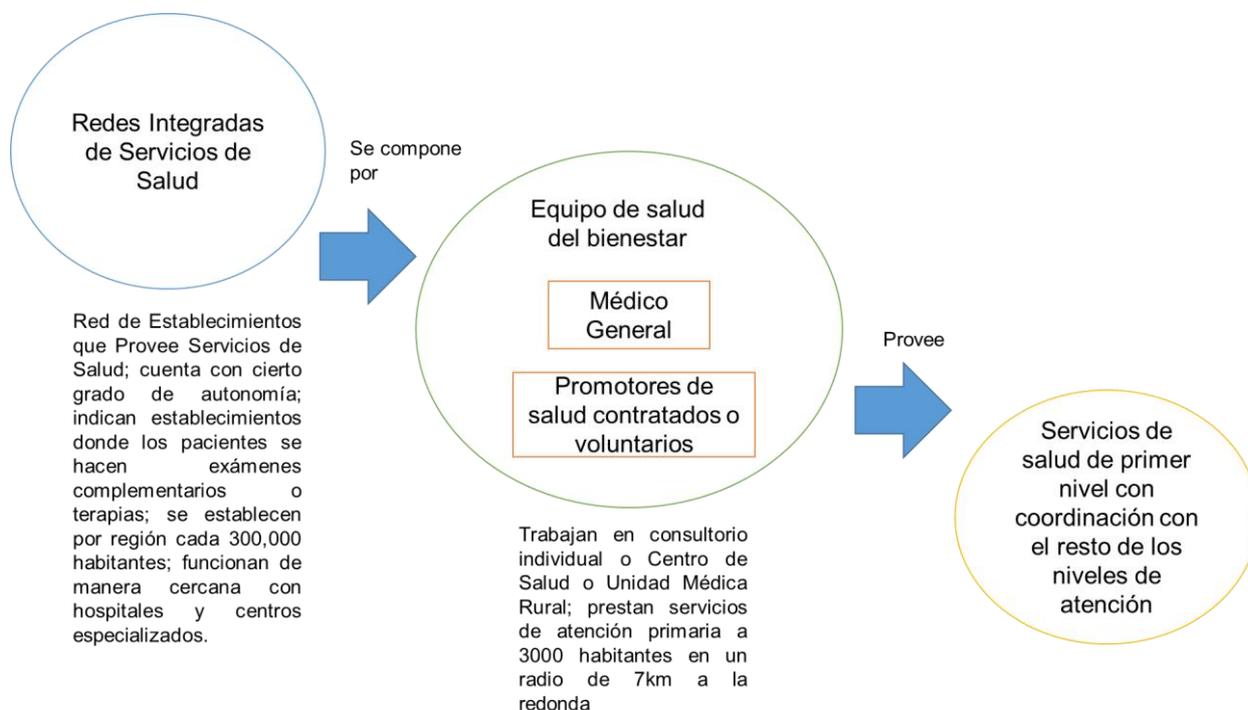
Médica3. Hay más reportes de estadística, hay más trabajo de escritorio [...] nos quita más el tiempo haciendo los informes como tal que estar en atención con el paciente

- Protocolos de atención al paciente

Se creó el Modelo de Salud para el Bienestar (SABI) que se enfoca en la atención primaria a la salud, es decir en la prevención de enfermedades y padecimientos. El Modelo SABI reorganiza la forma de provisión de servicios en los centros de salud. De manera general plantea que exista un Equipo de Salud del Bienestar (EBS) compuesto por un médico por cada 3,000 habitantes, quien realiza la planeación de las necesidades de salud y provee servicios. El médico tiene el apoyo de promotores de salud. Por su parte, el INSABI provee los recursos necesarios para los centros de salud. (Acuerdo de Coordinación Secretaría de Salud, INSABI y Estado de México, 2020).

En este modelo, la Federación tiene: 1) la capacidad de toma de decisiones referente a la organización de los servicios de salud en los centros de salud; 2) el control de los recursos que se les provee a los EBS; 3) la autoridad jerárquica sobre la atención de primer y segundo nivel.

Figura 15. La organización de la atención del primer nivel de salud en el Modelo SABI



Fuente: Elaboración propia con base en acuerdo de coordinación entre el INSABI y el Estado de México.

El Modelo SABI está contemplado en los dos tipos de Acuerdo de Coordinación que las Entidades Federativas firmaron con el INSABI. Podría ser considerado como un protocolo de atención a los pacientes. Sin embargo, los entrevistados niegan conocer el modelo, así como tener una nueva forma de trabajo. Esto significa que dicho modelo aún no se implementa y, por tanto, no ha impactado en la organización de los centros de salud. Además, no refieren que las normas de sus actividades se hayan transformado.

Administrativo2. Vino INSABI y no nos han capacitado como, por ejemplo, qué tenemos que hacer, qué cambios se manejaron [...], solamente [...] ya se quita la póliza y tu CURP viene siendo tu póliza actualmente, pero así como tal que el gobierno mandó a los servidores de la nación para que nos capacitaran en ese aspecto, no. Como tal estamos trabajando conforme lo que uno va leyendo en el internet o lo que va saliendo en las normas, pero así como tal que nos hayan capacitado, no [...] El día que cayó el Seguro Popular quitaron todos los módulos y nada más nos dijeron eso “ya no hay Seguro Popular ya no hay módulos ya solo les tienen que aceptar el CURP y el carnet” y eso fue por parte de los directivos [...] el coordinador que estaba en ese tiempo [...] pero estamos trabajando conforme vamos entendiendo cómo el INSABI va entrando [...]

- Interacción entre los niveles jerárquicos

Ante el Modelo SABI para operar los servicios de primer nivel, así como el cambio jerárquico de las responsabilidades en el nivel estatal y federal, puede intuirse que existieron las relaciones entre el personal y los niveles jerárquicos del centro de salud también cambiaron. El personal niega que sus relaciones e interacciones con sus superiores se hayan transformado. Indican que ha habido cambios en la administración del centro de salud. No obstante, no consideran que el INSABI tenga injerencia ni en sus relaciones con sus superiores jerárquicos, ni en los cambios ocurridos en la administración.

Médica3. Ahorita tenemos un cambio, o sea la doctora que ahorita está [...] todavía no nos familiarizamos con ella porque no lleva mucho tiempo aquí, pero eso no tiene nada que ver con el programa [el INSABI] o sea a ellos los rolan de forma interna.

Médica1. No creo que tenga nada que ver con el INSABI la relación [...] no creo que la relación de ellos hacia nosotros tenga que ver con el INSABI porque están igual de perdidos que nosotros, cuando nosotros les decimos “oiga ¿sabe qué? este paciente lo mandaron de la Ciudad de México para acá, exigiendo este INSABI”, pero ellos se quedan igual que nosotros [...] no sabemos qué onda [...] la realidad es que no es parte de la cuestión de relaciones interpersonales o de la relación de aquí

del personal, de los directivos hacia nosotros, no creo que tenga que ver con el INSABI, yo creo que es parte de la empatía y los perfiles directivos [...] sí desgraciadamente ha venido ocasionando muchos cambios directivos [...] nosotros tuvimos en un año tres cambios administrativos [...] pero no creo que sea en relación al INSABI [...] es más a nivel jurisdicción [...] la relación es la misma.

La reintegración del control hacia el Gobierno Federal puede incrementar la supervisión de las actividades. Los trabajadores tienen opiniones encontradas. Algunos no consideran que hayan incrementado las visitas de supervisión, otros consideran que sí. En ambos casos no atribuyen la supervisión a los cambios ocurridos en el sector salud.

Enfermero2. Hemos tenido más supervisiones, pero no creemos que ha sido por el INSABI sino para que nuestro trabajo esté mejor ¿no? y los programas tenemos que llevar funcionen, pero no por INSABI.

Administrativo2. En ese aspecto sí hay más supervisiones, ya son más [...] frecuentes [...] ya vienen a supervisar ya por áreas más en específico, o sea ya identifican el problema y ya llegan a esa área y antes llegaba la supervisión y en general [...] ahora sí ya llegan y se demoran tres, cuatro horas en el lugar que están supervisando [...] por lo mismo de que se viene la austeridad y se tienen que bajar los recursos.

Enfermera1. No, igual. Siempre vienen y nos indican en qué estamos mal y lo que tenemos que corregir [...] y otra vez nos dan fecha de cuando van a venir para que nosotros podamos corregir [...] quien sabe en qué consiste [...] pero aquí sí hay muchas supervisiones [...] sí son más constantes [...] desde antes era así.

Médica1. Sigue siendo las mismas porque todas son federales, la verdad es que en esta parte no la han cambiado, yo creo que se tienen que cambiar cosas que ya están obsoletas, pero siguen siendo las mismas [...] existe un manual de supervisiones que deben tener al año, entonces esas supervisiones ya están establecidas por el Gobierno Federal [...]yo creo que a lo mejor lo único que tienen que hacer es cambiar algunas que ya se están quedando obsoletas [...] pero yo creo que esta parte nada que ver con el INSABI.

Enfermero2. No, yo siento que también ha de ser por la pandemia que las supervisiones se han limitado un poco, porque normalmente sí son constantes, yo creo que han disminuido en un 50%.

En el caso específico de la farmacia, el encargado refiere que sí ha incrementado la supervisión por parte del centro de salud. Esto lo atribuye a los cambios en la adquisición de los medicamentos y a la creación del INSABI:

Encargado de farmacia. Ahorita ya ha habido un poquito más de control, tan sólo en los reportes, en la supervisiones, en auditorías [...] los checklist ya como que ya van siendo de más puntos a tomar en cuenta. Yo creo que [es algo] de ambos lados [...] porque tanto doy información a mi empresa, como aquí con los directivos [...]

Síntesis de hallazgos

En la primera parte de este capítulo se describieron los cambios en el sector salud que se implementaron durante los primeros años del sexenio de Andrés Manuel López Obrador (2018-2024). Existen diferentes acciones que permiten afirmar que en esta administración se inició una re-centralización de la gestión y la provisión de los servicios de salud. Dos instrumentos son los principales: 1) la creación del INSABI, organismo que cumple funciones de dirección, así como de operación; 2) la firma de los acuerdos de coordinación entre la Federación y las Entidades Federativas en donde se plantea una re-transferencia de la autoridad al Gobierno Federal sobre lo concerniente al sector salud. Aunque existen Entidades Federativas que no renunciaron a sus atribuciones en la materia, sí se encuentran bajo la supervisión y el control por parte de la Federación.

La salud en las Entidades Federativas que firmaron el acuerdo de coordinación de transferencia, ahora es administrada y operada bajo una estructura vertical a nivel nacional. El INSABI concentra la responsabilidad, decisión y poder máximos y opera jerárquicamente a través coordinaciones regionales y estatales. Del INSABI se desprenden las políticas, instrumentos y demás herramientas gubernamentales para gobernar y operar el sector salud, incluso en aquellas Entidades Federativas que no transfirieron sus recursos, puesto que, como se mencionó, están sujetas a los criterios que provengan de la Federación.

La segunda parte del capítulo se orientó a descubrir las implicaciones, entendidas como efectos, de la re-centralización en el funcionamiento de las organizaciones que proveen servicios de salud de primer nivel. Los resultados del estudio de caso se sintetizan en la figura debajo:

Figura 16. Implicaciones de la re-centralización en el caso estudiado

Funcionamiento

- a. Regionalización de hospitales de segundo y tercer nivel. La atención se recibe en hospitales cercanos al domicilio que habitan los pacientes. Impide que los médicos de primer nivel refieran a las personas de acuerdo con su condición médica.
- b. Eliminación de convenios con hospitales para atender problemas de cáncer de mama y cáncer cervicouterino.
- c. Eliminación de pólizas para recibir la atención médica de primer nivel

Financiamiento

- a. Menor abastecimiento de medicamentos, en especial para pacientes con enfermedades crónico degenerativas.
- b. Menor abastecimiento de insumos médicos.
- c. Regularización del personal de contrato.

Operación

- a. Incremento de reportes estadísticos y formatos que entregar al INSABI.
- b. Aumento de la supervisión en ciertas áreas de la operación, como en la distribución de los medicamentos.

Conclusiones

Este trabajo partió del supuesto de que los cambios ocurridos en el sector salud durante la administración gubernamental de Andrés Manuel López Obrador representaron una re-centralización. Se tuvo como propósito conocer las implicaciones o efectos de este fenómeno en el funcionamiento de los centros de salud dedicados a brindar atención de primer nivel (prevención y seguimiento a enfermedades de control).

El funcionamiento se dimensionó en financiamiento y operación. Se estudió un centro de salud en el municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México, por medio de una investigación de corte exploratorio. Tanto el caso como las conclusiones aquí presentadas son un precedente para acercarse al fenómeno de la re-centralización en el sector salud en México, desde una mirada conceptual y desde la percepción de quienes resienten sus consecuencias. Los resultados de la investigación no pretenden generalizarse para el fenómeno en cuestión, sino que son una aproximación que necesita ampliarse y complementarse por medio de otros estudios.

A continuación se enuncian las conclusiones derivadas del análisis conceptual e histórico, así como del caso que se abordó en la investigación.

Sobre la re-centralización en su dimensión teórico-conceptual

- a. La re-centralización es un proceso. A diferencia de la centralización y la descentralización, no puede ser una cualidad estructural. La acción de re-centralizar crea organizaciones centralizadas.
- b. La re-centralización sucede sólo si las organizaciones transcurren por procesos de *centralización-descentralización-centralización*. Por lo tanto, la re-centralización es un proceso que *debe* estudiarse en la lógica de la historia organizacional.
- c. La re-centralización sucede de dos formas: 1) cuando la autoridad, el control y/o la capacidad de toma de decisiones se transfieren a una organización de reciente creación; 2) cuando se transfieren estos elementos a una organización ya existente. En ambos casos es identificable el centro y hay relaciones jerárquicas de operación.
- d. La centralización está asociada con la jerarquía vertical, una característica inherente al modelo burocrático de organización. Cuando una organización se descentraliza, la jerarquía se transforma: se reparte la autoridad entre diferentes unidades, hay mayores niveles de discrecionalidad y un menor control del centro. Cuando una organización se re-centraliza, se vuelve al esquema jerárquico vertical de operación: las unidades que gozaban de autonomía vuelven a depender de (y a responder a) un centro.

- e. La re-centralización puede categorizarse como un cambio organizacional porque transforma elementos como la operación, los procesos, las relaciones entre niveles jerárquicos, o bien, la estructura organizacional.
- f. La re-centralización ocurre en diferentes grados en la organización. Puede optarse por re-centralizar actividades o procesos que no necesariamente afectan la totalidad de la estructura organizacional. Esto complejiza el ejercicio de la autoridad, el control y/o la capacidad de toma de decisiones: pueden coexistir la centralización (luego de re-centralizar) y la descentralización en una misma estructura organizacional.
- g. Es difícil asegurar que la estructura de una organización antes de la descentralización y después de la re-centralización es idéntica. Pueden existir semejanzas, puntos de coincidencia, pero no es posible establecer que son iguales, sobre todo si se consideran factores de la organización como el contexto, los miembros, las metas y objetivos, etc.
- h. La re-centralización puede afectar los distintos ámbitos de operación y funcionamiento organizacional. Incide en elementos de la dimensión formal (diagrama de la estructura, objetivos, metas, procesos, gestión de los recursos, etc.) y la informal (interrelación de los miembros, relaciones de poder, etc.).

Sobre la re-centralización en el gobierno

- a. Las razones para re-centralizar el gobierno pueden ser múltiples y deben estar vinculadas con lo público en términos de accesibilidad, de lo común y de lo visible. Un proceso de esta magnitud busca un incremento en el desempeño organizacional para proveer servicios, generar esquemas de transparencia y rendición de cuentas, y agilizar el funcionamiento organizacional. El control y la autoridad deben vincularse con el mejoramiento de los procesos y las actividades.
- b. La re-centralización rompe con la tendencia mundial hacia la descentralización. Cuestiona sus efectos y sus beneficios. Abre la oportunidad para repensar la Reforma del Estado y la Reforma Administrativa en el gobierno en términos de resultados y bienestar social, no sólo enfatizando en la eficiencia. Asimismo, permite vislumbrar a la centralización y a la descentralización como herramientas para la operación gubernamental cuya utilidad depende de las condiciones de cada país. No es posible categorizar estas cualidades estructurales como “mejores” o “peores” para el cumplimiento del deber del gobierno.
- c. La re-centralización en el gobierno no necesariamente devuelve los tres elementos teóricos (autoridad, control, capacidad de toma de decisiones) de manera íntegra al gobierno nacional. Puede hablarse de una re-centralización por grados: en

determinados ámbitos o competencias el gobierno nacional recupera cierta autoridad, control y/o capacidad de toma de decisiones.

- d. Las consecuencias de la re-centralización en el gobierno varían de país a país, sin que existan variables que las determinen. No es posible establecer una causalidad general para dichos efectos en las organizaciones gubernamentales porque cada una tiene una lógica de actuación propia.
- e. La re-centralización amplía el concepto de Reforma de la Administración usualmente asociada con la descentralización. En realidad, el gobierno cambia de tanto en tanto y la categoría de Reforma debería considerar las múltiples variantes de las transformaciones. La re-centralización es una reforma que se dirige hacia la recuperación de la burocracia como modelo organizacional, el cual había sido criticado por su obsolescencia e incapacidad de generar resultados. Quizá, este modelo fue descartado demasiado rápido sin considerar a fondo su pertinencia, su utilidad o sus aspectos positivos en el ejercicio del poder estatal.
- f. En una Federación, la re-centralización usualmente se refiere a cuestiones administrativas o de gestión. Si ocurre en una dimensión política, se trastocan aspectos como los pactos sociales sobre los que se funda la Federación, la legitimidad del régimen político o la autonomía de las unidades o gobiernos subnacionales.

Sobre la re-centralización en el sector salud en México

- a. En el sector salud en México la re-centralización ocurrió en diferentes grados, lo que se evidencia con la firma de los dos tipos de acuerdo de coordinación. Además, existen ámbitos en los que el sector re-centralizado ha empleado ciertos instrumentos de descentralización para desempeñar sus actividades, como lo son la administración, almacenamiento y distribución de los medicamentos, actividades realizadas por medio de empresas.
- b. La centralización en el país se relacionó con el presidencialismo. Tal vez la presente re-centralización del sector salud está vinculada a esta tradición política, y la necesidad de este proceso proviene de fortalecer la figura del Ejecutivo Federal. Sin embargo, es importante realizar estudios que permitan comprobar esta aseveración.
- c. En el transcurso de la historia del sector salud, la centralización fue un recurso que respondía a intereses políticos, económicos y a necesidades sociales, en ese orden de importancia. La re-centralización en el sector salud pareciera estar vinculada con aspectos político-económicos. Políticos porque los cambios provienen de un presidente que ha criticado al Seguro Popular por su incapacidad para universalizar el acceso a la salud. Económicos porque el Seguro Popular era un esquema de

financiamiento, no de provisión de servicios. Eliminarlo significó una transformación en la forma en la que se ejercen los recursos, posiblemente en concordancia a la visión de austeridad republicana del gobierno de AMLO.

- d. Los tres elementos teóricos de la centralización como cualidad estructural se depositaron en el INSABI. Este organismo es el rector de la política de salud nacional y en él recae la responsabilidad de imponer las reglas del juego y vigilar su cumplimiento. Sin embargo, se encuentra en un proceso de consolidación y de adaptación de su personal (pues las personas que eran parte del SNPSS se transfirieron al INSABI), de modo que la re-centralización y sus implicaciones no son concluyentes.
- e. Al re-centralizar puede hablarse de una recuperación o fortalecimiento del modelo burocrático de organización al crearse organizaciones centralizadas que operan bajo una jerarquía vertical. En el caso estudiado del sector salud en México, la re-centralización representa un fortalecimiento del modelo burocrático. Los cambios en el sector durante la administración de AMLO recuperan una administración basada en un orden jerárquico dependiente de un centro (el INSABI). Además, debilitan o anulan la capacidad de discrecionalidad en materia de salud de las Entidades Federativas. Esto pareciera ser un indicador de la burocratización del sector salud.

Sobre las implicaciones (efectos) de la re-centralización en el caso estudiado

Las conclusiones derivadas del análisis del caso son las siguientes:

- a. El personal del primer nivel de atención desconoce el INSABI, algunos incluso lo consideran un programa. Por lo tanto, no asocian los cambios en sus actividades con la reorganización del sector salud a nivel nacional. Esto dificultó la identificación de los efectos de la re-centralización.
- b. La atención de primer nivel es una prioridad del sexenio de AMLO, al menos así puede observarse en el Programa Sectorial de Salud 2020-2024, el Programa Institucional del INSABI y en la creación del Modelo SABI. Mediante estos instrumentos la re-centralización plantea una reorganización de los centros de salud y otorga a los médicos un papel de importancia en tareas como el diagnóstico de padecimientos, la planeación y la intervención de enfermedades. Antes, con la descentralización, los diagnósticos y el contacto directo con la población estaban a cargo de los Técnicos de Atención Primaria a la Salud (TAPS). Sin embargo, con la reorganización de la atención primaria, no hay claridad en cómo operarán estas figuras administrativas, y, en general, en cómo funcionarán los centros de salud.
- c. Desde la adquisición hasta la distribución de los medicamentos e insumos hay procesos que se transformaron y que involucran diferentes actores públicos y

privados. Esto hace del abasto una actividad compleja y en la que no hay certidumbre. No se sabe con seguridad si los medicamentos llegarán a los centros de salud. Esto causa descontento en el personal y en la población porque las enfermedades no se atienden como es debido. Al mismo tiempo, el desabasto es un obstáculo para la universalización del acceso a la salud en el país.

- d. Los servicios de primer y segundo nivel se regionalizaron luego de la re-centralización. Esto podría ser una iniciativa viable si se acompaña de un desarrollo equitativo en infraestructura, y del personal capacitado para atender las necesidades de salud de la población.

Los efectos de la re-centralización con relación a los elementos teóricos pueden ser identificados en el caso de la siguiente manera:

1. Control. El control puede manifestarse en la supervisión de las actividades o procesos en los centros de salud. Dicha supervisión ha incrementado en ciertas áreas estratégicas del Gobierno Federal, como los medicamentos. Los reportes que deben presentarse al INSABI han aumentado, tanto por parte del encargado de farmacia, como de los médicos, y son un símbolo de control. Además, la eliminación de los convenios para atender enfermedades de alto riesgo, como el cáncer, reincorpora el control del gobierno federal sobre este tipo de padecimientos.
2. Capacidad de toma de decisiones. El INSABI decide sobre la asignación de los recursos y la gestión de los servicios de salud. También determina la organización de los centros de salud por medio del Modelo SABI.
3. Autoridad. El INSABI establece el esquema organizativo y los criterios para la atención de primer y segundo nivel. Así adquiere un papel central en la provisión, la administración y la supervisión de los servicios de salud.

Cuestionamientos para futuras investigaciones

- a. Las cualidades estructurales del gobierno pueden estar determinadas por factores como el modelo de Estado, el modelo económico o la visión del Ejecutivo. Usualmente se asocia la centralización con el modelo unitario y de Estado interventor, mientras que la descentralización se vincula a una federación y a la economía neoliberal. Valdría la pena preguntarse cuál es la relación que se sostiene entre el modelo de Estado, el económico y las cualidades estructurales del gobierno en los países que optan por la re-centralización.
- b. La re-centralización puede ser funcional (dentro de la misma organización) o territorial (entre unidades distribuidas geográficamente). En el caso del sector salud en México fue territorial. Sin embargo, al mismo tiempo ocurrió una descentralización funcional con la creación del INSABI. Es decir: se creó una nueva organización

descentralizada para re-centralizar. Para futuras investigaciones conviene preguntarse sobre la operación del sector salud bajo esquemas de descentralización funcional y centralización territorial. Además, el mismo INSABI como organización presenta incógnitas en su estructura y operación.

- c. Es importante ampliar la investigación sobre la organización y la operación de los servicios de salud en el país, tanto en aquellas Entidades Federativas que optaron por transferir sus atribuciones, recursos y responsabilidades, como en las que no. Sobre todo, porque esto supone distintos grados de centralización (como cualidad estructural) en el gobierno.
- d. Regresar a la centralización impone nuevas reglas del juego para la administración y la provisión de los servicios de salud, así como nuevas relaciones entre los actores que integran al sector salud. Ante ello, es necesario dar seguimiento al proceso de re-centralización, pues sus consecuencias y resultados en la población son de vital importancia.
- e. El proceso de adquisición de medicamentos e insumos y las estrategias que emplea el gobierno para el abastecimiento aún no quedan claras, por lo que son un tema de relevancia.

Como última consideración, la re-centralización reorganiza la forma en la que se proveen los servicios de salud a nivel nacional. Ahora es posible identificar un centro desde el que proviene el financiamiento, las políticas, las pautas y los criterios para el desempeño de los centros de salud y los hospitales. El sector salud se ha centralizado. Con ello ha cambiado la configuración de las relaciones entre actores, la forma en la que los recursos se asignan y administran, la manera en la que se adquieren y se distribuyen medicamentos e insumos, y, en fin, una amplia gama de procesos y de relaciones inter e intraorganizacionales. Muchos de estos elementos continúan en un proceso de transición y adaptación. Corresponde a la academia dar continuidad a los análisis sobre la reorganización del sector salud, ya que de su funcionamiento depende salvaguardar el bienestar de las y los mexicanos.

Referencias

Academia Nacional de Medicina de México (14 de febrero de 2020) 2. *Mtro. Juan Antonio Ferrer Aguilar Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)* [video], <https://www.youtube.com/watch?v=1SB6iRBBjdM>

Acuerdo de coordinación que celebran el ejecutivo federal, por conducto de las Secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación, de Desarrollo Urbano y Ecología y de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, y el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala, para la integración orgánica y la descentralización operativa de servicios de salud en la entidad, Diario Oficial de la Federación, 24 de junio de 1985, https://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?cod_diario=204339&pagina=9&seccion=0

Acuerdo de coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social en los términos previstos en el título tercero bis de la Ley General de Salud, que celebran el Instituto de Salud para el Bienestar y el Estado de Nuevo León, 4 de agosto del 2020.

120

Acuerdo de coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, que celebran la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud para el Bienestar y el Estado de México, Diario Oficial de la Federación, 20 de agosto 2020 http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598745&fecha=20/08/2020

Albalade, D.; G. Bel & X. Fageda (2012) Beyond the efficiency-equity dilemma: Centralization as a determinant of government investment in infrastructure, *Regional Science*, 91 (3) 599-615.

Andrés Manuel López Obrador (16 de enero de 2020) *Instituto de Salud para el Bienestar cumple mandato constitucional. Conferencia del presidente AMLO* [video], <https://www.youtube.com/watch?v=iYXu87EoaxA&t=1231s>

Aréchiga, E. (2007) Educación, propaganda o “dictadura sanitaria”. Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945, *Estudios de historia moderna y contemporánea de México*, 33, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-26202007000100057&script=sci_arttext

- Auditoría Superior de la Federación (2017) *Ramo 33. Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)*, Auditoría Superior de la Federación, https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2015i/Documentos/Auditorias/2015_MR-FASSA_a.pdf
- Bankauskaite, V. y R. Saltman (2006) Conceptualizing decentralization in European health systems: a functional perspective, *Health Economics, Politics and Law*, 1, 127-147
- Barasa, E.; A. Manyara; S. Molyneux & B. Tsofa (2017) Recentralization within decentralization: County hospital autonomy under devolution in Kenya, *PLoS ONE* 12 (8).
- Basnyat, B.; T. Treue; R. Kumar Pokharel; L. Nath Lamsal; S. Rayamajhi (2018) Legal-sounding bureaucratic re-centralisation of community forestry in Nepal, *Forest Policy and Economics*, 9, 5-18.
- Becerril, A. (3 de julio de 2019) Diputados de Morena van por desaparición del Seguro Popular, *La Jornada*, <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2019/07/03/diputados-de-morena-van-por-desaparicion-del-seguro-popular-5691.html>
- Béjar, L. (2012) ¿Quién legisla en México? Descentralización y proceso legislativo, *Revista mexicana de sociología*, 74 (4), http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-25032012000400004&script=sci_arttext
- Blaser, J. ; C. Kuchli ; C. Colfer ; D. Capistrano (2005) *Politics of decentralization: Forests, people and power*, Earthscan
- Blau, P.; W. Heydebrand; & R. Stauffer (1966) Th estructura of small bureaucracies, *American Sociological Review*, 31 (2), 179-191, https://www.jstor.org/stable/pdf/2090903.pdf?casa_token=2TYnzK8deq0AAAAA:hEd5Zg7MawAUMrjq1PeYKVTz-DX5rNSc1vX4CiGDUVMIBOAVpoo8VE9IMWZ7Nf0Ct7irHHVLvuc8L NJ3ZMRD1mE WGrcN CmHF-dxkl62qb3KHfkTkcs
- Braithwaite, J.; R. Iedema; & J. Westbrook (2006) Restructuring as gratification, *Journey of the Royal Society of Medicine*, 98, 542-544.
- Braithwaite, J.; M. Westbrook; D. Hindle; & R. Iedema (2008) Hospital sector organisational restructuring: Evidence of its futility. En McKee, L.; E. Ferlie; & P. Hyde *Organizing an Reorganizing. Power and change in health care organizations* (33-), Palgrave Macmillan.

- Bray, M. (2013) Control of education: Issues and tensions in centralization and decentralization. En Arnove, R; C. Torres; & S. Franz, *Comparative Education. The dialectic of the global and the local*, Rowman & Littlefield Publishers.
- Bird, R. & F. Vaillancourt (2008) *Fiscal decentralization in developing countries*, Cambridge University Press.
- Brossard, M.; M. Maurice; & V. Tombelaine (1976) Is there a universal model of organizational structure?, *International Journal of Sociology*, 6 (1), 41-75, https://www.jstor.org/stable/pdf/20629727.pdf?casa_token=J2PdEdHUuZcAAAAA:YPZ4Jp6EtNySQei6CQ36A_y6LvCeZVRRRCSTn6b_Fg0Y8HC6hJMJ_v8MOSJyYdAvlJy_a3RkAWWNX3rFkW0dIUxTPeMBgK9O5iFFmfSie3Owtbqp0li4yCBQ
- Cabrero, E. (2000) Los dilemas de la descentralización en México, *O&S*, 7 (19), 123-152, <https://www.scielo.br/pdf/osoc/v7n19/09.pdf>
- Cabrero, E. (2007) *De la descentralización como aspiración a la descentralización como problema. El reto de la coordinación intergubernamental en las políticas sociales*, CIDE.
- Calvo, N. (2014) Crisis management, re-centralization and the politics of austerity in Spain, *International Journal of Iberian Studies*, 27 (1), 3-20.
- Carpizo, J. (2004) *El presidencialismo mexicano*, Siglo XXI.
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, *Comisión Legislativa en Desarrollo Social*, [http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/5_dsocial.htm#\[Citar%20como](http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/5_dsocial.htm#[Citar%20como)
- Christensen, T. & P. Laegreid (2006) The Whole of Government approach. Regulation, performance, and public sector reform, *Stein Rokkan Centre for Social Studies*, Working paper 6, 3-22.
- Christensen, T. & P. Laegreid (2007) The Whole-of-Government approach to Public Sector Reform, *Public Administration Review*, 67 (6), https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1540-6210.2007.00797.x?casa_token=jpcx6FHvXFfsAAAAA%3AYy0ugggw3FOesKGIT5efph99D3b99DIG_9dory2mFO1XMu5fFp7nKUrnjJVwJhO5sUFI_N3gvVUUohoC
- Cohen, H. (1970) Bureaucratic flexibility: Some comments on Robert Merton's bureaucratic structure and personality, *The British Journal of Sociology*, 21 (4), 390-399,

https://www.jstor.org/stable/pdf/588494.pdf?casa_token=OK7DF-RgqWMAAAAA:QVly80a4S_43x5tWPhihXw3X4k7cerlOjaKoj-3aSOjdmDUNrqOVFhrmdxuYwgxGeclupa8DTwHVWmSU4DZRFqliFF9lrwAtjMfe5wj_cimVDMFfcVR3

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (s/f) Información general del Sistema Nacional de Protección Social en Salud, http://www.salud.gob.mx/transparencia/inform_adicional/InfoGralSP.pdf

Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México (2017) *Reglamento interno del Instituto de Salud del Estado de México*, Gaceta de Gobierno del Estado de México, <http://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/rgl/vig/rglvig205.pdf>

Coordinación de Servicio Social de Medicina y Odontología (s/f) *Unidades Médicas del ISEM*, https://medicina.iztacala.unam.mx/avisos%202020/SS_AGO2020/plazas_agosto2020/unidadesISEM.pdf

Córdova, A. (1972) *La formación del poder político en México*, Ediciones Era.

Coriat, B. (1998) *El taller y el cronómetro. Ensayo sobre el taylorismo, el fordismo y la producción en masa*, Siglo XXI.

Courpasson, D. (2000) Managerial Strategies of Domination. Power in Soft Bureaucracies, *Organization Studies*, 21 (1), 141-161, https://www.researchgate.net/publication/247734349_Managerial_Strategies_of_Domination_Power_in_Soft_Bureaucracies

Decreto por el que se aprueba el Programa para el Nuevo Federalismo 1995-2000, Diario Oficial de la Federación, 06 de agosto de 1997, http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4890117&fecha=06/08/1997

Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación, 15 de mayo de 2003, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref09_15may03.pdf

Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, Diario Oficial de la Federación, 29 de noviembre del 2019, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref116_29nov19.pdf

Dickovick, T. (2011) *Recentralization in Latin America. Institutional Layering and Presidential Leverage*, Paper delivered at the 2011 Annual Meeting of the American Political Science Association,

<https://poseidon01.ssrn.com/delivery.php?ID=372020070024102122004086064073016011030078052092059006029088118011022091031083004113102061051016000116101118083119014073080100001072061051050075074097080118007085102039002079119114072009084080113086071081087123096073096099016027023026113088015020069089&EXT=pdf&INDEX=TRUE>

Díaz, A. & S. Silva (2004) *Descentralización a escala municipal en México: la inversión en infraestructura social*, CEPAL, https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4935/S043145_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Eaton, K. (2004) *Politics beyond the capital*, Standford University Press.

Eaton, K. & T. Dickovick (2004) The politics of re-centralization in Argentina and Brazil, *Latin American Research Review*, 39 (1), 23-41.

Eibenschutz, C. & T. Raphael (1992) Historia de la política sanitaria en México, *Estudios Políticos*, 3 (10), 135-166.

124

Eisenstand, S. (1959) Bureaucracy, Bureaucratization and Debureaucratization, *Administrative Science, Quarterly*, 4 (3), 302-320, https://www.jstor.org/stable/pdf/2390912.pdf?casa_token=OPCv_3R9vP4AAAAA:Mq5FpK1zDgPNgN2OMpv4QZ9FDGjTA_Q2t7Xkc-rV11BsVE8ab1LZIGX1MhRTfnmyCQAesqrGTf089ZRiel4VW_1oB6k9MVT6MS-WH4MHgSHgyEideH3Pg

Espinoza, V. (2011) Tania Hernández Vicencio, Entrevistas con Ernesto Ruffo Appel, primer gobernador de oposición en México durante la hegemonía priísta, *Estudios Fronterizos*, 12 (24), http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-69612011000200009

Estatuto Orgánico del Instituto de Salud para el bienestar, Diario Oficial de la Federación, 19 de noviembre de 2020, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5605322&fecha=19%2F11%2F2020#:~:text=El%20presente%20Estatuto%20Org%C3%A1nico%20tiene,unidades%20administrativas%20que%20lo%20conforman

- Etzioni, A. (1959) Authority structure and organizational effectiveness, *Administrative Science Quarterly*, 4 (1), 43-67, https://www.jstor.org/stable/pdf/2390648.pdf?casa_token=YK2TZuMFik0AAAAA:tSNmFgZx_GslZxYBXTFoEYzpjEAlruKI0-4zgGDpHjBPKOOVjDg9D03Rj3gTC7ER2ofk2_T4AhbCttXYYYZ9SJ6cdDutzd4pHfPgFrQ9rS5QpXmarv
- Fajardo, G. & R. Salcedo (2011) Semblanza del México anterior a la creación del Hospital 20 de Noviembre, *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16 (1), S9-S19.
- Ferrando, J. (1976) El federalismo, *Revista de Estudios Políticos*, 206, 23-76.
- Ferrando, J. (1978) *El Estado Unitario, el Estado federal y el Estado regional*, Tecnos.
- Flamand, L. & Moreno-Jaimes, C. (2015) La protección social en salud durante el gobierno de Calderón. Avances y rezagos en el diseño e implementación del Seguro Popular (2006-2012), *Foro Internacional* 2019 (1), 217-261, <http://www.scielo.org.mx/pdf/fi/v55n1/0185-013X-fi-55-01-00217.pdf>
- Fredriksson, M. (2012) *Between equity and local autonomy: A governance dilemma in swedish healthcare*. Acta Universitatis Upsaliensis, <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:461056/FULLTEXT01.pdf>
- Fredriksson, M., Blomqvist, P., & Winblad, U. (2014). *Recentralizing healthcare through evidence-based guidelines - striving for national equity in Sweden*. *BMC Health Services Research*, 14(1).
- Fulop, N; G. Perri; & P. Spurgeon (2008) Processes of change in the reconfiguration of Hospital Services: The role of stakeholder involvement, en McKee, L.; E. Ferlie; & P. Hyde *Organizing an Reorganizing. Power and change in health care organizations* (19-32), Palgrave Macmillan.
- García, C.; & J. Piña (2012) Políticas Públicas en materia de salud en México, con especial énfasis en el periodo 1994-2000, *Salud y Sociedad*, 3 (2), http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-74752012000200006
- García, M. (1964) Base institucional para la reforma administrativa, *Revista de Administración Pública*, 17, 60-65.
- George, J.; & J. King (1991) Examining the computing and centralization debate, *Communications of the ACM*, 34 (7),

https://dl.acm.org/doi/pdf/10.1145/105783.105796?casa_token=0vdwYCY7Wx0AAA-AA:J5mdIHatUMB9O4n9TNIMa-NPxS-eNsjLGTgyauECcx0wi9njyHFQbGx3UvXI7Q1ZrX7HEAVJpdfOxF4

Gibler, D. (2010) Outside-in: The effects of external threat on state centralization, *Journal of Conflict Resolution*, 54 (4), 519-542.

Gobierno Federal (2015) *Consejo de Salubridad General*. Recuperado el 30 de octubre de 2020, de <http://www.csg.gob.mx/consejo/consejo.html#:~:text=El%20Consejo%20de%20Salubridad%20General,y%20obligatorias%20en%20el%20pa%C3%ADs>.

Gómez, O.; & Ortiz, M. (2004) Seguro Popular de Salud, siete perspectivas, *salud pública de México*, 46(6), 585-596, <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2004/sal046l.pdf>

Gómez, O. & J. Frenk (2019) Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud, *Salud pública en México*, 61 (2), 202-2011.

González, L; Nigenda, G.; González-Robledo, M.; Reich, M. (2011) Separación de funciones del Sistema de Protección Social en Salud, México 2009: avances y retos, *Salud pública en México*, 53 (4) S416-S424, <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl4/416-424/es>

González-Pier, E.; C. Gutiérrez-Delgado; G. Stevens; M. Barraza-Lloréns; R. Porrás-Condey; N. Carvalho; K. Loncich; R. Dias; S. Kulkarni; A. Casey; Y. Murakami; M. Ezzati; J. Salomon (2007) Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México, *salud pública de México*, 49 (1), S37-S52.

Gracida, E. (2006) *El desarrollismo*, Enrique Semo.

Granados, J.; C. Tetelboin & A. Torres (2007) La reforma del ISSSTE en México, *XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*.

Gropello, E. & R. Cominetti (1998) *La descentralización de la Educación y la Salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*, CEPAL, https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/31142/S9800076_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Gunlicks, A. (1984) Administrative centralization and decentralization in the making and remaking of modern germany, *The Review of Politics*, 46 (3), 323-345, https://www.jstor.org/stable/pdf/1407218.pdf?casa_token=DObtK16rvPgAAAAA:C8kp_k_gzmmwUFN3tnjmZNaShjGBiAQHvKsC0GwGu5CcaQSvqCCvH6QJBmGbKchBXzU0G9xncaygd1d6ebgfuMJKUTKeFqE3LF68BodsKUvG1J9vQamBNJ
- Hameed, M.; S. Counsel; & S. Swift (2012) A meta-analysis of relationships between organizational characteristics and IT innovation adoption in organizations, *Information and management*, 45 (5), 218-232, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378720612000420?casa_token=B5ONeyGjrcAAAAA:360O5W9k81530whGHcfDRtLw-xR_PZsRn8ZOd3BHU_GF2iFoaQkOB2EUZtJzXqUlpFqxqFVsjxAs
- Hage, J. (1965) An Axiomatic Theory of Organizations, *Administrative Science Quarterly*, 10 (3), 289-320, https://www.jstor.org/stable/pdf/2391470.pdf?casa_token=rxTWAVN4-ilAAAAA:9tTbh8p7xweWFRQyniMTYjKyVvZY8cOB46lmBr-aZ1k7rSP3uEHhXcqscvcqX85DOz0qACyel_aT-ARdpwIKJGcwBqjCrWSsPARdZ1zKA7fpMnmxC97nrw
- Hagen, J. & M. Aiken (1967) Relationship of centralization to other structural properties, *Administrative Science Quarterly*, 12 (1), 72-92, https://www.jstor.org/stable/pdf/2391213.pdf?casa_token=JYXjFnK3PvkAAAAA:7LVNtJufCQSTY7sAfIZAVMwjomuGdX1GDLwc3HjJwM2YHuf0unW3FFQChT93fX0K4niZzr9NINzi7RDz7nPoTcu0doYFEvMmY-q_3OvRxsRGA9h7S10
- Hage, J.; M. Aiken; C. Marrett (1971) Organization structure and communications, *American Sociological Review*, 36 (5), https://www.jstor.org/stable/pdf/2093672.pdf?casa_token=knIEAI-Ya0IAAAAA:Fa7Vjba0ZZPUXtJ55HCk2YDHoqF64v1a85fdthH3pjghY2nZdRZylAp8MNG0VxhpdMDBZXC75c1ml4zzJJzwJqMUzg7oZe5traU17Ab8QkVKOBgDmk0-
- Hart, P.; U. Rosenthal; A. Kouzmin (1993) Crisis decision making. The centralization thesis revisited, *Administration & Society*, 25 (1), 12-45, <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/009539979302500102>
- Homedes, N; & A. Ugalde (2008) 25 años de descentralización del sistema de salud mexicano: una experiencia para analizar, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 7 (15), 26-43, <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v7n15/v7n15a03.pdf>
- IMSS-Oportunidades (2013) Capítulo VIII, recuperado de http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12_Cap08.pdf

INEGI (2021) Información de México para niños, INEGI, <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mex/poblacion/>

INEGI (2021/25/01) *En México somos 126 014 024 habitantes: censo de población y vivienda 2020* [comunicado de prensa], https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Nal.pdf

Instituto de Salud para el Bienestar (01 de diciembre de 2020) *organigrama de INSABI*, recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/598503/INSABI_ESTRUCTURA.PDF

Jansen, J.; F. Van de Bosch; H. Volberda (2006) Exploratory innovation, exploitative innovation, and performance: Effects of organizational antecedents and environmental moderators, *Management Science*,

Jaramillo, M. (2007) La descentralización de los servicios de salud en México: avances y retrocesos, *Revista Gerencia y Políticas en Salud*, 6 (13), http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272007000200006#1

Jaramillo, M. (2010) La descentralización: una mirada desde las políticas públicas y las relaciones intergubernamentales en Baja California, *Región y Sociedad*, 22 (49), http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252010000300007

Katsikea, E.; M. Theodosiou; N. Perdakis; J. Kehagias (2011) The effects of organizational structure and job characteristics on export sales managers`job satisfaction and organizational commitment, *Journal World of Business*, 46 (2), 221-233, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1090951610000866?casa_token=t6ATW8YksIkAAAAA:2PDGuY2GGTCflaVlfGoX7WPRvHtlojLGdzi_L9I7YVcZ_QCwhiKgUdSJFQBpBb6qjWp8ya2Ydes#bib0115

Kopec, K. (2020) Is cultural policy in Poland in the process of recentralization? *Transylvanian Review of Administrative Sciences*, (60), pp. 35-52.

Kuipers, B.; M. Higgs; W. Kickert; L. Tummers; J. Grandia; J. Van der Voet (2013), The management of change in public organizations: a literature review, *Public Administration*, 92 (1), 1-20, https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/padm.12040?casa_token=3hlMwm-

[e8H8AAAAA%3AKKjpJQ8NMxLU9rzAebv8IR-FDTZ9ISvFGGzxc1OjSK2I7eGSbbCQ7em612h9QlaeRihGeCDu0VLdFcY](https://doi.org/10.1080/00141801.2019.1611111)

- Kumar, K.; A. Sandoval-Hernández; R. Shields; K. Rai (2020) A false promise? Decentralization in education systems across the globe, *International Journal of Educational Research*, 104, 1-15
- Lakin, J. (2010) The End of Insurance? Mexico's Seguro Popular, 2001-2007, *Journal of Health Politics Policy and Law*, 35 (3), 313-352, https://www.researchgate.net/publication/44626339_The_End_of_Insurance_Mexico's_Seguro_Popular_2001-2007
- Latha, M.; & A. Kumar (2015) Centralization and the success of ERP implementation, *Journal of Enterprise Information Management*, 29 (5), 728-750, https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JEIM-07-2015-0058/full/pdf?casa_token=jbdNqwzmmw0sAAAAA:ILMCtbGdgs5L7t0Un41RFYGTl3P0YxFuSw8Cfe5CJ2LDJWnc4Depy08ps6jOlx7TtIWn22foI_yRLJ39OUAIHPhLsYq1dSopPCe0vgRAUXEv8oMqwLQQ
- Laurell, C. (2017) La crisis crónica del sistema nacional de salud y las posibles reformas, en Damián A. [coord.] *Problemas contemporáneos de la seguridad social: América Latina y México*, Cámara de Diputados.
- Leal, G. (2012) La salud y la seguridad social del Dr. Zedillo, *El Cotidiano*, (172), 72-81, <https://www.redalyc.org/pdf/325/32523118009.pdf>
- Leal, G.; H. Sánchez; & J. León (2016) Sobre la propuesta de "universalidad" en salud: Mercedes Juan y Enrique Peña Nieto, *Estudios Políticos*, (38), 117-141, <http://www.scielo.org.mx/pdf/ep/n38/0185-1616-ep-38-00117.pdf>
- Lee, M. & A. Edmondson (2017) Self-managing organizations: Exploring the limits of less-hierarchical organizing, *Research in organizational behavior*, (37), 35-58.
- Lessman, C.; & G. Markwardt (2010) One size fits all? Decentralization, corruption and the monitoring of bureaucrats, *World Development*, 38 (4), 631-646
- Levina, I. (2020) Decentralization of firms in a country with weak institutions: Evidence from Russia, *Journal of Comparative Economics*, 48, 933-950.
- Ley Federal de las Entidades Paraestatales, Diario Oficial de la Federación, 01 de marzo de 2019, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/110_010319.pdf

Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación, 24 de enero del 2020, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240120.pdf

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Diario Oficial de la Federación, 11 de enero de 2021, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/153_110121.pdf

López-Arellano, O. & J. Blanco-Gil (2001) La polarización de la política de salud en México, *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (1), https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100004&lang=es

López García, E. (2012) La descentralización de los servicios de salud, Biblioteca jurídica virtual, <http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/arsiu/cont/47/act/act6.pdf>

López Levi, L. (1999) Reseña de "Descentralization in Mexico" en Reforma Municipal to Solidaridad to Nuevo Federalismo de Victoria E. Rodríguez, *Política y Cultura*, (12), 245-249, <https://www.redalyc.org/pdf/267/26701213.pdf>

López, O.; J. Rivera & J. Blanco (2011) Determinantes sociales y salud-enfermedad en México. Cambios, rupturas y perspectivas, en Chapela, M. & M. Contreras *La salud en México*, Universidad Autónoma Metropolitana.

130

Love, L.; R. Priem; Y G. Lumpkin (2008) Explicitly articulated strategy and firm performance under alternative levels of centralization, *Journal of Management*, 28 (5), 611-627, https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/014920630202800503?casa_token=F6ZWJxvrB_4AAAAA:zZ0aKD_PcbC65HmHEidmb6b-xUpo3KtSecOzOzo-9dTTUVVYVpd3cfbvzW-4JL1xbfS23-bS91lq1w

Luftman, J (2003) *Competing in the information age: align in the sand*, Oxford University Press.

Malesky, E.; C. Nguyen & A. Tran (2014) The impact of recentralization on public services: A difference-in-differences analysis of the abolition of elected councils in Vietnam, *American Political Science Review*, 108 (01), pp. 144-168.

Majone, G. (1997) From the positive to the regulatory state : causes and consequences of changes in the mode of governance, *Journal of Public Policy*, 17 (2), 139-167

Manual General de Organización del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, Gaceta del Gobierno del Estado Libre y Soberano de México, 11 de mayo de 2017, <http://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/gct/2017/may111.pdf>

- Mansfield, R. (1973) Bureaucracy and centralization: An examination of organizational structure, *Administrative Science Quarterly*, 18 (4), 477-488, https://www.jstor.org/stable/pdf/2392200.pdf?casa_token=VvdZJBxPHsAAAAA:7aRELn74IcqCtg9uJUJGIZcA6T7XYC8WqhxQq0M5yPKfmrJNya7yS26sU7LmBrDmH40g-MhjJHn6vMkJ20imerme6g0wkMprpOEQp3Y8emHTvTapC0dh
- Martínez, A. & G. Pérez (2001) Transición democrática y elecciones en México, *Revista de Estudios Políticos*, 112, 271-301.
- Marume, S. & R. Jubenkada (2016) Centralization and Decentralization, *Journal of Research in Humanities and Social Sciences*, 4 (6), 106-110, <http://lis.zou.ac.zw:8080/dspace/bitstream/0/313/1/Centralization%20and%20Decentralization.pdf>
- Medin, T. (1997) *El sexenio alemanista*, Ediciones Era.
- Merton, R. (1957) *Social Theory and Social Structure*, The Free Press.
- Meyer, M. (2008) Change in public bureaucracies, *Cambridge university press*.
- Meyer, L. (s/f) *México para los mexicanos*, El Colegio de México, <https://lorenzomeyercossio.com/wp-content/uploads/2020/09/80.-La-institucionalizacion-del-nuevo-regimen.pdf>
- Migdal, J. (2004) *State in Society. Studying how states in societies transform and constitute one another*, Cambridge University Press
- Migdal, J. (2005) *Estados fuertes, Estados débiles*, Fondo de Cultura Económica
- Minas, R.; S. Wright; R. van Berkel (2012) Decentralization and centralization. Governing the activation of social assistance recipients in Europe, *International Journal of Sociology and Social Policy*, 32 (5/6), 286-298, https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/01443331211236989/full/pdf?casa_token=IMtCF0YyaXMAAAAA:1YwNrjEas60Lh7MXnZuMn0TrUnldkckOGXnN8JzcNleO1MdVK_3ENivSFnphl7ors6dFnL0E2yliiwN3M3U-9gx4fOGIN6RvxiJZjbtHjSx8c8c2TqY
- Minas, R. (2010) (Re)centralizing tendencies within Health Care Services. Implementation of a new idea?, Institute for Future Studies, Working Paper 9.
- Moch, M. & E. Morse (1977) Size, centralization and organizational adoption of innovations, *American Sociological Association*, 42 (5), 716-725, https://www.jstor.org/stable/pdf/2094861.pdf?casa_token=eyjoViVZxGoAAAAA:3KwL

[C2Jm8c0Z-](#)

[xf1jjuaRoRKj4Lo2ASUEyHNabQihiuW_903GZKaSvXbWfXBtH4t9TJgncqeWPqHOU982Lvkbp9eU5Xk7cc3_c6we5yIIH6GYkVKneyt](#)

Monteiro, G.; A. Hopkins; y P. Frutuoso e Melo (2020) How do organizational structures impact operational safety? Part 1- Understanding the dangers of decentralization, *Safety Science*, 123, 1-13

Muñoz, V. (2010) La salud en México (2007-2009), *Estudios políticos*, 19, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16162010000100005

Nefzgen, B. (1965) The ideal-type: Some conceptions and misconceptions, *The Sociological Quarterly*, 6 (2), 166-174, https://www.jstor.org/stable/pdf/4105246.pdf?casa_token=hlLrXGBkUOEAAAAA:Emk_eOlp6mCRZ9VRfw_LwTSAyZm5gCr6PxiBelxSjMnc4ZiWrwhi2jAUIDS6gb2EMQwtTMowASC3fCkDIHjQpEKhimBimPE9WpR160L5ZZ92t8Odsnmq

Novikov, D. (2012) Theory of control in organizations, https://www.researchgate.net/profile/Dmitry_Novikov5/publication/274390621_Theory_of_Control_in_Organizations/links/553405250cf2f2a588b24362.pdf

132

Organización Mundial de la Salud (1996) *Healthcare systems in transition. Sweden*. WHO, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108435/E72481.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud (s/f) *Respuesta del Sector Salud*, Organización Mundial de la Salud, https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=218:respuesta-sector-salud&Itemid=387

Oszlak, O. (1993) La reforma del Estado: El día después, en Bodemer, K. *La Reforma del Estado, más allá de la privatización*, FESUR

Ozmen, A. (2014) Notes to the concept of decentralization, *European Scientific Journal*, 10 (10), 415-424, <https://core.ac.uk/download/pdf/236405436.pdf>

Palma, E. & D. Rufián (1993) *Las nociones de centralización y descentralización*, CEPAL

Prechel, H. (1994) Economic crisis and the centralization of control over the managerial process: corporate restructuring and neo-fordist decision making, *American Sociological Review*, 59 (5), 723-745,

https://www.jstor.org/stable/pdf/2096445.pdf?casa_token=XgDL1ICW20UAAAAA:akQ2gK9RLgOI46MG1NIAaLOVh8qxQ7V5gOtumuNxQulcmHAYkob5ythScA9D0SiAlrvp7ciTBSWKOBvaFOFOZkbbP4XW5sroCyw7XiiGF7AFOO9iyTj1

Presthus, R. (1960) Authority in organizations, *Public Administration Review*, 20 (2), 86-91, https://www.jstor.org/stable/pdf/973885.pdf?casa_token=xbjEz7kDGrsAAAAA:v8DAE7SZGcfX9Kuk0sdrYTOeTFYrI-l382tUYTa4BuL2HfetowJTCiaNQ3fnkhXF_aEEXa1-H10ayaaECMZlgFsGEd9ngeUBNXhwwuQx5yDri-Luwmu9z

Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, Diario Oficial de la Federación, 11 de marzo de 1996, http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4875243&fecha=11/03/1996

Programa Sectorial de Salud 2013-2018, Diario Oficial de la Federación, 12 de diciembre de 2013, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013

Programa Sectorial de Salud 2020-2024, Diario Oficial de la Federación, 17 de agosto de 2020, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020

Pugh, D.; D. Hickson; C. Hinings; K. McDonald; C. Turner; & T. Lupton (1963) A conceptual scheme for organizational análisis, 8 (3), 289-315, https://www.jstor.org/stable/pdf/2390971.pdf?casa_token=NGmHBp6g91gAAAAA:NxaiwBCDZA8cFBy6Yp04qFXwz9geb3HKKDYdODsmfz8orgdKTsuqZx93HBY72tS5ZVNivKPwV1LIM3Wj9479K65ExVbIQZ9hSs6_Fp2JgkXWSW3T3XZv

Raavendran, M (2019) Seeds of change: How current structure shapes the type and timing of reorganizations, *Strategic Management Journal*, 41, 27-54

Rabotnikof, N. (1993) Lo público y sus problemas: notas para una reconsideración, UAM, 75-98

Reforma 116 a la Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación, 29 de noviembre de 2019, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref116_29nov19.pdf

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, Diario Oficial de la Federación, 17 de diciembre de 2014, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSS_171214.pdf

Reglas de operación del Consejo Nacional de Salud y su Secretario Técnico, Diario Oficial de la Federación, 06 de octubre de 2010, http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5162180&fecha=06/10/2010

Reyna J. & R. Trejo (1981) *La clase obrera en la historia de México*, Siglo XXI.

- Richardson, H; R. Vandenberg; T. Blum; & P. Roman (2001) Does decentralization make a difference for the organization? An examination of the boundary conditions circumscribing decentralized decision-making and financial performance, *Journal of Management*, 28 (2), 217-244.
- Rodríguez, A. (1964) Reforma administrativa del gobierno federal, *Revista de Administración Pública*, 17, 16-29.
- Rodríguez, A. & M. Rodríguez (1998) Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX, *História, Ciências, Saúde-Maguihos*, 5 (2), https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-59701998000200002&script=sci_arttext
- Rowland, A. (2003) La descentralización y las relaciones intergubernamentales. Apuntes para las dependencias federales, en Rodríguez, C. *La descentralización en México: Experiencias y reflexiones para orientar la política ambiental*, Instituto Nacional de Ecología-Semarnat
- Saltman, R.; B., Bankauskaite, V., y Vrangbæk, K. (2007). *Decentralization in Health Care: Strategies and outcomes*. McGraw-Hill. European Observatory on Health Systems and Policies Series
- 134 Saltman, R. (2008) Decentralization, re-centralization and future European health policy, *European Journal of Public Health*, 18 (2), 104-106.
- Sánchez, J. (2018) *Administración Pública y Reforma del Estado en México*, Academia Internacional de Ciencias Político-Administrativas y Estudios de Futuro
- Sánchez, Y. (2016) *Desmembración de la seguridad social ante el Sistema Nacional de Salud Universal* [tesis de maestría, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla], <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/2414>
- Schofield, J. (2001) The old ways are the best? The durability and usefulness of bureaucracy in public sector management, *Organization articles*, 8(1), 77-96, https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/135050840181005?casa_token=7_tH-Ts0ZWEAAAAA:YbNiGdLLpgX0GF-6L6icF9hXFB9W-JE0dLKDrLDP21Hxm4NzRj7cK575K5TZUV3BPd5jKeKZXAJ4
- Secretaría de Finanzas del Estado de México (2019) *Organigrama del Instituto de Salud del Estado de México*, https://salud.edomex.gob.mx/isem/docs/organigrama_isem19.pdf
- Secretaría de Salud del Estado de México (2010) *Lineamientos de operación del Técnico en Atención Primaria a la Salud (TAPS) y Cuidadores de la Salud (CS)*, Gaceta del

Gobierno del Estado de México,
<https://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/gct/2010/jun153.PDF>

Secretaría de Salud del Estado de México (2013) *Manual General de Organización Instituto de Salud del Estado de México*, Gaceta del Gobierno del Estado de México,
<https://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/vigentes/dic185.PDF>

Secretaría de Salud (2005) *Sistema de Protección en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*, Secretaría de Salud,
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7723.pdf>

Secretaría de Salud (2007) Primer informe de labores,
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/87442/Primer_Informe_de_Labores_2007.pdf

Secretaría de Salud (2011) Quinto informe de labores,
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/87444/Quinto_Informe_de_Labores_2011.pdf

Secretaría de Salud (2014) Segundo informe de labores,
http://www.salud.gob.mx/unidades/transparencia/informes/Segundo_Informe_de_Labores_de_la_Secretaria_de_Salud_2013-2014.pdf

Secretaría de Salud (2017) Quinto Informe de labores,
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/254434/5to_IL_SS.pdf

Secretaría de Salud (2018) *Compra consolidada de medicamentos*, Gobierno de México,
<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/compra-consolidada-en-medicamentos?state=published>

Secretaría de Salud (2020) *Modelo de Salud para el Bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención Primaria de Salud*,
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/631068/2021_Modelo_SABI_FINAL_17_feb_21.pdf

Sellers, J. & A. Lidström (2007) Decentralization, local government and the welfare state, *Governance*, 20 (4).

Simonet, D. (2016) Reforming the French health-care system: the quest for accountability, *International Review of Administrative Sciences*, 84 (3), 503-519,

https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0020852316648226?casa_token=xlNaqfkDY4QAAAAA:47NxdRLnq0FqhxMHOqt43w7uh5BxYYEZLC9y8cP8TKYVUBiKR1LYfOR4hyEpNgWzhMNLX9U4orjtxw

Simonet, D (2017) Recentralization and vertical alignment in the French healthcare system, *Journal of Public Affairs*, 17 (4).

Soberón, G. & C. Valdés (1986) Informe de México 1982-1986. El Sistema Nacional de Salud en México, orígenes, definiciones y avances, *Actualidades en Salud*, 28 (6), 655-663, <file:///C:/Users/meche/Downloads/324-Texto%20del%20art%C3%ADculo-377-1-10-20141110.pdf>

Soberón, G. (1987) El cambio estructural en la salud, *Salud Pública Mex*, 29 (2), 127-140, <file:///C:/Users/meche/Downloads/290-Texto%20del%20art%C3%ADculo-344-1-10-20141110.pdf> y <file:///C:/Users/meche/Downloads/291-Texto%20del%20art%C3%ADculo-345-1-10-20141110.pdf>

Sosa, J. (2015) *Democracia, descentralización y cambio en las administraciones públicas en México (1982-2010)*, Universidad Complutense de Madrid, <https://eprints.ucm.es/id/eprint/34482/1/T36741.pdf>

136 Steiner-Khamsi, G. & I. Stolpe (2004) Decentralization and recentralization reform in Mongolia: tracing the swing of the pendulum, *Comparative Education*, 40 (1), 29-53, <http://www.columbia.edu/~gs174/Comp%20Ed.pdf>

Tannenbaum, R.; & F. Massarik (1950) Participation by subordinates in the managerial decision-making process, *The Canadian Journal of Economics and Political Science*, 16 (3), 408-418, https://www.academia.edu/34860904/Participation_by_Subordinates_in_the_Manage_rial_Decision_Making_Process_Author_s_Robert_Tannenbaum_and_Fred_Massarik

Tannenbaum, A. (1956) The concept of organizational control, *Journal of Social Issues*, 12 (2), 50-60.

Tannenbaum, A. (1962) Control in organizations: Individual adjustment in organization performance, *Administrative Science Quarterly*, 7 (2), 236-257, https://www.jstor.org/stable/pdf/2390857.pdf?casa_token=u9HeSzF2UnIAAAAA:wFGPOBHsLt6itt6i9gCfClIRZkjcFhpQhFR1qN4T2gZPSVPG9KBWmEfiQbEbmVLGC0R-QrFnhvpNZho4Q2QHHCuqnLFQLgzfeR8m4Sf89nQefN-5Xsr

Tamez, S.; C. Eibenschutz; I. Camacho; E. Hernández (2013) El seguro popular de salud, expresión política sanitaria neoliberal, *Revista del trabajo*, 7 (10), 249-270.

- Terlizzi, A. (2018) Health system decentralization and recentralization in Italy: Ideas, discourse and institutions, *Social Policy & Administration*, pp. 1-15.
- Terlizzi, A. (2019) *Health System decentralization and recentralization*, Palgrave macmillan.
- Tuncdogan, A.; A. Boon; T. Mom; F. Van Den Bosch; & H. Volberda (2017) Management teams' regulatory foci and organizational units' exploratory innovation: The mediating role of coordination mechanisms, *Long Range Planning*, 50 (5), 621-635.
- Universidad Autónoma Metropolitana (2020) *La lección del Covid-19 para México es cambiar el modelo neoliberal de atención a la salud*, Número 220, <http://www.comunicacionsocial.uam.mx/boletinesuam/220-20.html>
- Uribe, M.; & R. Abrantes (2013) Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?, *Perfiles Latinoamericanos*, (42), 135-162, <http://www.scielo.org.mx/pdf/perlat/v21n42/v21n42a6.pdf>
- Vargas-Hernández, J. (2001) La transición económica y política del Estado mexicano en el umbral del siglo XXI: Del Estado empresario al Estado de empresarios, *Revista del Magister en Análisis Sistemico Aplicado a la Sociedad (MAD)*, (4), <file:///C:/Users/Maria/Downloads/14832-1-40139-1-10-20110723.html>
- Vrangbaek, K. (2007) Key factors in assessing decentralization and recentralization in health systems, en Saltman et. al. *Decentralization in Health Care*, Mc Graw Hill.
- Weber, M. (2004) *Economía y sociedad*, Fondo de Cultura Económica.
- Weber, M. (1991) *¿Qué es la burocracia?*, Leviatán.
- Woldenberg, J. (2012) *Historia mínima de la transición democrática en México*, El colegio de México.
- Wilensky, H. (1975) *The Welfare State and Equality*, University California Press.
- Whisler, T.; H. Meyer; B. Baum; & P. Sorensen (1967) Centralization of organizational control: An empirical study of its meaning and measurement, *The Journal Bussiness*, 40 (1), 10-26.
- Yang, J. & S. Sheng (2021) Why China's re-centralisation emerges in the age of globalisation?, *SAGE*, 57 (1), 40-56.



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

ACTA DE EXAMEN DE GRADO

No 00153

Matrícula: 2193801500

La re-centralización del sector salud en México



MARIA ESTEFANIA RODRIGUEZ RIVERA

ALUMNA

REVISO

MTRA. ROSALIA SERRANO DE LA PAZ
DIRECTORA DE SISTEMAS ESCOLARES

Con base en la Legislación de la Universidad Autónoma Metropolitana en la Ciudad de México se presentaron a las 11:00 horas del día 14 del mes de febrero del año 2022, los suscritos miembros del jurado designado por la Comisión del Posgrado:

DR. ARTURO HERNANDEZ MAGALLON
DR. GERMAN VARGAS LARIOS
DR. BENITO LEON CORONA

Bajo la Presidencia del primero y con carácter de Secretario el último, se reunieron para proceder al Examen de Grado cuya denominación aparece al margen, para la obtención del grado de:

MAESTRA EN ESTUDIOS ORGANIZACIONALES

DE: MARIA ESTEFANIA RODRIGUEZ RIVERA

y de acuerdo con el artículo 78 fracción III del Reglamento de Estudios Superiores de la Universidad Autónoma Metropolitana, los miembros del jurado resolvieron:

Aprobar

Acto continuo, el presidente del jurado comunicó a la interesada el resultado de la evaluación y, en caso aprobatorio, le fue tomada la protesta.

DIRECTOR DE LA DIVISION DE CSH

DR. JUAN MANUEL HERRERA CABALLERO

PRESIDENTE

DR. ARTURO HERNANDEZ MAGALLON

VOCAL

DR. GERMAN VARGAS LARIOS

SECRETARIO

DR. BENITO LEON CORONA

El presente documento cuenta con la firma -autógrafa, escaneada o digital, según corresponda- del funcionario universitario competente, que certifica que las firmas que aparecen en esta acta - Temporal, digital o dictamen- son auténticas y las mismas que usan los c.c. profesores mencionados en ella