



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MÉXICO**



FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

LA APRECIACIÓN BIOPOLÍTICA DE LA
DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE
SALUD A NIVEL MUNICIPAL.

LA EXPERIENCIA DEL MUNICIPIO DE TOLUCA,
ESTADO DE MÉXICO, 2009-2011.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN CIENCIAS POLÍTICAS Y
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

P R E S E N T A

PATRICIA GUADALUPE HURTADO VARELA

DIRECTOR

ALICIA TINOCO GARCÍA

Toluca, Edo. Méx., Junio 2013.

Agradecimientos

A mis padres, a mi hermano, a mis tíos y a los primos, a los maestros, y a los amigos, a los viejos y a los nuevos conocidos; a los acompañantes sin presencia, que en su forma de autores o de gente “común” sin querer o así queriendo, hacen ciencia.

A quienes atravesaron conmigo un sendero de este andar; todos, aunque no los nombre, sonrían, porque provocaron develar en mí, esta vocación a la vida, a la reflexión, a la empatía y a la verdad.

A todos “ustedes”, los actores protagonistas y los de reparto, los incidentales y los secundarios, a partir de que la memoria me da recuerdo y a partir de la experiencia que marcaron en mi conocimiento: agradezco.

Por contribuir a configurar en mi persona una y otra opción de verdad, permitiéndome hacer de situaciones comunes, impactantes y detonantes, percepciones nutridas de la realidad. Sepan que sin su presencia, no sería posible mi apetito de transformar y crear.

Hoy como siempre, el presente está ante mi ingente y el futuro es lo único que me queda de frente, en ambos he decidido incluirlos y ofrecerles este primer esfuerzo de indagación, triangulando salud, política y administración; para mí, no hay mejor opción. Mi intención es que en los argumentos exista una visión particular y múltiple, nutrida por nuestros pensamientos. Ojala, siempre tenga la posibilidad de hacer extensiva tal pluralidad en cada acercamiento.

*Aquí pita un pedacito de mi alma y no sólo una
consagración a quien compartió conmigo los
lazos eternos de los que ama.*

A Guadalupe Ramírez Peralta.

Índice

| | Pág. |
|--|------|
| Introducción | 6 |
| Capítulo 1 | |
| ¿Cómo entendemos la descentralización de los servicios de salud, en el municipio mexicano, a partir de una lectura biopolítica? Tres conceptos, un enfoque: Biopolítica, Servicios de Salud y Descentralización de los Servicios de Salud | |
| Biopolítica | 13 |
| Servicios de Salud | 25 |
| Descentralización de los Servicios de Salud y su apreciación biopolítica | 33 |
| Capítulo 2 | |
| La Vía legal que rige a la descentralización de los servicios de salud como elemento de la pirámide normativa de la biopolítica. | |
| Ley y Norma | 46 |
| El imperativo normalizador sobre la legislación. | 48 |
| Tres ejemplos sobre el tema para una mayor comprensión del caso: | |
| La protección a la Salud: Artículo 4° Constitucional. | 51 |
| La Ley General de Salud. | 55 |
| Artículo 115 Constitucional. | 57 |
| Capítulo 3 | |
| Las prácticas concretas y su lectura biopolítica: Actualidad de la descentralización de los servicios de salud el municipio de Toluca, Estado de México; 2009-2011 | 63 |
| Tres practicas concretas: | |
| El Boom de las Franquicias Farmacéuticas | 69 |
| Las Unidades de Rehabilitación e Integración Social [URIS] y el Sistema Integral de Atención Médica Asistencial [SIAMAS] | 72 |
| | 4 |

Capítulo 4

Algunas consideraciones finales:

La centralización biopolítica y la descentralización no administrativa; la salud en el marco de la reconfiguración de las relaciones entre sociedad, gobierno y un mercado cercano a las disfuncionalidades/anormalidades de las responsabilidades estatales. 81

Bibliografía [citada y de consulta] 94

Introducción

En el año de 1979, el filósofo francés Michael Foucault, dictaba en el Collège de France el curso denominado “Naissance de la biopolitique” (El nacimiento de la biopolítica), al inicio de cual sentenciaba:

“En vez de partir de universales, para deducir de ellos unos fenómenos concretos, o en lugar de partir de universales como una grilla de inteligibilidad obligatoria para una serie de prácticas concretas, me gustaría comenzar por estos últimos y, de alguna manera, pasar los universales por la grilla de esas prácticas”.

La dimensión “Biopolítica” presta atención a las prácticas concretas de control de los procesos biológicos de la vida desde el ángulo en el que ésta es intervenida por los campos del saber especializados –como el de la medicina– y por el poder Estatal; circunscribe, a su vez, a la estatalización de los procesos biológicos de la población — el nacimiento, la mortalidad, la salud o la duración de la vida—, y tiene por objeto y objetivo el cuerpo viviente, como soporte de los mismos (Foucault, 1979: 183).

La atención y el análisis de los planteamientos teóricos de la Biopolítica, pretende dar soporte al presente trabajo de investigación, pues a través de esta “técnica de gobierno de las poblaciones” retomaremos la novedad intelectual de su lente para

permitirnos apreciar el tema de la Descentralización de los Servicios de Salud a nivel municipal.

El problema mayor que la modernidad planteó a las tecnologías del gobierno ha sido la acumulación de individuos (Castro, 2004). Michel Foucault, quien impulso el citado concepto, intentó pensar cómo la biopolítica buscaba favorecer la emergencia de un tipo deseado de población a contra luz y mediante la exclusión violenta de su otredad, de modo tal que pudo concluir, entre otras cosas, que la biopolítica declara como enemigos de la sociedad a todos aquellos, que no se ajustan a la norma poblacional deseada.

La biopolítica es una tecnología de gobierno que hace vivir a aquellos grupos poblacionales que mejor se adaptan al perfil de producción del estado capitalista y deja morir, en cambio, a los que no sirven para fomentar el trabajo productivo, el desarrollo económico y la modernización. Frente al peligro inminente que representan estos enemigos, la sociedad debe defenderse y para ello esta justamente la biopolítica (Castro Gómez, 2006)

Será con la biopolítica, , con quien habremos de apreciar la potestad del gobierno, y de los niveles en los que este se articula y organiza en torno a las dimensiones de la vida biológicamente considerada, destacando de entre ellas, a la protección

de la salud mediante los servicios de salud que suministrados por el Estado logran su operacionalización a través de una serie de instrumentos/“tecnologías”— como la de la descentralización—, para alcanzar la filtración y sofisticación del ejercicio de su poder a partir de un doble discurso que es protector y el productivo.

Nos interesa un fenómeno particular, una práctica concreta: La descentralización de los servicios de salud en el municipio de Toluca, Estado de México en los años 2009-2011, como producto de una serie tecnologías en las que se manifiestan las relaciones de poder y las relaciones de saber en los niveles más mínimos que se despliegan más allá de la unidad gubernamental y que tienen por objeto el cuerpo de la población.

Exponemos que el municipio, no sólo tiene conocimiento del los fenómenos poblacionales para prever su funcionamiento o las consecuencias colectivas del mismo, sino que calcula, organiza y maneja sus fuerzas de manera racionalizada, conforme a sus principios de gubernamentalidad; con esta capacidad de administración, constituye procesos de normalización para mantener el estándar poblacional con los que permite defenderse y excluir a la otredad.

La elaboración de una lectura biopolítica de la descentralización se realiza concatenando a la valoración de la salud como condición para la vida, la serie de

leyes que se crean para su protección, la acción constante del estado sobre la misma, el contexto neoliberal en el que surge la política descentralizadora y otros elementos destacados que integran el fenómeno administrativo en cuestión, sin pasar por alto a la población que los contiene y sobre los cuales se erige.

El presente trabajo, está articulado en cuatro secciones que a continuación se exponen someramente:

En el primer capítulo, iniciamos haciendo referencia al andamiaje de conceptos que regirán nuestra investigación, a saber: biopolítica, descentralización y servicios de salud. De forma complementaria, nos introduciremos a la apreciación biopolítica de la descentralización de los servicios de salud a nivel municipal como una política promovida desde finales de la década de los setenta y principios de la década de los ochenta en México, pues en este “origen” será posible apreciar experiencias temporalmente más cercanas, que acontecieron y acontecen en marco de innovaciones de mayor envergadura producidas por las relaciones entre la sociedad, el mercado y los distintos órdenes de gobierno.

En el segundo capítulo, abordaremos el tópico legal que reglamenta las atribuciones sobre el cuidado de la salud de la población, señalando que el cuerpo jurídico va más allá, pues su propuesta afecta a todas las conductas y las remite,

junto con los actos, a algo que no es el simple orden de lo permitido y lo prohibido, sino del campo de comparación, y a la vez de diferenciación, a saber: lo normal y lo anormal (Castro, 2004). En este apartado, no buscamos enfocarnos al aparato legislativo articulado en pos de la descentralización de los servicios de salud para hacer la génesis y evolución del mismo; nuestra intención es abordarlo a partir de uno de los elementos con el que definiremos a la biopolítica, o sea a través de la norma. Destacar el marco jurídico a partir de dicha categoría, nos permitirá valorar las prácticas que el gobierno y, concretamente el nivel de gobierno municipal, tiene como propias a causa de la descentralización de los servicios de salud, de esta manera podremos observar el imperativo correctivo tanto los saberes legislativos, como en devenir colectivo relacionado con la salud.

En el tercer capítulo, pretendemos invocar las prácticas concretas y actuales que nos lleven a deducir una serie de relaciones de dominación con las que se presenta el ejercicio del poder sobre la salud, y la vida, en un nivel municipal. No buscamos referenciar el resultado de la descentralización de los servicios de salud en el municipio, ni pretendemos un “informe” de aciertos y desaciertos en su implementación, probablemente tampoco un análisis exhaustivo de conjunto de instrumentos creados o difundidos para la implementación descentralización de los servicios de salud. Se dará cuenta, de la

descentralización de los servicios de salud en el municipio de Toluca de 2009 a 2011, no sólo al amparo de la serie de disposiciones descritas en la ley o de lo que, de forma individual, su gobierno tuvo a bien planificar y hacer para estos años; la contemplaremos a través de los elementos y practicas comunes y actuales que, derivadas de esta, nos permitan apreciar una realidad biopolítica palpable.

Por último, en el cuarto capítulo, emitimos una serie de reflexiones finales de las cuales apuntamos: La centralización de la biopolítica y la descentralización política y no administrativa de los servicios de salud; la ubicación de la salud en un mercado muy cercano a las disfuncionalidades/anormalidades de los servicios públicos descentralizados; la participación de la población en la elección de su servicio, como indicativo de competencia o bien como democracia con tono biopolítico; el Imperativo normativo en la regularización de la población del municipio; las alternativas como la homologación del nivel de atención con el nivel de gobierno; las ventajas de la participación municipal; las reflexiones ante el contexto explicado; y la importancia del cuidado de sí.

La presente investigación, busca referenciar de forma complementaria, aunque siempre constante, a lo largo de la misma las carencias que surgen en el seno del municipio y de los niveles más próximos a la población, que fungen como la puerta

de entrada y primer contacto al/a los sistemas de servicios de salud a cargo del Estado. Pretendemos, así mismo, pronunciarnos a favor de una reivindicación de la capacidad de autogobernarse en las cuestiones que tengan que ver con la salud para así evitar, en la medida de lo posible, tanto la dominación exacerbada del estado, como el consumo que en esta materia oferta el mercado.

Nuestra pretensión por acercarnos desde la Ciencia Política y la Administración Pública hacia el ámbito de la Salud, encuentra su mayor razón en la alta consideración que se le da a ésta entre la población y el valor intrínseco que tiene para el Estado, que la asume como tarea fundamental de sus gobierno y la atiende por conducto de los Servicios de Salud; a estos, de igual forma, nos incorporamos como parte de un ambicioso proyecto por mirar de forma transdisciplinar los problemas de nuestra sociedad.

En la frase de Foucault con la que comenzamos este preámbulo apoyamos el presente trabajo de investigación, atendiendo las prácticas concretas del municipio de Toluca para que estas mismas nos lleven —tal vez de forma irónica y hasta paradójica— al universal biopolítico en el cual estamos insertos. A todo esto, presentamos la argumentación necesaria para la defensa y recontemplación de todo cuanto nos hemos propuesto.

Capítulo 1

¿Cómo entendemos la descentralización de los servicios de salud, en el municipio mexicano, a partir de una lectura biopolítica?

Tres conceptos, un enfoque: Biopolítica, Servicios de Salud y Descentralización de los Servicios de Salud

“¿De qué otra forma se puede amenazar que no sea de muerte? Lo interesante, lo original, sería que alguien lo amenace a uno con la inmortalidad”.

Jorge Luis Borges.

Biopolítica.

A comienzos del siglo XX el sueco Rudolf Kjellén introdujo el concepto de biopolítica. Varias décadas más tarde, sin ninguna referencia a los trabajos de Kjellén, Michel Foucault; teórico social, filósofo e “historiador de las ideas” de origen francés, se sirvió de este término para definir una de las dimensiones fundamentales de la política moderna: el gobierno de la vida biológica de la población.

A partir de este momento, el conjunto de significados que se despliegan para este neologismo, se desarrollan para atribuir los elementos para proponer y disertar sobre el cuerpo humano en el momento en el que es tomado por “las redes de lo político” (Bousquet,2010).

La biopolítica se conceptualiza como “una tecnología política que usa el poder de un saber, o un conjunto de saberes, para administrar y gobernar a través del control de los procesos biológicos del cuerpo humano. Un poder organizado en

torno la vida de la población” (Foucault,1976), que se ejerce “positivamente” al buscar el aumento, regularización, o bien su control preciso.

Para Foucault, el nacimiento de la biopolítica quedaba manifiesto cuando: “a diferencia de lo que ocurría en las sociedades medievales europeas, el arte de gobernar de finales del siglo XVIII, fecha de emergencia de la biopolítica, ya no consistía en hacer morir y dejar vivir, sino todo lo contrario en hacer vivir y dejar morir” (Castro Gómez,2006). En otras palabras, la biopolítica comienza a apreciarse cuando se trata de producir la vida de los súbditos, generando condiciones sociales, para que los cuerpos pudieran convertirse en herramientas de trabajo al servicio del reino y posteriormente del Estado.

Dado que el concepto ha sido nutrido y discutido a partir de su divulgación , para lograr precisión en nuestra exposición sobre el mismo y para que logremos su orientación hacia nuestro tema de investigación, de manera esquemática, nos hemos propuesto destacar algunos “elementos del concepto” constantes tanto en su definición, como en el presente documento; hay que insistir, que su integración resulta una tarea ambiciosa dado el dinamismo con el que estos se presentan y filtran en el devenir de la población para lograr, precisamente, que la biopolítica permanezca constante.

No obstante, subrayamos cuatro elementos que, en el sentido individual, o bien, en combinación, no sólo nos abrirán la posibilidad de una definición integral, sino que nos permitirán la lectura del fenómeno de la descentralización de los servicios de salud. Los elementos a los que aludimos, son: la Soberanía-Dominación y la Normalización; la Tecnología, como su forma de apreciación; y el Liberalismo-

Gubernamentalidad como el contexto de referencia. En líneas precedentes, nos permitiremos establecer el vínculo y el argumento necesarios para nuestra exposición.

Tecnología

La biopolítica es una tecnología del poder que tiene por objeto y objetivo la vida, que toma a los fenómenos biológicos, que son colectivos, y la manifestación de estos en los efectos económicos y políticos. Los fenómenos biológicos, son aleatorios e imprevisibles si se los toma a sí mismos individualmente, pero a nivel colectivo exhiben constantes, que son fáciles o, en todo caso, posibles de establecer, predecir o manipular; dichos acontecimientos en una población se desarrollan esencialmente en un límite de tiempo más o menos largo y, por tal motivo se consideran en función de su duración (Foucault, 1997:222).

El concepto de biopolítica nace junto con el de biopoder, ambos, como nuevas tecnologías de poder de las sociedades contemporáneas, que se ocupan de la administración de la vida. La biopolítica, circunscribe a los instrumentos de biopoder en su gestión de los asuntos humanos, junto con el uso de la burocracia y el resto de mecanismos de información y gestión que tiene el Estado en sus manos. El biopoder, ha servido para asegurar la inserción controlada de los cuerpos en el aparato productivo y para ajustar los fenómenos de la población a los procesos económicos (Foucault, 1976:185), por tanto, ha sido un elemento indispensable para el desarrollo del capitalismo, ligando los costos económicos,

sustracción de fuerzas y la medicalización¹ de la población, los progresos de la medicina y la biología, las disciplinas a las que se suma la ingeniería en las últimas décadas (en su rama genética, por ejemplo), la ciencia y la tecnología, al servicio del poder y todo cuanto expande sin cesar la capacidad de intervenir sobre todas las formas de vida.

Su evolución incluye, en un primer momento, a la anatomo-política, la forma de biopolítica más antigua en la que el soberano tenía el derecho, ejercido de distintas maneras, pero de orden jurídico, de hacer morir o dejar vivir —se trataba de un derecho de muerte y de vida, bajo un ser jurídico, el del soberano—. Era una relación de uno a uno, soberano a individuo, en la que la autoridad del soberano contaba con la capacidad de quitar o perdonar la vida de sus súbditos que desobedecían la ley aplicando castigos violentos en sus cuerpos. Para los siglos XVII y XVIII Foucault, considera una noción de biopolítica, bajo el estatuto disciplinario y a las técnicas sobre los cuerpos individuales, de vigilancia, ejercicio y adiestramiento con aplicación en las instituciones, especialmente la cárcel, el hospital, el cuartel, la escuela.

Desde fines del siglo XVIII y el siglo XIX, —aquí es dónde observamos una segunda etapa de la biopolítica—ya no se trata sólo del manejo del cuerpo individual sino de un cuerpo constituido a través de la multiplicidad, es decir la población; apreciada en dimensiones biológicas, científicas, políticas, cuyas manifestaciones del poder se dan bajo la forma de una relación de uno a varios, a saber: del Estado- gobierno a la población. Nacimiento, muerte y enfermedad son

¹ El término medicalización hace referencia a la función política que adquiere la medicina y a la intervención ilimitada del saber médico (Castro,2004).

palabras claves que se ponen en juego en políticas de natalidad, mortalidad y longevidad; en una intervención sobre la manera de vivir, y sobre el “cómo de la vida por parte del poder, para ampliarla, para controlar los accidentes, lo aleatorio, las deficiencias, de golpe la muerte, como término de la vida, es evidentemente el término, el límite, el extremo del poder” (Foucault, 1976: 221).

Estudiar las prácticas de la biopolítica como técnicas o tecnología consiste en situarlas en un campo que se define por la relación entre medios (tácticas) y fines (estrategia). Abordar el estudio del poder en términos de estrategia y de táctica, y no en términos jurídicos, implica analizar el poder como una tecnología, (Castro, 2004) como procedimientos que han sido inventados, perfeccionados y que se desarrollan sin cesar al servicio del poder. Foucault ha utilizado esta terminología y esta conceptualización, para establecer una metodología del análisis del poder.

En esta segunda etapa se trata de administrar la vida, de asegurarla, mantenerla y desarrollarla (Bousquet, 2010), de ejercer sobre ella “controles precisos y regulaciones generales”, (Foucault: 1976: 165), o bien, en el extremo, de terminar con ella cuando considera es perjudicial con respecto a la totalidad de la población; sin embargo, en ambas etapas es posible apreciar una profunda transformación de los mecanismos, técnicas y tecnologías de poder².

² Si nos acercamos a comparar una y otra forma de poder, hemos de observar su diferenciación, mas no exclusión, en los elementos que la constituyen, a saber: El objeto de la disciplina es el cuerpo individual mientras la biopolítica, atiende el cuerpo múltiple, la población, el hombre como perteneciente a una especie biológica; Las disciplinas consideran los fenómenos individuales, la biopolítica estudia fenómenos de masa, en serie, de larga duración; Las disciplinas consideran mecanismos de orden del adiestramiento del cuerpo (vigilancia jerárquica, exámenes individuales), la biopolítica utiliza mecanismos de previsión, de estimación estadística, medidas globales, por ultimo; la disciplina se propone obtener cuerpos útiles económicamente y dóciles

Soberanía-Dominación.

El tránsito de la anatomo-política a la biopolítica, puede dejarnos apreciar también el traslado de la concepción del poder como un derecho originario que se cedía a un contrato, como fuente del poder político y que combina los dispositivos disciplinarios cuyo fin era la individualización de los sujetos y la sujeción de su cuerpo al poder; para contemplar, propiamente, el paso de esa soberanía centralizada en la monarquía, a una soberanía que se *democratiza* y pasa a residir y/o a aplicarse a la población en la que ahora se manifiestan un conjunto de relaciones de dominación.

Abordar el ejercicio del poder sobre el cuerpo, mediante el uso de tecnologías, nos permite sumarnos a la tarea Foucaultiana que indaga en las “formas capilares” de su acción, no en el dominio que el grupo más alto en el poder ejerce sobre el otro que está desprotegido, sino el abordaje del conjunto de relaciones de dominación, de esta manera es posible integrar a la soberanía- dominación a nuestro concepto de biopolítica. Desde esta perspectiva, la biopolítica es una nueva forma de poder moderno, cuya característica fundamental, contiene la dialéctica individuo-sociedad e individuo-cuerpo: “[...] desde un comienzo, el Estado fue a la vez individualizante y totalitario” (Foucault, 1994:161).

“Hay momentos en que los ámbitos cotidianos se convierten en espacios estratégicos”, en el enunciado anterior se resume la mirada propuesta por Foucault a partir de la década de 1960, para acercarnos a las relaciones mínimas o meticulosas, a la “*microfísica del poder*”, como él denominó, es decir al poder ahí

políticamente, mientras la biopolítica persigue el equilibrio de la población, su homeostasis y regulación (Foucault, 1997: 216-220).

donde actúa, en las extremidades, en los puntos terminales, en la serie de actos pequeños, vulgares y aún mezquinos que establecen una compleja red, un entramado de relaciones que tiñe lo social en su conjunto.

Lo interesante de esta propuesta de análisis consiste en mirar lo obvio y lo repetitivo, lo que difícilmente puede ser percibido y menos aun analizado y, aunque existe la dificultad de aprenderlo por estar tan a la vista, posee una importancia singular, puesto que permite y posibilita las formas de dominio y, al mismo tiempo, forma parte de una tecnología de poder. En suma, se trata de todas esas relaciones cotidianas que son parte constitutiva del instrumental que se usa para el ejercicio del poder (García Canal,2002:33-34), sin saber que es el mismo que hace posible aquellas otras tantas que sí consideramos importantes, tales como el Estado, las formas de gobierno, las luchas organizadas.

Sintéticamente, y sin restar importancia, también es posible observar, el paso del arte de gobernar a una ciencia política. El tránsito de un régimen dominado por las estructuras de la soberanía a un régimen dominado por las técnicas, se lleva a cabo en el siglo XVIII, en torno a la población y, en consecuencia, en torno al nacimiento de la economía política” (Foucault, 1994). Las cuestiones de la soberanía y de las disciplinas se profundizan, pero desde la perspectiva del gobierno de las poblaciones. “De manera que es necesario comprender bien las cosas como un reemplazo de una sociedad de soberanía por una sociedad de

disciplina, y, más adelante, de una sociedad de disciplina por una sociedad gubernamental³.

Normalización

La biopolítica es un instrumento normalizador, es decir, es un recurso que intenta pensar, cómo se busca favorecer la emergencia de un tipo deseado de población a contra luz y mediante la exclusión violenta de su otredad. La biopolítica declara como enemigos de la sociedad a todas aquellas razas que no se ajustan a la norma poblacional deseada.

Prosiguiendo en la tónica de una definición, la biopolítica, es entonces, una tecnología de gobierno que hace vivir a aquellos grupos poblacionales que mejor se adaptan al perfil de producción necesitado por el estado capitalista y deja morir, en cambio, a los que no sirven para fomentar el trabajo productivo, el desarrollo económico y la modernización. Frente al peligro inminente que representan estos enemigos, la sociedad debe defenderse y para ello esta justamente la biopolítica” (Castro Gómez, 2006).

“El cuerpo ha pasado de un arte de las sensaciones insoportables a una economía de los derechos suspendidos” (Foucault, 1975). Los verdugos han desaparecido

³ Según Foucault (1994), bajo esta dinámica, continúa una sobrevalorización del Estado bajo el lirismo de un monstruo frío que nos enfrenta o bajo la forma, paradójica y aparentemente reductiva, de una limitación del Estado a ciertas funciones consideradas esenciales.

Las nuevas tareas de corrección han pasado a manos de vigilantes, médicos, capellanes, psiquiatras, psicólogos, educadores (García Canal, 2002)⁴.

Se desarrolla en esta sociedad, un vínculo paradójico: por un lado se individualiza a los sujetos para saber quiénes son, qué piensan , qué hacen, qué desean, no para aceptar su singularidad, sino para modificar sus conductas a fin de homogenizar dentro de la nueva categoría que ha sido inventada: lo normal. Este tipo de sociedad individualiza para poder homogenizar (ibid.,p.37).

La biopolítica, nos refiere a un tipo de poder que, en vez de ejercerse sobre sujetos jurídicos se ejerce sobre el conjunto de la población, considerada esta como un organismo sometido a los “avatares biológicos”, en cuyo esquema las disciplinas, variantes del biopoder, están circunscritas a la corrección y normalización de los organismos individuales a favor del organismo colectivo. El biopoder como administrador y gestor de la salud, la higiene, el sexo, la educación, el bienestar, etc. de los sujetos. (En el capítulo siguiente, abundaremos en las cuestiones de normalización).

Liberalismo-Gubernamentalidad

Ahora bien, Michel Foucault (2004), identifica tanto al liberalismo como al neoliberalismo justamente como esa racionalidad política que subyace a las nuevas formas de gobernar la conducta de las personas a través del poder

⁴ La biopolítica exige, conocimientos para conducir y guiar mejor y con mayor eficacia a los sujetos; conocimientos, por un lado, globalizantes y cuantitativos que se refieren a todos los ciudadanos y se inscriben en los estudios de población y en las estadísticas; y, por el otro lado, conocimientos analíticos, cualitativos, individualizantes, de cada uno de sus miembros, y así surgen los estudios de medicina, de psiquiatría, psicología y ciencias del comportamiento humano en general (García Canal, 2002).

disciplinario⁵ y, aún más, a través del poder biopolítico (*biopouvoir*). Aquí, la Biopolítica se reformula para mostrar su integralidad como la tecnología política de control de la vida biológica de las poblaciones. La hipótesis de Foucault es que el liberalismo se debe entender como “el contexto general de la biopolítica” (Foucault, 2007: 24; BioPolítica, 2008).

De esta forma, se presenta la interesante paradoja en la que el liberalismo, entendido como el discurso político que aboga por establecer límites absolutos a la intervención gubernamental en la vida privada de los individuos (límites impuestos por la autonomía —sea de los derechos individuales, sea del libre mercado— en relación al poder del estado) es, “en realidad, el vector principal de otro tipo de control, mucho más directo y abarcante, sobre la vida biológica misma de las personas” (BioPolítica, 2008). Foucault, aborda la cuestión del liberalismo como una práctica orientada hacia objetivos y regulada por una reflexión continua. El liberalismo, como un principio y un método de racionalización del ejercicio del gobierno.

A su vez, Foucault utiliza el término “gubernamentalidad” para referirse al control definido por: un conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, cálculos y tácticas que permiten el ejercicio del poder que tiene por objetivo principal la población; cuyo reflejo es la economía política que, a su vez, tiene por instrumentos técnicos esenciales a los dispositivos de seguridad.

⁵ Michel Foucault propone dos usos del término “disciplina” uno en el orden del saber, es decir como la forma en la que se controla la producción de nuevos discursos. El segundo uso en el orden del poder como el conjunto de técnicas utilizadas por los sistemas de poder para lograr la singularización de los individuos.

Se trata de la tendencia de Occidente hacia la preeminencia de este tipo de poder que es el gobierno sobre todos los otros –la soberanía, la disciplina–, y que, por otra parte, permitió el desarrollo de toda una serie de saberes; el proceso o, mejor, el resultado del proceso por el cual el Estado de justicia de la Edad Media se convirtió, durante los siglos XV y XVI, en el Estado administrativo y finalmente en el Estado gubernamentalizado.

El estudio de las formas de gubernamentalidad implica, el análisis de formas de racionalidad, de procedimientos técnicos, de formas de instrumentalización. La formación del Estado gubernamentalizado, coincide con la formación de la biopolítica, con la racionalización de los fenómenos propios de un conjunto de vivientes constituidos como “población”. La racionalización de estos problemas de la vida es un proceso que se inscribe en el cuadro de racionalidad política del liberalismo. La gubernamentalidad como una concepción del gobierno como ejercicios calculados y consientes del poder sobre terceros fundamentalmente, el uso de tecnologías para la regulación de la conducta.

La regulación de la población que realiza la biopolítica, es un elemento que se encuentra, según Foucault (2004), en la racionalidad neoliberal. Ya que el mercado es entendido como instancia que necesita ser construida por ciertas intervenciones que produzcan un marco óptimo para su funcionamiento, el neoliberalismo no es un simple gobernar menos, sino un gobierno a favor del mercado. Bajo el principio de máxima economía: los mayores resultados al menor costo.

Sus intervenciones se dirigen, por eso, a la sociedad marco a efectos del mercado

(Foucault: 2004: 180). De esta forma, una política neoliberal es siempre política de población (Foucault: 2004: 174), mientras que el mercado o la economía no son un campo político entre otros, sino un principio formal para organizar a la población. Así, el mercado es ampliado y generalizado al ámbito de lo social (Foucault: 2004:280). La sociedad – justo siendo objeto de interés y conocimiento– desaparece dejando lugar al puro mercado.

Desde la biopolítica, esto significa la regulación de la población con objetivos y métodos económicos (Bröckling: 2000: 132), disminuyendo progresivamente la efectividad de estrategias normativas y jurídicas y creando una “sociedad de empresa” (Foucault: 2004: 182) dentro de la perspectiva del cuerpo-capital del trabajador, las actividades en los ámbitos de formación, educación – también en el ámbito de salud e higiene – parecen inversiones para futuro capital humano (ibíd.,p.269).

La biopolítica ofrece un poder que debe ejercerse sobre los individuos —sobre la población que forman estos individuos— en tanto que ellos constituyen una especie de entidad biológica que debe ser tomada en consideración pues el descubrimiento de la población es, al mismo tiempo, el descubrimiento del individuo y del cuerpo adiestrable [dressable], el otro núcleo tecnológico en torno al cual los procedimientos políticos de occidente se han transformado” (Foucault, 1997: 193).

De esta manera, la biopolítica, nos permite dimensionar la entrada del cuerpo poblacional —susceptible a las enfermedades y a la salud, al bienestar o al malestar, a la alegría o al sufrimiento, en la medida en que es objeto de

sensaciones, deseos, etc. — en un ámbito en el que el ejercicio de las formas del saber o tecnologías al servicio del poder, son utilizadas mediante la racionalización de las tácticas del gobierno, para alcanzar un tipo de población apegada a la disciplina y, por lo tanto, a la normalización.

Por medio del “consumo de salud”, se dejan apreciar varios fenómenos que causan disfunciones en los sistemas de salud y la medicina contemporánea. De modo que, contrariamente a lo que cabía esperar, la introducción del cuerpo humano y de la salud en el sistema de consumo y mercado no elevó de una manera correlativa y proporcional el nivel de salud (Foucault, 1984) ni el fomento a la vida, más bien nos permite apreciar la competencia de quien la oferta como mercancía en el mercado.

El establecimiento, durante la edad clásica, de esa gran tecnología de doble faz —anatómica y biológica, individualizante y específica, vuelta hacia las realizaciones del cuerpo y atenta a los procesos de la vida— caracteriza a un poder cuya más alta función, como ya mencionamos, no es matar, sino invadir la vida enteramente.

Servicios Públicos de Salud.

En el apartado anterior mencionamos que los fenómenos biológicos contemplados a nivel colectivo permiten la identificación de sucesos continuos y hasta sistemáticos que son fáciles o, en todo caso, posibles de establecer, predecir o manipular y que los problemas propuestos a partir de la existencia de la propia población, permiten tomar en cuenta a los temas relacionados con la salud y, para el caso de nuestra investigación, lo relacionado con los servicios de salud, a través

administrados por el biopoder; sobre ambas vertientes, pero particularmente con la salud, podríamos indagar de la mano de su conceptualización, en el marco del contexto en que se le defina, ya sea como un elemento imprescindible del bienestar, como sustento para el pleno desarrollo de las capacidades para el trabajo, la educación y la cultura, etc.; o como un valor biológico o un bien social.

Una constante en las valoraciones que sobre la misma se tienen, ha sido la prevalencia de su consideración como una necesidad de apremio individual y colectivo, su alcance en estimación como un “bien común” o como necesidad existencial básica del ser humano; bajo esta lógica, la salud de hoy en día ha llagado a plantearse como un derecho⁶ a ser cubierto a través de los servicios de salud que resultarían esenciales e imprescindibles para todos los seres humanos.

Se ha determinado también, que el nivel de salud poblacional alcanzado por un mayor número o la totalidad de los habitantes es, sin duda, el más importante de los indicadores que dan cuenta incluso del desarrollo social de un estado. Así, como consecuencia, la permanencia de las tareas propias de la Salud se han unido para convertirse en un prioritario e innegable eje de acción para cada

⁶ “Según mi opinión, para la historia del cuerpo humano en el mundo occidental moderno sería necesario seleccionar los años 1940-1950 como un período de referencia que marca el nacimiento del nuevo derecho [el derecho a la salud], esta nueva moral, esta nueva política y esta nueva economía del cuerpo” (Foucault, 1999: 42). Como consecuencia de este proceso surgen dos consecuencias: el riesgo médico, o sea, la relación entre los efectos positivos y negativos de la medicina ;y la medicalización indefinida: la medicina se impone a los individuos como un acto de autoridad; el dominio de intervención de la medicina ya no concierne sólo a las enfermedades, sino a la vida en general. “Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones de normalización que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la petición del enfermo” (ibídem, p.50). En extensión sin límites del campo de la medicina, la salud cabe como un bien de consumo. “De este modo, el cuerpo humano entró dos veces en el mercado: primero, por el salario, cuando el hombre vendió su fuerza de trabajo; luego, mediante la salud” (ibíd., p.54).

gobierno que, a través de los servicios públicos de salud, articula los elementos necesarios para el cumplimiento de dicha garantía.

En el sentido en el que dirigimos esta investigación, la salud como servicio y como derecho administrado y cubierto por el Estado y por los saberes a su servicio, ha de contemplar, para su cumplimiento el corpus normativo, legal, y conceptual propuesto para tal fin. Lo que aquí se resalta es el deber que absorbe el Estado — presente en el municipio, a través de la tendencia descentralizadora— de realizar acciones en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud, salvaguardando con esto la vida, a través de los servicios de salud que ofrece.

La protección de la Salud que se hace mediante la prestación de los servicios de salud en manos del Estado, ha tomado diversas formas a través de su devenir histórico, dado que no siempre tuvo la misma importancia como tarea de gobierno⁷. Numerosos son los recursos que proyectan su evolución, pues las

⁷ A partir del siglo XVIII, en el orden de la aparición de la biopolítica, las conductas, los comportamientos y el cuerpo humano se integran a un sistema de funcionamiento de la medicina que, debido a su contemplación en términos de población, es cada vez más vasto y va mucho más allá de la cuestión de las enfermedades. De esta manera las sociedades modernas están sometidas a un proceso continuo e indefinido de medicalización. El proceso de medicalización de las sociedades occidentales modernas de la siguiente manera, puede resumirse en seis fases: a) A fines del siglo XVIII se forma una nueva *nosopolítica*, que no sólo se trata, como podría suponerse en concepto, de una intervención vertical y uniforme del Estado en la práctica de la medicina, sino de la aparición del problema de la salud en diferentes puntos del cuerpo social (población). Este cambio se presenta tras un movimiento de las técnicas de asistencia hacia los problemas de la salud; b) Esta nueva nosografía de fines del siglo XVIII se caracteriza por la medicalización privilegiada de los niños y las familias y por la preeminencia de la higiene y el funcionamiento de la medicina como instancia de control social. Por un lado, la familia, o mejor, el complejo familia-hijos, se convierte en la primera instancia de la medicalización de los individuos. Por otro lado, la medicina como técnica general de la salud (no sólo como ciencia de las enfermedades y arte de la curación ocupando un lugar cada vez más importante en los mecanismos administrativos y de gobierno del estado; c) Respecto de la evolución de la medicalización en el siglo XX, Foucault toma

necesidades de la población se han elevado de manera natural a causa de su crecimiento, de acuerdo a la situación económica, las patologías propias de cada época o los elementos de tipo ambiental, cultural y social; y también dependiente de los acontecimientos políticos y económicos del momento. En suma, debemos establecer que la evolución de los servicios de salud en tanto a su concepto se ha manifestado y evolucionado según el contexto que se le presente al Estado y a su población.

Para evidenciar lo anterior, hay que situar la reflexión en el propio progreso de la práctica médica institucionalizada es decir, al servicio del Estado, la denominada medicalización, en donde la salud, como concepto, ha transitado por diferentes dimensiones llegando al punto, en la actualidad, en el que se le contempla desde una visión más amplia y menos fragmentaria, más bien complementaria, que incluyen variables y externalidades —tecnologías—, políticas, económicas, sociales, ambientales, por mencionar algunas, que se consideran como las que hacen que la salud y, por lo tanto, la vida sean posibles.

Así, en recientes fechas ,y ubicados en la segunda etapa de la biopolítica, en su noción, la salud, como parte de las tareas del Estado ya es considerada

como fecha simbólica para el análisis el año 1942. Se trata del año de elaboración del plan Beveridge de organización estatal de políticas de la salud en Inglaterra. Ahí, el problema de la salud no se reduce a la necesidad de mantener la fuerza física nacional como capacidad de trabajo y de guerra. El derecho individual a la salud se convierte en un problema de estado; d) Consecuentemente, la moral decimonónica de la higiene será sustituida por la problemática del derecho a la salud y a la enfermedad. El derecho a interrumpir el trabajo se vuelve más importante que la obligación de la higiene; e) La salud ingresa en el campo de la macroeconomía. La atención de los problemas de la salud exige una política de redistribución de los ingresos y ;f) La salud se convierte en un verdadero objeto de las luchas políticas (Castro,2004).

como un deber o “norma social” que el poder está consignado a respetar y resguardar así como resguarda la vida, para proteger y hacer cumplir el derecho a la salud, obligándose a no violarlo, a evitar que terceros interfieran en la garantía del mismo y adoptar políticas y leyes necesarias para su ejercicio; de ahí que destaquemos la defensa de las alteraciones en la materia será a través de los servicios de salud (Jara, 2001).

La inclinación que hacemos hacia los servicios públicos de salud, parece obviarse cuando retornamos la idea de que estos forman parte de las tareas de Estado; no obstante, buscamos enfatizar el carácter general que los distingue en el sentido en el que, por tradición, se manifiestan en su prestación a la población como grupo, sin consideración especial a diferencias e iniciativas individuales, de tal forma que pueden, a su vez, proveerse a través de la participación pasiva de la población es decir sin su conocimiento, o incluso, de ser necesario, mediante una aplicación obligatoria —es el caso de las vacunas o programas de contingencia sanitaria— (Andersen y Anderson, 1998). En tanto que, cuando se trata de los servicios privados, estos deben ser solicitados por particulares para así ejercerse.

La atención a la salud de la población, práctica médica institucionalizada, o medicalización⁸, brindada a través de los servicios públicos de salud, nos permite apreciar a un Estado que funge como administrador y garante principal del “derecho” que sobre la misma se tiene y, para el caso de México, como cabeza,

⁸ En lo sucesivo, homologaremos los términos práctica médica institucionalizada con servicios de salud/servicios públicos de salud, en razón de la cualificación que Michel Foucault realiza para destacarla como: “una idea de asistencia controlada” que abarca esencialmente tres aspectos: otorgar atención médica, principalmente, a sectores sociales pobres; el control estatal de la salud en la fuerza de trabajo y más ampliamente todos aquellos fenómenos relacionados con la salud pública.

de un Sistema⁹ que busca agrupar, a la atomizada serie de entes –organizados bajo diversas estructuras sociales—que comparten el objetivo de la salud y de los que se prevé participación, desde un ámbito federal y local, así como de personas físicas o morales del sector social y privado.

De los servicios de salud, hay que acotar los efectos que su prestación o no, tienen sobre la salud y el impacto inminente sobre la vida de la población en términos de biopolítica; hay que establecer y entender que éstos se fundan en la norma social que dicta que todas las personas tienen derecho a los servicios de sanidad, como tiene derecho a la vida; bajo esta consigna, se minimiza, la capacidad de pago que tengan las personas al utilizarlos. Es por lo anterior que buscamos destacar que, si bien la salud es un derecho natural de todos los seres humanos, con mayor razón lo es que la vida es principio de este derecho y de todos los demás.

En nuestro país, los servicios de salud que son prestados a la población a través de los establecimientos públicos de salud, se rigen actualmente por el criterio de universalidad; sin embargo son fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios, según lo que enuncia la Constitución, la Ley General de Salud y leyes complementarias. Expuesto lo anterior apreciamos que, en teoría, a los servicios (públicos) de salud, se colocan ante la tarea de acercar y administrar, en

⁹ El cuidado de la salud de los mexicanos a través de los servicios de salud se divide, institucionalmente, entre los beneficiarios de la seguridad social (IMSS, ISSSTE, y otros organismos estatales), los protegidos por instituciones con servicios propios (Fuerzas Armadas, Petróleos Mexicanos) y los que constituyen la población abierta, que no tiene acceso a los servicios mencionados (SSA, Distrito Federal, algunos servicios estatales y municipales). Al respecto, cabe destacar que el Sistema de Salud mexicano ha evolucionado hasta convertirse en un conjunto de instituciones con problemas de articulación y sin posibilidades de ofrecer una cobertura universal (Narro-Robles et.al., 2004).

la multiplicidad de dimensiones que ofrece la biopolítica, a la salud de toda la población.

La tarea de los servicios de salud a través del criterio de descentralización, se basa en una actuación más cercana; ahí, donde la necesidad es más próxima a ser satisfecha, como una tecnología de contención para hacer frente al cuidado de la Salud, desde un primer nivel de atención, que es el que tiene como responsabilidad. Los servicios de salud, se dividen en tres niveles diferentes de acuerdo al padecimiento médico y a la evolución que éste presente. Un primer nivel de atención según Van der Stuyftl y De Vos (2007), cuenta con tres funciones esenciales, a saber: es el punto de entrada al sistema de salud, facilita y coordina el itinerario de su paciente en el sistema, y asegurar la integración y la síntesis de la información de salud de cada paciente. Además, integra recursos y tecnologías, organizados para resolver las necesidades básicas y las demandas más frecuentes en la atención de la salud de una población dada.

La atención primaria en los servicios de salud incluye por lo menos la educación concerniente a los problemas de salud prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; la promoción del aporte alimenticio y nutrición apropiada, el suministro adecuado de agua potable y el saneamiento básico; los cuidados materno infantiles incluyendo la planeación familiar; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y el control de las enfermedades endémicas locales; el tratamiento adecuado de las enfermedades comunes y las heridas y la provisión de medicamentos esenciales. A nivel nacional la efectividad es influida básicamente por el primer nivel de atención a través de las acciones de atención primaria de la salud, la importancia relativa del primer

nivel es el mejor indicador de impacto de los programas nacionales prioritarios (Kumate et. al, 1994:26- 37).

Se sabe que el primer nivel de atención funciona si se relaciona armónicamente con los otros niveles, porque así se le permite resolver a nivel local un elevado porcentaje de problemas de salud, seleccionando y derivando los casos que requieren otros niveles de atención. La importancia de resaltar la interacción entre los niveles de gobierno y los niveles de atención en salud, se conjuga al derecho absoluto, o por lo menos básico, que bajo la tutela del estado, se garantiza con las leyes correspondientes.

“Si los juristas de los siglos XVII y XVIII inventaron un sistema social que debía estar dirigido por un sistema de leyes codificadas, se puede afirmar que los médicos del siglo XX están por inventar o inventaron una sociedad de la norma y no de la ley. No son los códigos los que rigen la sociedad, sino la distinción permanente entre lo normal y lo patológico, la empresa perpetua de restituir el sistema de normalidad” (Foucault, 1994:50). El ejercicio moderno del poder responde al orden de la normalización de los individuos y de las poblaciones, por tal razón la medicina desempeñó y desempeña un papel fundamental en la formación de esta modalidad de ejercicio del poder.

Para terminar de argumentar los servicios de salud, es pertinente detenernos a contemplar la atención de la salud como garantía cuya cobertura no sólo debe ser asumida como parte de las tareas de Estado y apoyada necesariamente desde la medicina; debemos ampliar, además, su valoración como ese medio necesario

para la vida, cuya complejidad se eleva ante la problemática que se desprende de las múltiples causas que alteran a la salud y de los elementos que el estado, la población, y sin duda el mercado tiene para hacerle frente para evitar en el más extremo de los casos, la muerte de su población, estas apreciaciones nos llevan a observar el ejercicio biopolítico de los servicios de salud poniendo de relieve, la capacidad del Estado –presente en mayor o menor cantidad, según el orden de gobierno –, los medios de los que dispone la población para su acceso y la lógica comercial de quien, como alternativa, los provee de manera particular.

Descentralización de los Servicios de Salud y su apreciación biopolítica.

A partir de la década de 1980, el poder concentrado por una figura unitaria: el presidencialismo y/o por un nivel de gobierno: la centralización, asumida desde la federación, se transformó para transferir y redistribuir el ejercicio del poder político y sus competencias que permitirían visualizar su influencia biopolítica. La evolución no sólo se redujo a la relación Estado y población, sino que permitió observar formas capilares y sutiles de dominación que traen como elemento distintivo la relación con el mercado. El citado cambio, representa una reformulación de la dinámica de entre el gobierno y el gobernado, entre la forma de organización política y el individuo o la población, entre la soberanía y la dominación; recuerda, sin más, el tiempo de emergencia, de la propia biopolítica en el siglo XIX.

La forma centralizadora del despacho de los asuntos Estatales — Presidencialismo—, que imperaba en la época , comenzó a significar una traba

para el adecuado desarrollo del país, por su impacto en los diferentes sectores de la actividad económica y social (Ruiz y Lara, 1987); en el área de la Salud se manifestaba en la conversión, en la práctica, de las unidades que se coordinaban para la administración de los servicios de salud a nivel estatal y municipal, en dependencias federales, provocando un fenómeno en el que no se apreciaban realmente las necesidades de cada municipio, de manera que el orden de gobierno federal se veía saturado en demandas propias de la población que no obtenía resultados a nivel local (Soberón, 1986; Ziccardi, 1988:30).

La creciente centralización en la operación de los servicios de salud, el patrón de crecimiento del país y la evolución institucional de los mismos proyectaban: una insuficiente y desarticulada capacidad para lograr la plena cobertura de los servicios, una calidad diferenciada de los servicios entre instituciones y regiones, la ausencia de una entidad rectora que coordinara y condujera las acciones en esta materia¹⁰, además de una reducida participación comunitaria en el autocuidado de la salud y una deficiente prestación de servicios (Ortega,1987).

¹⁰ Siendo específicos, en el mes de agosto de 1981, por acuerdo del Presidente José López Portillo, se creó la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, con la finalidad de “determinar los elementos normativos, técnicos, administrativos y financieros de los servicios públicos de salud, a fin de integrarlos en un Sistema Nacional de Salud que diera cobertura a toda la población”.

Esa Coordinación surgió por la iniciativa del entonces Secretario de Programación y Presupuesto, Miguel de la Madrid, ya que dos ambiciosos programas de extensión de cobertura, sin ninguna coordinación ni vinculación entre ellos, le hacían cuantiosos requerimientos de recursos financieros. Por un lado, el IMSS-COPLAMAR, programa para la atención de la población abierta en zonas rurales a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y por otro, el de las zonas marginadas de las grandes urbes a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Surgió así el estudio in situ de la situación de los servicios de salud en 19 entidades federativas, el cual reveló la impostergable necesidad de descentralizar los servicios de salud.

En una lista no exhaustiva de la problemática en los servicios de salud que devino de la centralización de la época incluye: falta de insumos básicos, mantenimiento, inadecuado de equipo e instalaciones, injerencias políticas en el nombramiento de personal, uso inapropiado y robo de recursos, ausentismo laboral, control excesivo de las decisiones por la profesión médica, carencia de personal técnico de niveles medios, y falta de cumplimiento de horarios. Estos problemas, contribuyeron en gran parte a la ineficiencia y baja calidad de los servicios y generaron la constante desigualdad en la atención de la salud de la población.

A tono con procesos de cambio internacionales de la segunda mitad de la década de los setenta y principios de la década de los ochenta, comenzó un proceso cuya magnitud es posible apreciar, por estar unido a las experiencias de reforma en diversos sectores, incluyendo el de la salud, en el marco de cambios de mayor envergadura producidos por las relaciones entre la sociedad, el mercado y —en el caso de México—, también por la articulación de los distintos órdenes de gobierno, que dejaron ver su acento biopolítico.

Aunado a la situación política-administrativa de la época, de forma alterna, se presentaba una crisis económica en Latinoamérica y, por supuesto en México, que se había generado por la recesión y por la imposibilidad de los gobiernos centrales de pagar la deuda pública que habían acumulado, dicha situación que derivó en un aumento de la problemática, acentuada mayormente en los efectos referidos a la agudización de la desigualdad de los ingresos, aumento de la pobreza, indigencia, desempleo y desequilibrios regionales.

Conforme a esta notable urgencia de reformar en diferentes aspectos, como en el de los servicios de salud, de forma paralela, se manifestaba un aumento de interés

por el orden de gobierno municipal principalmente por parte de políticos, administradores y estudiosos que reivindicaban su importancia estratégica, en el proceso de cambio que viva el país. También se puso especial atención al segundo orden de gobierno. Un examen de las tendencias que subyacieron en reformas y adiciones legales que tuvieron lugar en esta época, llevó a reconocer que la competencia federal se había ensanchado dramáticamente (Valadés, 1979; Ruiz, 1990:97) en detrimento de los otros órdenes de gobierno.

Así pues, advertido un replanteamiento necesario, tendiente a mejorar la situación y las consecuencias de la misma, se planteó una de varias estrategias para disminuir el gasto, esta consistía en transferir (sin presupuesto) los servicios sociales, hasta ese momento a cargo de la federación, a los estados y/o municipios, a ese proceso se lo etiquetó como "descentralización" (Homedes y Ugalde, 2008).

La inclusión de los diversos rubros de acción del gobierno fue pensada en función del fomento al *bienestar* de la población, la situación alimentaria, la vivienda, la educación y por supuesto la prestación de los servicios de salud, entre otros, precisaban, por su importancia biopolítica, la llegada hacia todos los habitantes. En dicho contexto, referenciado por un poder oligárquico y unipersonal ejercido a través del poder Ejecutivo Federal, cuya continua absorción y centralización del poder se manifestaba en la disposición de los recursos fiscales, de programas públicos, de toma de decisiones políticas y económicas, así como de los ámbitos y de la construcción misma del desarrollo en sectores que deberían ser, de competencia original de las comunidades, municipios y de los estados soberanos

se hizo imperante la emergencia de la descentralización, de la cual destacamos su modalidad en servicios de salud.

A través del establecimiento de la descentralización, según la propia Secretaría de Salud (1996:3) se cumplirían varios propósitos: el primero de ellos era el político-administrativo, al fortalecer el federalismo y reintegrar a la esfera local las facultades que les eran propias al suscribir el pacto federal. Los procesos de descentralización pretendían avanzar otorgando a los niveles locales poder y autonomía administrativa; un segundo propósito fue el social, pues pretendió acercar a la población servicios fundamentales, que al ser prestados por los estados aseguran a los usuarios mayor eficiencia y oportunidad. Un tercer propósito, lo proponemos a partir de contemplar este cambio como biopolítico, es decir, que manifiesta a la descentralización como una forma de racionalidad del poder político ejercido en torno a la salud y que se instrumentaliza como una tecnología político-administrativa que hace uso del entramado burocrático existente o *ex professo* para distribuir o atribuir el poder y el uso de este sobre la vida.

Se trata de una situación generada en torno a la gubernamentalidad ya que referencia la economía del poder. La gubernamentalidad alude a las sociedades donde el poder es descentralizado y en las que sus miembros forman un papel activo en el ejercicio del poder, con lo anterior no se busca una alternativa de gobierno mínimo sino un gobierno minucioso en su ejercicio y a favor del mercado en un contexto neoliberal.

En este sentido, la descentralización desde la óptica biopolítica, es la racionalización, que se presenta en un esquema de economía del control preciso y

sofisticado, ahí donde comienzan a percibirse y a dominarse los procesos biológicos que generan una vida productiva al servicio del capital, lo cual quiere decir que va más allá del necesario acercamiento de un servicio estatal a toda la población, reconfigura la relación y/o percepción de esta ante la salud y así se manifiesta en cada una de las relaciones de poder que de esta se deriven.

Fue así como desde inicios del sexenio presidido por Miguel de la Madrid Hurtado¹¹ (1982-1988) comenzó a ponerse en práctica un conjunto de acciones relacionadas con las propuestas políticas que incluían a la “descentralización de la vida nacional” y al “fortalecimiento municipal” (Ziccardi y Martínez, 1988) como las estrategias rectoras adecuadas para hacer más efectiva la administración pública y para la multiplicación de los esfuerzos por el desarrollo en todo el territorio nacional (Soberón, 1986; Ziccardi, 1988:30).

A partir de dicho mandato presidencial se difundió, desde el centro, a la descentralización de la vida nacional como una necesidad social, un reclamo popular y un programa de gobierno. Al iniciarse dicha administración el propio Plan Nacional de Desarrollo, señaló como objetivos gubernamentales, a la descentralización de la vida nacional, al fortalecimiento y la ordenación de la actividad económica en el territorio nacional (Ziccardi y Martínez, 1988).

De acuerdo con Flammad (1997), Cabrero et.al. (1997) ,Fajardo (2004) ,Moreno (2001) Homedes y Ugalde (2008), Merino (2003), dado el escaso consenso entre

¹¹ El ex presidente de México, a través de las estrategias para la descentralización de los servicios de salud incluidas en su libro, “Hacia un Sistema Nacional de Salud”, presentó un trabajo que fue pivote para la implantación de las otras estrategias (sectorización, modernización de la SSA, coordinación intersectorial y participación comunitaria), pues la descentralización de la vida nacional fue uno de los principios básicos del programa de gobierno de Miguel de la Madrid, postulados desde su campaña política (Soberón y Martínez,1996).

los líderes del sector para el año 1984 un decreto presidencial¹² estableció que el primer y segundo nivel de atención de la otrora Secretaría de Salubridad y Asistencia se uniera con la red de IMSS COPLAMAR integrando un sistema de salud para la población no asegurada¹³; sin embargo dicho decreto no fue suficiente para que todas las entidades federativas se adhirieran al proceso, antes de diciembre de 1986, sólo 12 estados participaban en la integración orgánica; a finales de 1987 sólo 14 estados se habían descentralizado¹⁴.

Derivado de tal situación, la escena teórica también comenzó a contemplar las posibles razones por las que algunos estados se habían descentralizado y otros no, encontrando que los estados descentralizados tendían a ser más ricos, con mayor capacidad para proveer servicios a toda la población no asegurada, y tenían relativamente poca infraestructura del IMSS-COPLAMAR, también señalaron que uno de los factores más importantes había sido el apoyo de los

¹² Concretamente el Decreto por el que se descentralizan los gobiernos estatales los servicios de salud que presta la Secretaría de Salubridad y Asistencia en los Estados, y los que dentro del Programa de Solidaridad Social de Participación Comunitaria denominado IMSS-COPLAMAR, proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social.

¹³ En dicho decreto se enfatiza que la descentralización es un proceso gradual, ordenado por un programa que busca evitar deterioros en la operación de los servicios; se implica la evaluación de las acciones y se indica la extensión de la cobertura y el mejoramiento de la calidad, para dar efectividad a la nueva garantía constitucional. “También se establece en el decreto que los servicios de salud se descentralizarán a los gobiernos estatales con sujeción a un programa específico y a los acuerdos de coordinación”. Además, se menciona la elaboración de un Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para Población Abierta, responsabilidad conjunta de las Secretarías de Programación y Presupuesto y de Salud, y del IMSS donde se señalan las diferentes etapas del proceso de descentralización, así como sus características (Soberón y Martínez, 1996).

¹⁴ Para 1997 en una segunda etapa, de la política descentralizadora, comenzada en 1995 cada entidad federativa conformó un Organismo Público Descentralizado (OPD), instancia administrativa con personalidad jurídica y patrimonio propio, encargado de dirigir, administrar, operar y supervisar los establecimientos de servicios de salud transferidos por la SSA a los gobiernos estatales, administrar los recursos asignados, las cuotas de recuperación o de cualquier otro título legal e integrar un acervo de información y documentación que posibilitara a las autoridades e instituciones competentes la investigación, el estudio y el análisis de la salud. Los dos últimos estados que se incorporaron a la descentralización fueron Baja California Norte y Chihuahua, en 1998.

gobernadores de los estados a la descentralización. Aunque se esperaba que las legislaturas y secretarías de salud de los estados descentralizados definieran el sistema de prestación más adecuado para su población, en la práctica los estados siguieron las directrices que dictaba la SSA.

A pesar del interés en el gobierno municipal, la descentralización de los servicios de salud a este nivel, fue planteada sólo como posibilidad en la planeación del proceso de los ochenta, aunque, de hecho, se llegaron a implantar acciones de esta naturaleza en algunos estados como Guerrero que puede proporcionar una lección importante al respecto, pues en un principio se llegó a formalizar la descentralización a 46 de sus 75 municipios y después hubo que revertir a sólo los cinco municipios más grandes: Acapulco, Chilpancingo, Iguala, Taxco y Zihuatanejo (Soberón y Martínez, 1996).

Lo que sí se trabajó de forma paralela y bajo una consigna de totalidad, aunque sin abandonar las pretensiones descentralizadoras, fueron los enfoques de reforzamiento de los sistemas locales de salud (SILOS)¹⁵ y de municipio saludable¹⁶ que ha promovido la OPS. La promoción hacia el nivel municipal

¹⁵ Un SILOS, se define como una organización institucional responsable de la salud de su población, que ejecuta acciones de prevención, curación y rehabilitación en un espacio geográfico definido, donde integra, coordina y moviliza todos los recursos existentes, privados y públicos, y sobre todo los de la comunidad, que participa responsablemente en la búsqueda de su salud. Los SILOS deben tener capacidad para resolver sus problemas dominantes de salud, por lo que deben contar con poder de decisión y autonomía de gestión; son la expresión, en el sector salud, de la delegación de poder al nivel local. Los SILOS son parte integrante del sector salud, con las características de descentralización y desconcentración definidas por el Estado (Sotelo y Rocabado, 1994)

¹⁶ El Municipio Saludable se define como una estrategia alternativa y favorecedora de una distribución más amplia y equitativa de la salud, la OPS (1992) lo concibe como aquél en que las autoridades políticas y civiles, las instituciones y organizaciones públicas y privadas, los propietarios, empresarios y trabajadores, y la

coloca a la autoridad en un nivel lo más próximo a donde se originaban los problemas y donde era vital una toma de decisiones cuya responsabilidad y capacidad corresponderían a un nivel inferior de gobierno cuyos recursos pudieran resolver las contingencias presentadas. El apoyo se hizo sentir, por diferentes personalidades que señalaban, que “las naciones son organizaciones que deben tener una escala óptima para funcionar con eficiencia, de manera que si se rebaza el tamaño de la organización, aparecen ineficiencias que se traducen en redimensionamientos”.

En ciertos servicios o en determinadas actividades, que la organización no fuera de carácter nacional, si no de carácter estatal o en su caso municipal revelaba la posibilidad de una gestión productiva (Ruiz, 1990:100). Se manifestaba una clara y paradójica confluencia entre el pensamiento neoliberal, promotor de la libertad de acción del individuo, y el pensamiento democrático que apunta que los resultados generan en el seno del colectivo y además local.

La descentralización en sentido estricto dictaba la transferencia a la administración pública local de facultades y con ellas programas y recursos, que eran ejercidos bajo la tutela del órgano que las traspasó. El órgano que recibiría las facultades (estado, municipio) tendría su personalidad y patrimonio, así como *autonomía política*, y no se hallaría bajo el control jerárquico del transmisor (Ruiz Massieu ,1990:372).

sociedad, dedican constantes esfuerzos a mejorar las condiciones de vida, trabajo y cultura de la población, establecen una relación armoniosa con el medio ambiente físico y natural, y expanden los recursos comunitarios para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la cogestión y la democracia. Se presenta como un movimiento con propuestas para la superación del modelo de atención de salud centrado en el hospital y dedicado exclusivamente al tratamiento médico de individuos enfermos.

La descentralización, y concretamente la descentralización de los servicios de salud, surgió como respuesta a una forma de actuar, propia de gobiernos latinoamericanos, en la cual se denotaba una concentración, o centralización, política¹⁷ y administrativa¹⁸, representadas en la influencia de los agentes de las estructura centralizadas en dominio de los escenarios locales y, subsecuentemente, en una potencial heterogeneidad de respuestas para atender a una serie de demandas sociales propias de niveles de gobierno más cercanos a la población, el campo de la salud, por supuesto, no fue ajeno a este proceso concentrador¹⁹ (Ruiz y Lara, 1987).

Hay que señalar también que la descentralización se asumió en México como parte de un contexto inquietante, coincidente también en más de un país latinoamericano, así como por las razones de apoyo a la revitalización y procesos de Reformas de los Estados que incluían las Reformas a los Servicios de Salud, apoyadas por organismos de reconocimiento financiero y político mundial. Y es que, en efecto, parte de las Reformas de Estado, la descentralización obedece a

¹⁷ La centralización política se define como una forma unitaria de la organización del Estado en virtud de la cual la actividad pública corresponde a órganos o asociaciones políticas con competencia limitada a una región o localidad (Anaya,1997).

¹⁸ En el caso de la centralización administrativa esta es la forma de organización en la que se concentran todas las facultades o atribuciones, así como las funciones decisorias, de planeación, de programación, de presupuestación, de organización, de control, de asignación de los recursos humanos y materiales, e inclusive las de emisión de la normatividad en un solo órgano central que por lo general no cuenta con representación o delegaciones para el resto del territorio (Anaya,1997).

¹⁹ El proceso de centralización que había vivía México se explicó, en un primer momento con el propósito de integrar a la nación cultural, política, social y económicamente (Ruiz, 1990:100) después de acontecida la revolución, sin embargo se había abusado de dicho proceso, de modo que llegó a desvirtuarse y a generar malestares que se generalizaron. El proceso de centralización en el campo de la salud se explica en términos biopolíticos, en líneas precedentes nos dedicaremos al tema.

la implantación de las políticas neoliberales promovidas por Estados Unidos y Reino Unido, bajo su influencia y con el consentimiento de los demás países occidentales, el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM), los bancos regionales multilaterales, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), y otras instituciones supranacionales.

En el transcurso de nuestra investigación, es preciso que reconozcamos y tengamos en cuenta la ganancia de integrar nuestra explicación al contexto del proceso de neoliberalización de México que justo empezó en la misma época de modernización en la salud y tomó en cuenta, subsecuentemente, a la política de descentralización como parte de este proceso.

El plan de acción incluía que los gobiernos redujeran el gasto y liberaran fondos para pagar la deuda haciendo frente al fuerte centralismo y a las ineficiencias administrativas y falta de adecuación de los servicios necesarios y más cercanos que demanda la población; para resolver la crisis se recibieron fondos de las instituciones multinacionales que impusieron los ajustes estructurales para solventar la distribución de responsabilidades, recursos y decisiones que se tradujeran en la propuesta descentralizadora que abrazaban tanto los organismos internacionales como los países a los que fue propuesto.

Un principio fundamental que, sin duda, guió el proceso de descentralización, fue el gradualismo, mismo que, hay que decirlo, no sólo se refirió a la parte de la implementación administrativa sino, nuevamente, a la aceptación de un nivel de gobierno cercano y de sus esquemas de ejercicio del poder sobre la vida, como ya mencionamos no todos los estados se incorporaron de inicio a la descentralización, pero los que así lo hicieron, trabajaron por medio de dicho

principio, que determinó —desde el centro— que los estados asumieran la responsabilidad en cuanto desarrollaran la capacidad necesaria para poder absorberla. Asimismo, no todas las funciones, las facultades y los recursos se les transfirieron en forma simultánea. Ante el dilema de fortalecer los servicios para poderlos descentralizar o de descentralizar los servicios para poderlos fortalecer, se escogió una solución de medio camino, es decir, fortalecerlos hasta el punto en que pudieran ser descentralizables y, una vez dado este paso, continuar su fortalecimiento.

Sin embargo, no todas las entidades federativas participantes poseían las mismas capacidades de gestión ni cuentan con los mismos recursos y por esa razón, el proceso de descentralización debía de ser cauteloso, a fin de que se hiciera la transferencia sólo cuando hubiera capacidad de respuesta, bajo esta condición no hubo más que destacar que hay muchos municipios pequeños que no podían asumir la responsabilidad y en ellos subsecuentemente vivía una población a la cual no podría protegérsele desde lo local.

El gradualismo también fue ese elemento que destacó que algunos municipios, si bien constituyen el nivel de gobierno de primera instancia necesario para lograr cumplimiento del derecho a la protección a la salud y para la contención de problemáticas particulares, también manifiesta que en lo administrativo-técnico permanecerían subordinados a la federación y al poder inminente que esta seguiría teniendo sobre la vida. Lo anterior no quiere decir que la biopolítica se haya dejado de descentralizar en los municipios de bajos recursos, o que no sólo se ejerciera en la población con acceso a los servicios de salud, el poder que el Estado tiene sobre la vida no distingue niveles de gobierno, aunque sí se apoya de

estos; este poder es individualizante y totalizador, y se presenta en las interacciones más mínimas; es por esta razón que podemos concatenar la tendencia a tratar de mirar los asuntos de índole social con enfoque privatizador, que se da en el orden del neoliberalismo imperante, y a su ideología basada en que el sector privado es más eficiente que el sector público y en que el gobierno grande corrompe. En este sentido, la biopolítica avanza por otros medios que van más allá del estado, sin omitirlo o eliminarlo, sino simplemente obedeciendo al orden de los fines de económicos que dirigen la racionalización de su poder.

Bajo esta tendencia, es posible articular que puesto que el rol del Estado debe ser reducido y el sector privado debe asumir las funciones que hasta ahora había ejercido el Estado, tal cambio se conseguirá con la privatización de todas las actividades posibles incluyendo, por supuesto, a la salud. En la dinámica neoliberal, la participación del Estado en la producción de servicios y bienes de consumo es un “anatema” (Homedes y Ugalde, 2008). Desde su perspectiva, el nuevo rol del Estado se limita a regular al sector privado para controlar posibles abusos.

Es así como, en el marco de la reconfiguración de las relaciones entre sociedad, gobierno y mercado, un cambio biopolítico, dedicado a los servicios de salud, propone nuevas dinámicas democráticas, neoliberales y burocráticas creadas y justificadas para aplicarse y reproducirse a la par del discurso que acepta el poder sobre la salud y la vida; para asimilar la presencia de una serie de saberes utilizados para administrar y gobernar los procesos de población ;y, paralelamente, para producir la libertad de consumo que la población o el sujeto se hará cargo a través de las ofertas del mercado y tras la regulación del gobierno.

Capítulo 2

La vía legal, como elemento de la pirámide normativa-biopolítica que le da sustento al actuar del municipio, sobre el cuidado de la salud.

“De estas calles que ahondan el poniente, una habrá (no sé cuál) que he recorrido ya por última vez, indiferente y sin adivinarlo, sometido/a quien prefija omnipotentes normas y una secreta y rígida medida a las sombras, los sueños y las formas que destejen y tejen esta vida”.

Limites. Jorge Luis Borges.

Ley y Norma

En el presente capítulo, nuestra intención es abordar una de las vías mediante la cual es posible la implementación de la descentralización de los servicios de salud en el municipio, nos referimos a la vía jurídica²⁰, bajo la cual se funda la intervención del estado, presente en el municipio, en la salud de la población.

Para tal efecto, pretendemos traer a la luz una parte significativa del cuerpo legal sanitario desplegado como consecuencia de la descentralización de los servicios

²⁰ Es preciso advertir que, como expusimos en el primer apartado, existe otra vía por cual avanza la descentralización, nos referimos a un derrotero constituido por los convenios de coordinación, que abarcaran los programas estatales y/o municipales que la incluyen para brindar mejores servicios de salud que lleguen a toda la población del país: La vía programática. Sobre esta táctica, es necesario apuntar que por el hecho de ser más especializada y de abarcar por separado a cada uno de los municipios, se abordará, aunque implícitamente, en el apartado que se refiere al estudio de nuestro municipio.

de salud, permitiendo el diálogo teórico con el entorno biopolítico a través de la categoría de análisis, norma.

“Un poder que tiene como tarea tomar la vida a su cargo necesita mecanismos continuos, reguladores y correctivos”. En la biopolítica, la institución judicial se integra cada vez más en un *continuum* de aparatos (médicos, administrativos, etc.) cuyas funciones son sobre todo reguladoras, con esto no se quiere decir que la ley se borre, ni que las instituciones de justicia tiendan a desaparecer” (Foucault, 1998: 175), sino que forman parte de un todo que instrumentaliza el ejercicio del poder sobre la vida.

Para Foucault (1975), en su forma moderna, el poder se ejerce cada vez más en un dominio que no es el de la ley, sino el de la norma. El biopoder define el verdadero objeto del poder moderno, esto es, la vida, biológicamente considerada. El concepto de normalización se refiere a este proceso de regulación de la vida de los individuos y de las poblaciones.

Foucault (1975:185) establece cinco diferencias fundamentales entre la norma y la ley:

1) La norma refiere los actos y las conductas de los individuos a un dominio que es, a la vez, un campo de comparación, de diferenciación y de regla a seguir (la *media* de las conductas y de los comportamientos). La ley, por su parte, refiere las conductas individuales a un *corpus* de códigos y textos.

2) La norma diferencia a los individuos respecto de este dominio considerado como un umbral, como una media, como un *optimum* que hay que alcanzar. La ley especifica los actos individuales desde el punto de vista de los códigos.

3) La norma mide en términos cuantitativos y jerarquiza en términos de valor las capacidades de los individuos. La ley, en cambio, califica los actos individuales como permitidos o prohibidos.

4) A partir de la valoración de las conductas, la norma impone una conformidad que se debe alcanzar; busca homogeneizar. A partir de la separación entre lo permitido y lo prohibido, la ley busca la condena.

5) Finalmente, la norma traza la frontera de lo que le es exterior (la diferencia respecto de todas las diferencias): la anormalidad. La ley, en cambio, no tiene exterior; las conductas son simplemente aceptables o condenables, pero siempre dentro de la ley. La norma se convierte en el criterio de división de los individuos.

Imperativo normalizador en las leyes desplegadas para la Descentralización

La norma es lo que puede aplicarse tanto a un cuerpo que se quiere disciplinar, o bien, a una población que se quiere regularizar. Nuestra inquietud por retomar la vía jurídica, que busca la operacionalización de la descentralización de los servicios de salud y su relación con la norma, se presenta en función de la propuesta de observar que la descentralización, la salud y la vida misma, requieren de una justificación más grande para que el poder intervenga sobre ellas. La formación del sistema jurídico, oculta la implementación del poder y de su función disciplinar o bien, normativa.

Por esta razón, en las constituciones, las adiciones a los artículos, los códigos, las leyes, los bandos municipales etc., el análisis se da a partir de su trasfondo normativo, pues “toda la actividad legislativa permanente y ruidosa no deben

engañarnos: son formas que tornan aceptable un poder esencialmente normalizador” (Foucault, 1976:175).

Foucault (2004) mencionaba, que si hay algo que está del lado de la ley, de la muerte, de la transgresión, de lo simbólico y de la soberanía, es la sangre que se derrama tras la violación de esta; en tanto que la salud está del lado de la norma, del saber, de la vida, del sentido, de las disciplinas y de las regulaciones. “El dibujo general o cristalización institucional de la biopolítica toma forma en los aparatos estatales, en la formulación de la ley, en las hegemonías sociales” (ibid., p.112).

La descentralización de los servicios de salud en México, incluyó la modernización e introducción de legislación sanitaria que, permitiera impulsar su aplicación, y posterior éxito, abarcando toda una “pirámide normativa” (Ruiz Massieu, 1990) que incluyera cada orden de gobierno, misma que proyectaba —como analizaremos— la transición, en términos biopolíticos, del concepto de salud desde el Estado, además de regir el actuar del municipio sobre sus servicios de salud.

El análisis foucaultiano del poder, está centrado en el funcionamiento; desde esta perspectiva, Foucault (1975) sostuvo que para abordar la cuestión del poder es necesario dejar los conceptos tradicionales de “ley” o “soberanía”. El concepto de normalización se refiere a este proceso de regulación de la vida de los individuos y de las poblaciones. En este sentido, nuestras sociedades son sociedades de normalización (Castro, 2004).

“La sociedad de normalización es una sociedad en la que se cruzan, según una articulación ortogonal, la norma de la disciplina y la norma de la regulación.

Decir que a partir del siglo XIX el poder ha tomado posesión de la vida, apunta que ha llegado a cubrir toda la superficie que se extiende de lo orgánico a lo biológico, del cuerpo a la población, por medio del doble juego de las tecnologías de disciplina, por una parte, y de las tecnologías de regulación, por otra” (Foucault, 1997: 225).

Desde 1982 y hasta 1985, en el cuadro de la emergencia del modelo neoliberal fue posible contemplar, el despliegue de todo un marco legal, sin precedentes, en torno a diversos temas sobre los que su fuerza biopolítica se dejó ver; en la salud y la descentralización, como nueva dinámica administrativa, se logró apreciar la conexión racionalizadora de la tarea gubernamental que, adicionalmente, establecería una nueva manera de concebir a la propia salud, de atenderla y hasta de ofertarla.

Se trataba de un recurso de transferencia de las funciones, competencias o responsabilidades, recursos y decisiones con los que será posible el fortalecimiento, dinamismo y búsqueda de mayor eficiencia en la administración pública, devolviendo a la esfera local las facultades, que para el caso de la salud, tenía desde los tiempos de la conquista.

El fundamento jurídico de la descentralización de los servicios de salud, fue implementado con vistas a mejorar los resultados, a nivel administrativo; como primer y más importante consecuencia, se esperaba un impacto en las condiciones de salud de la población, en seguida un acercamiento de la autoridad local con la población demandante de servicios de salud; también, se buscó la revitalización de la relación entre los niveles de gobierno para la posterior ejecución exitosa de las funciones del municipio en las actividades sanitarias; sin

embargo estas no fueron las únicas expectativas, al respecto discutiremos, en líneas precedentes.

Tres ejemplos sobre el tema para una mayor comprensión del caso:

La protección a la Salud: Artículo 4° Constitucional.

La primera y más grande modificación legal necesaria para dar pie al proceso de descentralización de los servicios de salud, fue la establecida el 3 de Febrero de 1983, en un decreto que adicionó a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos un párrafo que incorporó por primera vez en la historia el Derecho a la Protección de la Salud, en su artículo cuarto, el cual se cita a continuación:

“Toda persona tendrá derecho a la protección de la salud, la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73”.

La adición al artículo cuarto constitucional, deviene importante para nuestro estudio, porque a partir de ésta, será posible apreciar, los elementos que nos permiten una lectura más detallada, desde la biopolítica, en el cambio en el concepto de la salud presentado desde el Estado, que mostraba pretensiones de redistribuir, devolver u otorgar facultades al poder municipal mediante la descentralización para su mayor realización; situación que ,sin embargo, ya sucedía pues en el ejercicio del poder que ofrece la biopolítica , el extremo de su uso se detalla en las formas capilares en la que se deja ver el poder de Estado con relación a la población y de la población misma entre sí.

A partir de esta adición constitucional , fue posible apreciar también una transición del Estado liberal al Estado social de derecho y, posteriormente, a un Estado en plena asimilación del neoliberalismo, esto quiere decir que visualizamos el momento histórico en el que se comenzó a legislar en relación a la protección de la salud de la población en su totalidad, de manera tal que se transformaron los fines que tutela y protege el Estado, pasando del individualismo personal²¹ y liberalismo económico, a la concepción de los derechos sociales²² del ser humano, llegando nuevamente a la creación de libertad a favor del mercado.

Desde la óptica biopolítica, el tránsito del manejo de la salud de la población sería el siguiente: de su paso por las funciones inicialmente identificadas de atención curativa, a cargo de las instituciones asistenciales de caridad; al concepto de salud pública o de salubridad con orientación al cuidado de las colectividades; a un

²¹ Es en este momento, donde manifiesta el Estado de de Derecho puesto que se percibe como “Aquel Estado dentro del cual se presenta una situación en la que su poder y actividad se encuentran reguladas y controladas por el derecho; donde la esfera de derechos individuales es respetada gracias a la existencia de un sistema de frenos y contrapesos que permite un adecuado ejercicio del poder público”(Martínez y Martínez, 2007).Recordemos que en teoría, la proclamación del Estado de Derecho surge como oposición explícita al Estado absolutista. En esta última forma de Estado, los titulares del poder o soberanos era absolutos, o sea que se liberaban de cualquier poder superior a ellos. De modo tal que se transforma también el concepto básico de la soberanía jurídica, al hacer vivir y dejar morir.

²²La diferencia entre el bienestar promovido desde el Estado y el bienestar entendido como una elección pertinente de los consumidores en un contexto económico y social fundado en el mercado, estriba en el reconocimiento que hay ciertos bienes y servicios colectivos que requieren ser organizados por el Estado en virtud de que satisfacen las necesidades que no pueden dejarse al libre albedrío del mercado. Es la solidaridad vista como un derecho y no como una caridad, tal y como se visualizaba en el capitalismo liberal. Como consideración, tomemos en cuenta que la noción de derecho social es un elemento consustancial de la política social de salud.

concepto de salud integral²³ contemplado como un valor de la población, causa y efecto del desarrollo y no sólo como una condición biológica y/o psicológica.

En este sentido, la salud y la vida misma pasaron a contemplarse, como un bien de propiedad individual; un “bien propio que reclama para su realización efectiva el concurso de los poderes públicos” (Leal, 2009), que posterior a la década de los ochenta, funcionarían bajo la dinámica de la descentralización. Mientras tanto, es importante dimensionar que entre la prerrogativa de la protección a la salud — consagrada como un derecho social que conjuntamente sobresale de entre las garantías individuales—y la descentralización de los servicios de salud a nivel municipal se deja ver, adicionalmente, una constante de mayor envergadura, que no es conveniente ignorar, a saber: la democratización.

De modo tal que, sobre el modelo económico y la dinámica de la administración pública se busca “privilegiar” el acceso total y las garantías colectivas que se materializarían en los Servicios de Salud. Dicha imagen, que de inicio es paradójica, resulta comprensible, si atendemos a las observaciones de la evolución del amplio concepto de salud en México. Con anterioridad, en el orden constitucional de México, los problemas de salud habían recibido diferentes tratamientos a través de reformas y adiciones, hasta desembocar en varios

²³ De modo más general, se puede afirmar que la salud se convirtió en un objeto de intervención médica en todo lo que garantiza la salud del individuo, ya sea el saneamiento del agua, las condiciones de vivienda o el régimen urbanístico [...] el campo de intervención médica, no sólo se vincula a las enfermedades (Foucault, 1990).

preceptos que, si bien no abordaban de manera directa el problema de la salud para la totalidad de la población, sí incidían sobre él²⁴.

El proyecto de la descentralización de los servicios de salud, fue fundado en el contexto de la aspiración por una *sociedad igualitaria* —democrática—, en la que todos los mexicanos tuvieran acceso a los servicios de salud y cobertura universal; derroteros principales por los que, se pensaba, transitaría el cambio estructural, que impactaría en la consecución de dicho propósito, la meta en sí se volvió la salud dejando en segundo plano la posibilidad de verla como un medio para lograr otros fines.

Así pues, la salud fue estableciéndose como un elemento imprescindible del bienestar que daría sustento al pleno desarrollo de las capacidades para el trabajo, la educación y la cultura; bajo esta dinámica, el concepto se socializó más allá de ser un recurso biológico, para ser un bien de la población. La salud se constituyó como un derecho esencial, sin omitir que a partir de esta condición, el nivel de salud poblacional sería, sin duda, el más importante de los indicadores que dieran cuenta del desarrollo social y las buenas políticas del país. Bajo esta perspectiva, es importante reconocer que al consagrarse la salud como un derecho social, se delimitó el derecho a la protección de la salud y no a la salud *per se*, pues, si bien el Estado debe la protección de la salud a la población, se

²⁴ En la Constitución de 1917, el Estado ya se asume un papel destacado en materia de salud fundando lo que podría denominarse salubridad nacional, otras determinantes legales y la aparición de instituciones de Salud a través de los siguientes años, pusieron en el plano material, la persistencia e importancia del tema; sin embargo no fue hasta la adición constitucional de 1983 cuando la protección a la salud, se aprecian desde una postura oficial, como un derecho que el Estado Mexicano, en todos sus órdenes de gobierno, debería cumplir conforme a los principios de equidad y justicia que, con vocación humanista, asumió, para tal fin. (Acuerdo Nacional para la Descentralización de los servicios de Salud, 1996).

deja a cada individuo la capacidad de prevenir o consentir las acciones tendientes al cuidado, rehabilitación y mantenimiento de su salud.

Cabe señalar, que para posibilitar el acceso a todos los mexicanos de la salud — concebida para ser protegida a través de un servicio—el Estado, actuaría bajo una concurrencia de esfuerzos para instrumentar una “Política Nacional de Salud” en cuyas bases estuviera: la distribución de responsabilidades en los tres órdenes de gobierno²⁵; la integración de un Sistema Nacional de Salud, coordinado, articulado y depositario del ordenamiento recursos ;y la racionalización de los servicios de salud por parte de una entidad rectora que fue la Secretaria de Salud (Ortega,1987:39).

La Ley General de Salud

Por otra parte, para la instrumentación del artículo cuarto constitucional en lo relativo al derecho —social— de la protección de la salud, se expidieron disposiciones reglamentarias y un sinnúmero de reformas legales, una de las más importantes, entró en vigor el 1o de Junio de 1984 y sostuvo la articulación de materias de salud y su desglose a plenitud, la regulación de manera general de los diferentes aspectos del vasto campo de la salud, las bases y modalidades para el goce del mismo; nos referimos a la ley reglamentaria del derecho a la salud: la Ley General de Salud.

²⁵ Lo que existió formalmente fue un desahogo de las cargas de trabajo administrativo para la Secretaría de Salud, que permitiría su eficaz re orientación como instancia normativa y operativa en aquellas materias que eran de ejercicio exclusivo de la Federación (S.S, 1996:4), como la gestión financiera, derivando, progresivamente, a las entidades paraestatales del sector, a los estados y a los municipios.

Mediante la Ley General de Salud, que es reglamentaria del derecho a la salud, se determinó un esquema de distribución de competencias entre la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general; así mismo, se previó la participación de los municipios en los términos que se convinieran con los respectivos gobiernos estatales determinando un reparto descentralizador de las competencias sanitarias de particular trascendencia, recordemos que se buscaba, ante todo, revertir la tendencia altamente centralizadora que experimentó el país en esta materia; subrayamos nuevamente, la presencia del municipio como nivel de gobierno de primera instancia, de suma importancia para el gradual cumplimiento del derecho a la protección a la salud (ENLE; 2000), pues la atención se determina más cercana a las necesidades de la población.

Para asegurar la unificación técnica que es indispensable en esta materia, se tuvo a bien el establecer tres tipos de salubridad: La salubridad general “federal” que normará técnicamente y operará la Federación; la salubridad general de las entidades federativas que legislarán y operarán éstas, pero que se sujetarán a las normas técnicas federales; y la salubridad local que quedará íntegramente en la esfera de las entidades y, en su caso, de los municipios del país, según las disposiciones del derecho local (Ruiz, 1990).

Acorde con las reformas legislativas, se continuó con los siguientes niveles de la pirámide normativa, tal fue el caso de las constituciones locales y la expedición de leyes estatales de salud; así, las leyes generales establecieron y precisaron el carácter de concurrencia de la salubridad local de las entidades a modo de que participaran los municipios.

Artículo 115 Constitucional.

Como explicamos en el capítulo anterior, de forma paralela, otra exigencia –y perspectiva de la descentralización— se hizo presente, nos referimos a la participación municipal, que fue manifestada a partir de la reforma, consagrada el 8 de febrero de 1983, nos referimos a la Reforma Municipal patente en el artículo 115 de la Carta Magna y vista como uno de los primeros pasos para poner en acción el apartado de la salud. Tanto Ortega (1987), como Ziccardi y Martínez Assad (1988), coinciden en que dichas modificaciones delimitaron jurídicamente el marco de actuación de estados y municipios en su relación con la población.

La reforma del artículo 115 Constitucional, introdujo atribuciones para que el municipio asumiera bajo su responsabilidad el suministro de los principales servicios en atención a su población y permitiendo que estos, con el concurso de los estados y, si así fuere necesario y lo determinaran las leyes, tuvieran a su cargo ciertos servicios públicos que en esta se especifican. Sin duda, la reforma adquirió mayor relevancia, como consecuencia de esta asignación de las nuevas responsabilidades a nivel constitucional.

En el análisis del texto constitucional, nos permitimos apreciar, la mención que se hace de las funciones y servicios públicos que el municipio tiene a su cargo: el Agua potable, drenaje, alcantarillado, tratamiento y disposición de sus aguas residuales; Alumbrado público, Limpia, recolección, traslado, tratamiento y disposición final de residuos; mercados y centrales de abasto, panteones, rastro, calles, parques y jardines y su equipamiento; Seguridad pública, en los términos del artículo 21 de la Constitución, policía preventiva municipal y tránsito; aunque hasta este momento no sea posible visualizar una mención concreta de la salud.

Sin embargo, sujetándonos al inciso *i* del presente artículo observamos la previsión de la prestación de otros servicios “que las Legislaturas locales determinen según las condiciones territoriales y socioeconómicas de los Municipios, así como su capacidad administrativa y financiera.”

Es en este apartado donde se contempla la Salud, dejando libertad de ser administrada por los municipios que así puedan hacerlo y creando disyuntivas que surgen, para los municipios cuyas carencias, básicamente económicas, impiden lograrlo o en los municipios cuya posibilidad de hacerlo es desaprovechada, situación que impacta directamente en la salud y en la vida de la población.

Es importante señalar que, los servicios públicos de carácter municipal se dimensionan como la expresión tangible y visible de la actividad que desarrolla la administración pública local. De ahí que podremos articular la reflexión que coloque a los municipios con un grado de desarrollo más avanzado y con mayor acceso a este tipo de prestaciones, frente a los municipios rurales y atrasados en donde estos son casi inexistentes debido a la presencia mínima de servicios bajo la responsabilidad directa de la autoridad municipal.

En el artículo 115 también se introdujo un elemento consensual en lo que se refiere a la distribución de competencias entre federación, estados y municipios al señalar que:

“La federación y los estados en los términos de la ley podrán convenir la asunción por parte de estos del ejercicio y de sus funciones, la ejecución y operación de las obras y la prestación de servicios públicos, cuando el desarrollo económico y social lo haga necesario [...] Los estados estarán

facultados para celebrar esos convenios con sus municipios, a efecto de que estos asuman la prestación de los servicios²⁶”.

Se destaca de tal reforma, la facultad que dicho orden de gobierno obtuvo para obtener ingresos a partir de la captación de recursos fiscales y de los derechos por la prestación de los servicios que ahora tendría a su cargo. Finalmente, se reconoce el otorgamiento al municipio de la “autonomía” en la asignación y ejecución del gasto de acuerdo con las prioridades de su comunidad.

El artículo 116, en su párrafo VII, afirma que:

“La Federación y los Estados en los términos de ley, podrán convenir la asunción por parte de éstos del ejercicio de sus funciones, la ejecución y operación de obras y la prestación de servicios públicos, cuando el desarrollo económico y social lo hagan necesario”²⁷.

Y continúa:

“...Los Estados estarán facultados para celebrar esos convenios con sus Municipios, a efecto de que estos asuman la prestación de los servicios o la atención de las funciones a las que se refiere el párrafo anterior”²⁸.

Sin perjuicio de su competencia constitucional, en el desempeño de las funciones del municipio o la prestación de los servicios públicos a su cargo, los municipios deben observar lo dispuesto por las leyes federales y estatales, sin embargo, ya que a los ayuntamientos les corresponde el ejercicio de las atribuciones que le

²⁶ Artículo 115 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

²⁷ Artículo 116 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

²⁸ Ibid.

confiere la Constitución de la República y la ley de los estados, estos no atenderán forzosa e inexcusablemente la modificación de esas atribuciones, pues sus esferas competenciales se fijan conforme al criterio del interés municipal, o sea a lo que interesa a los vecinos del municipio por afectarles directamente y por poseer las capacidades técnicas, administrativas y económicas para atender por sí y directamente ese interés (Ruiz, 1990:7-8). Desde esta óptica, el acercamiento de la autoridad local a la población demandante de servicios de salud, revitalizará la relación entre éstas y permitirá ejecutar con eficacia las funciones del Municipio en actividades sanitarias de conformidad con lo que la misma ley ordena.

Es necesario notar que tras regirse por los lineamientos que establece el Gobierno Federal y estatal de estos se derivan una serie de determinantes legales que debe contemplar el municipio para la descentralización de sus servicios de salud, leyes que devinieron de las modificaciones sustanciales anteriormente señaladas.

El cambio observado a partir de las relaciones de soberanía que eran ejercidas en el esquema presidencial, hacia las relaciones de dominación y sus formas múltiples en las relaciones entre sujetos, y en el desarrollo de las disciplinas como mecanismos de dominación que permiten el ejercicio efectivo del poder también nos permite contemplar un sistema finamente graduado y con intervalos medibles en los cuales los individuos pueden ser distribuidos alrededor de una norma , del estándar, para un “poder cuyas tareas están para hacerse cargo de las necesidades regulativas y de los mecanismos correctivos de la vida... semejante poder tiene que calificar, medir, evaluar, y, jerarquizar.

Así pues, de forma complementaria a las determinaciones de la Carta Magna sobre los encargos que ha de tener el ayuntamiento, este debería de contemplar la ley de sus estados y otras determinaciones oficiales que orienten sus acciones sobre lo que debe o no hacer respecto a la descentralización, en este caso de los servicios de salud.

Por tanto, se considera cardinal que las disposiciones no atiendan, forzosa e inexcusablemente a la modificación de las mismas, pues las esferas competenciales han de fijarse conforme al criterio del *interés municipal* (Ruiz, 1990:7-8), o sea conforme a lo que concierne a los vecinos del municipio por afectarles directamente y por lo que significa una atención, informada, oportuna y apegada de las necesidades de la comunidad, pero en términos biopolíticos el enfoque gira en torno a la particularidad, siempre que se busque su regularización. Para poder lograr el modelo descentralizador, era pertinente ajustarse a las condiciones y necesidades particulares de cada municipio, a efectos de evitar los deterioros en la prestación de servicios, mejorar la calidad de los mismos, orientar acciones para proporcionar los servicios de atención primaria a la salud incluyendo a la sociedad en su dinámica.

Son múltiples las voces (Ase, 2006) (Soberón y Martínez, 1996) (Merino, 2003) que coinciden en que el impulso de los procesos de transferencia de servicios sanitarios y sociales hacia los niveles locales tras la legislación no tomaba en cuenta las capacidades locales disponibles para hacerse cargo de las nuevas tareas. Un diagnóstico general nos lleva a visualizar una serie de dificultades para presentar servicios con “calidad”, una acentuada heterogeneidad en las respuestas sanitarias, profundizadas desigualdades y enormes costos en términos

de eficiencia y equidad (Ase, 2006:201), pero sobre todo un impacto real sobre la vida.

El marco legal provisto para tal efecto olvidó poner el acento en la tipología del municipio²⁹, privilegiando las capacidades financieras, administrativas y técnicas y “las condiciones territoriales y socioeconómicas” para el cumplimiento del modelo descentralizador, de modo que en este punto, la balanza se inclinaba a que solo pocos municipios estuvieran en la condición de proveer los servicios de salud; y ni hablar de las variables epidemiológicas —que van más allá de la parte legal— que posee el nivel local.

²⁹ Según Anaya (1997) Los municipios se les clasifica en cuatro tipos: metropolitanos, rurales, semiurbanos y urbanos metropolitanos. Adscrito a una ciudad con la que comparte intereses y cuenta con todos los servicios públicos, están los metropolitanos; los rurales practican actividades relacionadas con el sector primario y presenta dispersión en la población, carencia en el equipamiento para la dotación de servicios públicos, y una marcada tendencia migratoria hacia las ciudades; los semiurbanos, son municipios con actividades productivas relacionadas con sectores de la economía, en un proceso de transición de lo rural a lo urbano, presentan carencias en la infraestructura urbana y de equipamiento para proporcionar el total de servicios públicos; y los urbanos que son aquellos que concentran los poderes de sus respectivas entidades federativas, en ellos se ha desarrollado la infraestructura necesaria para dotar de servicios públicos a la población.

Capítulo 3

**Las prácticas concretas y su lectura biopolítica:
Actualidad de la descentralización de los servicios de
salud el municipio de Toluca, Estado de México; 2009-
2011.**

Todas las teorías son legítimas y ninguna tiene importancia. Lo que importa es lo que se hace con ellas. Jorge Luis Borges *dixit*.

Tras la lectura biopolítica del fenómeno de la descentralización de los servicios de salud a nivel municipal, como ese “universal” que citaba Foucault, que puede ser observado como una tecnología, que subraya el cambio de la forma soberana de relacionarse del poder, por la de relaciones de dominación, en cuya raíz se pretende la normalización en múltiples niveles, y en cuyo contexto se encuentra una forma de pensamiento y acción global y neoliberal; en el presente capítulo pretendemos, invocar las prácticas concretas y actuales que nos lleven a deducir la serie de relaciones de dominación con las que se presenta el ejercicio del poder sobre la vida.

No buscamos referenciar el resultado de la descentralización de los servicios de salud en un municipio concreto, ni pretendemos un “informe” de aciertos y desaciertos en su implementación, probablemente tampoco un análisis exhaustivo de conjunto de instrumentos creados o difundidos para la implementación descentralización de los servicios de salud. Aunque, necesariamente hicimos una

revisión previa –y no vana– tales datos, nuestra intención gira en torno a la actualidad y la localidad del proceso y de sus ejercicios específicos, minucioso, preciso, tras los cuales damos con la biopolítica.

A casi tres décadas de la implementación de la descentralización en nuestro país, es casi inevitable no preguntarse qué ha sido de aquella intención por “fortalecer y dinamizar” la administración pública local, por acercar e insertar a la población a los servicios fundamentales, asegurando oportunidad y precisión en la resolución de las demandas desde el primer nivel de atención y de gobierno. El análisis de resultados que sugerimos contempla el nivel de gobierno más mínimo; aunque advertimos que sería mucho más rico un análisis que partiera desde la misma población.

Acaso la descentralización, como política, para ser implementada nuevamente desde el centro a través de la administración pública, es parte de una reforma neoliberal insistente en participación de la comunidad, en la redistribución de la tarea estatal y en un esquema de economía política, dispuesta a generar mediante la manipulación de los procesos biológicos una vida al servicio del capital.

En este capítulo, indagaremos en tres casos, a saber : Las Unidad de Rehabilitación e Integración Social, Los Sistemas Integrales en Atención Médica Asistencial y el *boom* de las Franquicias Farmacéuticas en los últimos años, el periodo de tiempo corrió desde 2009 hasta 2011, el municipio: Toluca, Estado de México. Es importante aclarar que los motivos que impulsaron retomar tanto el tiempo como el lugar estudiados se determinó a partir de tres motivos específicos:

El primero, tal vez superficial, la formación como médico cirujano de la alcaldesa del municipio, que nos llevaba a suponer un impulso hacía el tema de la salud; El segundo, se refiere a los años en los que se presentó tanto el “plan de acción” o Plan Municipal de Desarrollo para su ejercicio en la administración 2009-2012 como a los informes de gobierno que rindió la alcaldesa que no concluyó su administración; y la tercera razón y, cabe destacar, la más importante, la que nos lleva a *la grilla de inteligibilidad*: la expansión del mercado farmacéutico en estos últimos años en nuestro municipio.

Al inicio de la administración trienal 2009-2012 del municipio de Toluca, Estado de México, en su Plan Municipal de Desarrollo (PMD) se señalaba

“Todos queremos una Toluca Sana, por ello, es fundamental el ejercicio de un gobierno en el que todos los sectores de la sociedad, particularmente los más vulnerables cuenten con las capacidades físicas, intelectuales y emocionales necesarias para acceder a los servicios básicos de salud, educación, cultura y recreación. Del mismo modo, se integran todos los esfuerzos que buscan prevenir las adicciones y fomentar los valores ciudadanos en la vida diaria de los toluqueños y en el desempeño de sus servidores públicos” (p.13).

Y con dicha pretensión se inauguraba un periodo de gobierno que anunciaba en su carácter biopolítico la normalización, enfocada en el tipo de población a tratar: “particularmente los más vulnerables”, aunque mostrando su inconsistencia si subrayamos que bajo nuestro análisis de la descentralización, las tareas

transferidas incluyen un primer nivel de atención, independientemente de la situación de cobertura en la que esté el individuo ante el Sector Salud, considerando que la situación de enfermedad es una situación de vulnerabilidad *per se*.

La práctica de la descentralización, no vuelve a hacerse presente ni en el párrafo enunciado, ni en el PMD, pero se muestra ya asimilada más en su forma política como tecnología de poder que circunscribe a los instrumentos de biopoder en su gestión de los asuntos humanos, junto con el uso de la burocracia y el resto de mecanismos de información y gestión que tiene el Estado en sus manos para la administración de la vida biológica, en este momento también se proyecta la cuestión del liberalismo, al buscar asegurar la inserción controlada de los cuerpos en el aparato productivo y para ajustar los fenómenos de la población a los procesos económicos (Foucault, 1976), [para que los grupos vulnerables] “cuenten con las capacidades físicas, intelectuales y emocionales necesarias para acceder a los servicios básicos de salud, educación, cultura y recreación”.

Nuevamente podemos indagar en las “formas capilares” de las relaciones que son de dominación y no en el dominio que el grupo más alto en el poder ejerce sobre el otro, que está desprotegido, sino el abordaje del conjunto de relaciones de dominación, en cuanto apreciamos que: “es fundamental el ejercicio de un gobierno en el que todos los sectores de la sociedad, tengan acceso a la salud” o cuando se enuncia que “todos queremos una Toluca Sana”

El pilar de Toluca Sana, Salud y Asistencia Pública se adhiere a la disposición constitucional plasmada en el artículo cuarto constitucional y enfatizando que las mejores oportunidades para el desarrollo humano, solo pueden cristalizarse siempre y cuando existan condiciones en las que el individuo se mantenga en equilibrio fisiológico y con ello, estimule el desarrollo de facultades físicas , intelectuales y emocionales para aspirar a mejores condiciones de vida y contribuir al crecimiento en los planos de la realidad en que se desenvuelve.

Nuestra lectura se amplía y vuelve a proyectar los elementos del poder sobre la vida, cuando apreciamos lo que el municipio entiende por salud, por medio de una postura integral coincidente con el derecho a la protección a la salud, establecido en el artículo cuarto de la constitución, estableciendo que:

“...Las mejores oportunidades para el desarrollo humano solo pueden cristalizarse siempre y cuando existan condiciones en las que el individuo se mantenga en equilibrio fisiológico y con ello estimule el desarrollo de sus facultades físicas, intelectuales y emocionales para aspirar a mejores condiciones de vida y contribuir al crecimiento de los planos de la realidad en la que se desenvuelve” (PMD, p. 60)

A su vez, manifiesta que no es concebible una sociedad en que las oportunidades de superación individual, se vean limitadas por la falta de medios y espacios que permiten acceder a servicios médico-asistenciales, sobre todo en aquellos segmentos de la población más vulnerables.

En los últimos años en el Municipio de Toluca, Estado de México, la demanda de servicios de salud es —según el propio Plan de Desarrollo Municipal 2009-2011— superior a la capacidad operativa que la administración municipal puede brindar (p. 76). Aunque se cuenta con la presencia de programas de instituciones especiales del Gobierno estatal y federal.

Mientras tanto, se ve como tarea en salud: fortalecer los programas de previsión y prevención de adicciones con el apoyo de instituciones públicas y particulares de salud; la ampliación de la cobertura de servicios de salud propios del género femenino, en madres adolescentes principalmente; el fomento la presencia de programas de ayuda integral, en temas de salud, autoempleo y psicológicos a fin de aumentar la calidad de vida de las madres adolescentes; la diversificación las fuentes de financiamiento para incrementar los apoyos a los diferentes sectores de la población ;y el incrementar la capacidad instalada para tender la demanda de personas con algún tipo de discapacidad y las identificadas como personas mayores.

El Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia contribuye de manera importante en la atención necesaria de servicios médicos focalizando esfuerzos a la población que se encuentra vulnerable al margen de esquemas de seguridad social. Estos servicios se enfocan a tratar enfermedades dentro de un primer nivel de atención además de tratamientos de atención, incorporando a la población a servicios médicos, odontológicos, psicológicos, además de tratamientos de rehabilitación y servicios de asistencia jurídica.

Uno de los principales problemas que debe resolver para ampliar los servicios de salud, y en especial de comunidades del medio rural, es el reducido número del personal médico y enfermeras que no permite brindar atención médica las 24 horas del día, también debe poner atención en la falta de equipamiento e instrumental básico de abasto de medicamentos.

La administración que es objeto de nuestro estudio priorizó el reforzamiento de la atención a mujeres en periodo prenatal, natal y posnatal, a través de unidades móviles de salud y medicina ambulatoria en centros de reunión social del municipio.

El boom de las Franquicias Farmacéuticas³⁰

La propagación excesiva de franquicias farmacéuticas que deja ver su aumento en el municipio de Toluca de los años 2001-2010 hasta los años que incluyen a nuestra investigación, nos permite introducirnos a la consideración de la aparición de una buena cantidad de negocios que ofertan medicamentos genéricos y una servicios de salud considerados en el primer nivel de atención dicho fenómeno, en la lógica biopolítica y en su regularidad como práctica concreta se desprende de la demanda de la salud como producto, en un contexto en el que medicina experimenta un proceso de liberalización.

Para evidenciar los datos de tal crecimiento, y para la consideración, información y reflexión biopolítica, de los términos en los que registra, si es que este fenómeno

³⁰ Por franquicias farmacéuticas nos referimos a los negocios que usan el modelo de otra persona que les ofrece una concesión de derechos para la *explotación de un producto, actividad o nombre comercial, otorgada por una empresa a una o varias personas, nos referimos a cadenas de farmacias con o sin consultorios médicos.*

se ve bajo esta óptica, para los años determinados para nuestra investigación, nos permitimos elaborar *conteos simples*, o primeros instrumentos que nos permitieran determinar, el número exacto de establecimientos privados, que a la fecha o en fechas recientes, se dedican a la salud desde tal aspecto³¹. Lo anterior se deriva expresamente de la detección visual y documental pues existe una falta de registros de la expansión farmacias de franquicia, y fenómenos asociados, en el municipio de Toluca. Con los datos recabados y con la posterior inclusión de los registros general de empresas del SIEM buscamos arrojar un número más consistente que nos permitiera probar tal realidad y adicionara la forma en la que la población concebiría, no los servicios de salud, si no los productos que ofertaban las empresas dedicadas a la salud. En tales registros, destacamos el número de farmacias de franquicias, y el nombre de los franquiciadores, tal información nos permitió detectar hasta noviembre de 2011 la siguiente información:

| Número de Farmacias | Franquiciario |
|---------------------|---------------------------|
| 54 | FARMACIAS SIMILARES |
| 21 | FARMACIAS DEL AHORRO |
| 20 | GENERIN GI |
| 3 | FARMACIAS B |
| 2 | PRIMER NIVEL [GENOMA LAB] |
| 2 | MULTIFARMACIAS |
| 1 | GENERI-K |

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos recabados por *conteos simples*.

³¹ Incluyeron el nombre del franquiciador y el año de apertura.

Hay que mencionar, sin embargo, nuestra pretensión se vio rebasada por el número de nuevos negocios, que surgían en periodos cortos de tiempo; motivo que nos forzaba a cubrir un análisis preciso y detallado del día a día de tal incremento.

De forma complementaria y como ya habíamos adelantado, otra de las fuentes utilizadas fue el Sistema de Información Empresarial Mexicana (SIEM). A partir de los datos la base de datos del SIEM, de 2009 a la fecha se han sumado 214 Farmacias de Franquicia más a las registradas anteriormente que se sólo se destacaban por tener la única función de vender medicamentos de patente y/o artículos de perfumería. Los “nuevos” establecimientos otorgan servicios de salud a bajo costo y venden medicamentos en un mismo lugar, pues, “de esta forma facilitan a los consumidores la adquisición de medicamentos” (Entrepreneur, 2011).

Por último realizamos una comparación simple entre el número de negocios que ofertan servicios de salud de atención primaria, con las instituciones que a nivel municipal, se encargaban de los mismos, aunque no precisamente dependieran en funciones, programas y presupuesto del municipio, por las cuestiones ya citadas.

Nuestra insistencia por referirnos al crecimiento desmedido de tales negocios, se da precisamente por el carácter que adquiere una necesidad que no se muestra consistentemente cubierta en sus niveles más inmediatos, ósea en los niveles a los que tenía que llegar la descentralización administrativa. Los servicios de salud acaso cubiertos y promovidos por el municipio siguen nuevamente el patrón central y rector del Estado o la Federación.

Otro aspecto que no repara mucho en defender y fortalecer los servicios de salud a través de la descentralización se centra en lo determinado por el Artículo 46 fracción XI del Bando Municipal que en términos generales determina la emisión de dictámenes de opinión para otorgar, negar o revocar licencias municipales para la realización de obras, actividades y servicios públicos o privados, o bien en el artículo 58 que faculta al ayuntamiento a: "...conceder licencia de funcionamiento para nuevos sanatorios, clínicas, hospitales...".

Por lo que, atribuimos el "éxito" de tales negocios no solo al contexto de liberalización que lo enmarca sino al cambio en salud que involucra la economía de mercado y una forma de auto-abasto del servicio en el que la población nuevamente trabaja en la oferta y la demanda de los servicios que requiera en salud en donde nuevamente impera la medicalización y donde, de igual , forma son manipulables los procesos biológicos.

Las Unidades de Rehabilitación e Integración Social (URIS) y el Sistema Integral de Atención Médica Asistencial (SIAMAS).

Las Unidades de Rehabilitación e Integración Social (URIS), son instalaciones creadas bajo el rubro de Salud, dependientes de los Sistemas Municipales del DIF y del DIF Estado de México a través de la Subdirección de Integración Social de Personas con Discapacidad³². La URIS, otorgan atención médica y terapéutica —

³²Los antecedentes de la URIS comienzan con el Programa de Integración Social de personas con Discapacidad, dependiente de la Dirección de Atención a la Discapacidad del Sistema para el Desarrollo integral de la Familia del Estado de México, datan de Abril de 1996 con nivel administrativo de Subdirección según la Reestructuración Orgánica del DIFEM y ya como Subdirección de Integración Social del Discapacitado para noviembre de 1997. Su propósito fundamental es el de constituirse como órgano de apoyo técnico administrativo que contribuya a la realización de las metas y programas en los 125 Municipios

terapias física, ocupacional, y de lenguaje— en el primer nivel de atención; consultas de medicina de rehabilitación, psicología y trabajo social.

Si bien las URIS, tienen como principal objetivo la atención médica y terapéutica en el primer nivel de atención su focalización hacia la población con discapacidad le permite extender sus objetivos mediante el fomento de la integración de personas con discapacidad al sector público y privado, la promoción de alternativas de adiestramiento, capacitación e integración laboral y la creación de proyectos productivos y de inserción al sector industrial, comercial y autoempleo.

La razón por la cual consideramos a los URIS como elementos que se enmarcan en el fenómeno descentralizador es por su énfasis en la atención primaria o en los servicios de salud de atención médica de primer nivel que, recordemos incluye por lo menos “la educación concerniente a los problemas de salud prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; la promoción del aporte alimenticio y nutrición apropiada, el suministro adecuado de agua potable y el saneamiento básico; los cuidados materno infantiles incluyendo la planeación familiar; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y el control de las enfermedades endémicas locales; el tratamiento adecuado de las enfermedades comunes y las heridas y la provisión de medicamentos esenciales” (Kumate, et.al., 1994:26).

El toque biopolítico de los URIS va en función de su oferta de atención médica y terapéutica en el primer nivel de atención exclusiva para las personas con discapacidad e incluyen terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje y

del Estado de México para la integración educativa, laboral recreativa-deportiva y cultural de las personas con discapacidad.

psicología, densitometrías, optometrías, apoyo a padres y familiares de discapacitados, su área de “integración social”, así como prevención y educación para la salud alerta sobre el sentido de un servicio rehabilitador, ortopédico, si es propio el término, hasta el punto de la re-incorporación de la población ajustada ya al sistema productivo. Un URIS, incorpora la serie de saberes al servicio del poder con fines económicos y demuestra su descentralización política dado que esta nos sitúa ante el problema de la distribución espacial del poder.

Según el DIFEM (2010) La integración social de la persona con discapacidad no es sólo un proceso que derive de la acción gubernamental sino que es una necesidad que manifiesta la misma población que busca el reconocimiento de sus derechos dentro del grupo social al que pertenece. La situación de la persona con discapacidad en el aspecto social es vista como una desventaja lo que minimiza sus posibilidades de aceptación para el desarrollo natural dentro de los ámbitos educativa, laboral, económico etc.

Tras su creación el gobierno municipal estableció que para recibir atención por primera vez en rehabilitación sería necesario contar con un diagnóstico y tratamiento a seguir de un médico especialista en rehabilitación, ya sea de la URIS o particular, y cubrir una cuota de recuperación de acuerdo a un estudio socioeconómico.

Otro de los programas que podría acercarse más a ser un servicio de salud descentralizado de carácter municipal es el Sistema Integral de Atención Médica Asistencial (SIAMAS) propuesto para la administración 2009-2012; sin embargo dependiente del Sistema Municipal DIF de Toluca y a su vez sujeto económica y programáticamente al DIF Estatal y al DIF Nacional.

Recordemos que descentralizar implica la transferencia, por norma legal de competencias decisorias, en la cual se exige que el ente que transfiere sea “titular” de la competencia y el órgano a quien se transfiere pase también a ser titular de la misma; es decir una vez que la competencia haya sido transferida, es necesario que esa competencia sea ejercida por el ente que ya es titular de la misma, sin que pueda ser sustituida por el ente central. Esta característica nos permitirá diferenciar el concepto de otros –como delegación o sustitución– en donde lo único que se transfiere es el ejercicio de la función (Anaya, 1997).

Con la apertura de los SIAMAS se pretendió reforzar la promoción para la salud; prevención y detección de enfermedades; consulta médico general, gineco obstétrica odontológica y nutricional para poder bajar los índices de mortalidad a los que hace referencia el Instituto de Salud de Estado de México. Aunado a esto en dichos centros se brinda asistencia social con asesoría jurídica y psicológica, trabajo social para prevenir la violencia, maltrato y explotación sexual, comercial infantil nutricional, talleres comunitarios y Casas de Día del Adulto Mayor.

Entre las causas de mortalidad por municipio según el propio ISEM (2009) se encuentran: la diabetes mellitus, la cirrosis y otras enfermedades propias del hígado, las infecciones respiratorias agudas bajas, enfermedades isquémicas del corazón y otras enfermedades digestivas. Tanto la administración municipal, como la estatal y la federal en los últimos años han puesto especial atención en la muerte perinatal, causa ubicada en el décimo lugar en nuestro municipio; sucede lo mismo con la diabetes mellitus, pero no así con la cirrosis, los accidentes viales o las nefritis.

Los SIAMAS son modelos de atención primaria, únicos en su tipo a nivel nacional, según reporta la administración municipal, que integran un conjunto de servicios para brindar atención multidisciplinaria a la población “más vulnerable” del municipio. En los SIAMAS, se reúnen 22 de los 24 programas operados por el DIF en materia de salud y asistencia social.

En sus instalaciones se brinda atención a la salud, pláticas sobre cómo prevenir y detectar enfermedades de manera oportuna, consultas de medicina general, consultas odontológicas, nutricionales y gineco-obstétricas y también cuenta con un laboratorio para análisis como biometría hemática, perfil hepático, tipo de sangre, perfil prenatal, perfil de coagulación, glucosa, triglicéridos, ácido úrico, examen general de orina entre otros. Así mismo, cuenta con servicio de farmacia donde es entregado el medicamento recetado por especialistas y que queda cubierto con el pago de la consulta.

Si bien, la información referida para el control de los fenómenos biológicos de la población, por el Instituto de Salud del Estado de México marca una tendencia a ciertas patologías a nivel municipal, la adhesión a los programas de nivel estatal o federal no deja de influir o bien coartar el actuar local, es decir para lograr la contemplación de fenómeno patológico masivo hace falta más que su valoración desde este nivel y, nuevamente, al no tener bien definidas las atribuciones en salud, se ofertan los servicios más básicos, en contraste con las demandas reales, es decir, las circunstancias propias de cada municipio las que contemplan el nivel socioeconómico, el contexto inmediato y su historia, y las patologías propias de la localidad etc.

Al indagar en la situación del municipio de Toluca destacamos entre sus particularidades, que su clasificación como municipio urbano, por concentrar geográficamente los poderes de la entidad federativa y por el desarrollo la infraestructura necesaria para dotar de servicios públicos a su población (Anaya, 1998) sugiere que nos planteemos que las capacidades que, por su condición posee, le colocan —en teoría— en la mayor posibilidad de brindar servicios de salud acercándose a concretar el modelo descentralizador por la vía jurídica; por el contrario, nos lleva también a pensar la imposibilidad de otros municipios para el logro de la misma.

Los estudios sobre la descentralización hechos por distintos teóricos tales como Homedes y Ugalde (2002), Tobar (2006) y Leal (2009); sugieren que la implantación de la política descentralizadora, ha producido resultados opuestos a los buscados, es decir, ha incrementado la inequidad, ha disminuido la eficiencia y calidad de los servicios, y ha aumentado los costes de los servicios pero, sobre todo, ha dejado de atender las necesidades que realmente merecen ser contenidas en materia de salud, por dar importancia al discurso de biopolítica, que pasa a visibilizar un mercado que contempla a la salud como un producto.

Tras la reforma descentralizadora de alcance municipal y, no obstante, que la legislación de las entidades federativas, integradas en diferentes momentos a la misma, se haya puesto acorde con las disposiciones constitucionales, para efectos de la descentralización, los resabios no se hicieron esperar, pues a corto, mediano y largo plazo resultaba imperiosa la reglamentación para que el servicio de salud se pudiera enmarcar en la realidad de cada municipio y en la disponibilidad

efectiva de cada ayuntamiento para administrar los servicios públicos delegados. Recordemos que en nuestro segundo apartado hicimos mención de dicha situación bajo la sujeción de los determinantes legales y las condiciones en las de salud se encuentren, dependiendo del municipio en que se presenten. No pasemos por alto, que cuando se comenzó a instrumentar el proceso de descentralización, se realizó de manera limitada aunque con pretensiones de uniformidad en 14 estados de la república; sin embargo desde la óptica administrativa, institucional y marcadamente, desde la legislación, no se estaban tomando en cuenta, de manera adecuada, “las diferencias sustanciales que existen, entre ellos en varios ámbitos: capacidad administrativa fiscal, disponibilidad para aceptar las responsabilidades transferidas, rezago en la provisión de servicios, población, geografía, entre otros” (Cardozo Brun,1993).

En la actualidad incluso, la legislación propuesta para hacer efectiva la política descentralizadora de los servicios de salud a nivel municipal, al menos en el aspecto administrativo y para el caso del municipio de Toluca no es nítida, los referentes municipales para hacer frente a los problemas de salud desde el municipio siguen estando encabezadas por el artículo 115 de la carta magna, que aun no faculta los servicios de salud o los define como parte de los servicios públicos.

El propio Bando Municipal no deja de considerar, que de estar en posibilidades de prestarlos se hará de manera directa, descentralizada, o concesionada, así mismo pudiéndolos prestar con la participación de los Estados o municipios (p. 18). El máximo estatuto del Estado de México: La Constitución Política del Estado

Libre y Soberano de México, determina a lo largo del texto legal la afinidad del Estado por el cuidado y atención a la Salud y por disposiciones aplicables al tema, para tal efecto, aunque tampoco es clara en su consideración de la descentralización para la prestación de los servicios de salud en los municipios que integra el Estado de México (cfr. Art.77,112 y 122). Lo mismo sucede en el Código Administrativo del Estado de México en el que la descentralización de los servicios de Salud que tiene el municipio se ve ligeramente resaltada (artículo 2.9).

En los niveles de ordenamiento de las Leyes Orgánicas de la Administración Pública tanto del Estado de México como la Municipal del Estado de México, tampoco hay un carácter de obligatoriedad de los servicios de salud ni una mención específica de lo que el municipio debe hacer en torno a los servicios de salud ahora descentralizados, aunque delimitan el actuar de los ejecutivos en torno a la Salud; La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal propone la búsqueda de la práctica descentralizadora asentando, paralelamente, la posibilidad de la celebración de convenios de coordinación de acciones con los Gobiernos Estatales o en los casos necesarios, con los Municipios.

El establecimiento de la descentralización de la vida nacional como un instrumento imperioso para la consolidación de la sociedad que planteó la redistribución de competencias mediante la entrega o devolución de atribuciones administrativas al municipio, a partir del instrumento legal, afirmaba que la administración pública federal debía ser el elemento conductor y el ejemplo del proceso de descentralización de la vida nacional. Aunque la descentralización como elemento administrativo buscaba fortalecer al municipio y, en su forma posterior a la Nación,

la óptica biopolítica nos obliga a plantear que como forma de distribución del poder político su incidencia fue de mayor éxito biopolítico.

Como podemos apreciar no se considera de manera nítida qué hacer y qué no hacer en términos de salud en la función administrativa, aunque se delimita cómo podría darse prestación de los servicios públicos municipales de poder otorgarse estos. De lo que no se habla y sin embargo no deja de ser importante es de las alternativas que con el golpe de la enfermedad, es decir, en el momento en el que se hace de verdadera utilidad el servicio de salud.

Cualquier iniciativa descentralizadora se enfrenta a algo más que a un reacomodo de funciones se trata de lograr una reconfiguración institucional profunda que genere nuevos arreglos entre actores, nuevos mecanismos de decisión, y aun más, nuevas representaciones simbólicas, todo lo cual da como resultado nuevas modalidades para la regulación social (Cabreró, et.al,1997).

Capítulo 4

Algunas consideraciones finales.

La centralización biopolítica y descentralización no administrativa; la salud en el marco de la reconfiguración de las relaciones entre sociedad, gobierno y un mercado cercano a las disfuncionalidades/anormalidades de las responsabilidades estatales.

[Después de un tiempo] Aprenderás que las circunstancias y el ambiente que nos rodea tienen influencia sobre nosotros, pero nosotros somos los únicos responsables de lo que hacemos. Comenzarás a aprender que no nos debemos comparar con los demás, salvo cuando queramos imitarlos para mejorar.

Jorge Luis Borges. Amar la vida.

Desde el siglo XVIII, la Biopolítica, es concebida como la forma en la que se procuran racionalizar los problemas planteados a la práctica gubernamental por los fenómenos propios de un conjunto numeroso de seres vivientes –salud, higiene, natalidad, longevidad, razas– denominados población; la biopolítica relaciona directamente al modelo económico como principio y método de la distribución de poder que obedece a la regla interna, de cada gobierno, de economía máxima. De manera tal, que la población, emerge como punto de aplicación de las ideas gubernamentales de economía política.

El proceso de descentralización no corresponde a un solo discurso, ni a un único énfasis político, ha sido una estrategia usada para diversos fines contruidos en un proceso dinámico y plural, donde los hechos normativos, institucionales y políticos van tejiendo estrategias dispares (Rogel, 2004: 24). Apreciar el fenómeno de la Descentralización de los Servicios de Salud a Nivel Municipal a través de la óptica de la biopolítica implica: reconocer la presencia de un conjunto de saberes al servicio del poder; tecnologías de administración y gobierno de las poblaciones para el ejercicio del poder estatal sobre la vida, materializadas en un tipo de técnica de redistribución de las tareas de gobierno, a saber: la descentralización, en cuyo conjunto legal, administrativo y/o político e incluyente de la participación de la población (democratización), se pretende visualizar una de las formas más capilares del poder.

El cambio de orden biopolítico ocurrido a partir de 1980 en nuestro país y en América Latina, en el marco de la reconfiguración de las relaciones entre sociedad, gobierno y mercado, promovió la descentralización de los Servicios de Salud —de inicio en 14 Estados entre los cuales se encuentra el Estado de México— sujetándola a cambios justificados como democráticos que incluían su reglamentación y su decreto como un derecho cuya cobertura daría el propio estado; cabe destacar que no era posible descentralizar algo que ni siquiera se había consagrado constitucionalmente como tal.

Para poder descentralizar y, aun más, para que posteriormente se pudiera abrir paso a una tendencia privatizadora de los servicios de salud que descentralizados, o no, no cumplieran con las expectativas reales o creadas de la población, se

tuvieron que crear e instrumentar una serie de elementos que permitieran advertir el recorrido de un derecho, amparado con un servicio; a un servicio que, dicho sea de paso, en cualquier momento podría ser cubierto como un producto de primera necesidad al que los habitantes accederían a toda costa al no tener clara la dinámica organizativa de lo público o al encontrarse en el punto máximo de lo que amenazase su salud y por tanto su vida ya fuera por la emergencia o la enfermedad.

En este sentido, también se promovió la liberalización de la Salud, o se aceptó abiertamente, al aceptar como parte del sistema de salud a las múltiples instancias particulares a las que la población podría acceder tras el golpe de la enfermedad marcando el comienzo por una aceptación paulatina de la apropiación de la vida desde los ámbitos más locales en los que se pudiera ofertar.

Inauguramos este siglo con una marcada tendencia por descentralizar los servicios en América Latina; algunos motivos políticos (Legitimación del Estado, democratización); otros por consideraciones fiscales (reducción de la administración central y de sus costos de operación); algunos ven en esta estrategia una vía para fomentar procesos indirectos de privatización, otros encuentran razones de eficiencia y la gran mayoría representan una combinación de los motivos mencionados (Rogel,2004: 21).

La descentralización de los servicios de salud en México en su primera etapa estuvo dirigida de acuerdo con los principios de los ajustes estructurales exigidos por el Banco Mundial y el FMI para reducir el gasto del gobierno federal y poder

así pagar la deuda pública acumulada por el gobierno. El segundo intento de descentralización estuvo dirigido a promover la participación de seguros privados y a la privatización de la prestación de los servicios de salud. Lo biopolíticamente destacable es que para las políticas sociales neoliberales, la privatización es más importante que la descentralización, sustentamos dicha apreciación en páginas y líneas precedentes.

La descentralización de los servicios de salud, privilegia la integralidad de la biopolítica en la impregnación que esta puede tener en la base de la división territorial y de organización política de México, pero sobre todo en sus habitantes; de esta manera logra el mayor acercamiento a la población a la cual el municipio va a regularizar; lo anterior se demuestra recordando, por ejemplo, que desde la federación, se ha decidido dar prioridad a la “población abierta”, disminuyendo con esto, la absorción de la totalidad de habitantes de la entidad, lo que necesariamente implica la existencia de acciones normalizadoras que separan a la población que hay que regularizar de la que no.

La cercanía del nivel de gobierno municipal con la población, efectivamente, no sólo favorece conocer mejor las necesidades y preferencias de los ciudadanos en comparación con el nivel federal o incluso el estatal, la importancia de su intervención en la toma de decisiones y en su actuar como un “vehículo para mejorar la provisión de los servicios” —de salud, de primer nivel—de beneficio directo a la población; adicionalmente, actúa como normalizador y regularizador en la prestación o no de los servicios de salud con los que cuente, atendiendo a la población total o a una parte de esta en condiciones de singularidad.

En el campo de la salud, las desigualdades que realmente importan son las que afectan a las personas. Al fin y al cabo, los territorios no son más que los sustratos físicos donde éstas se asientan. A pesar de la existencia de sistemas nacionales de salud públicos y gratuitos –incluso en países con clara vocación igualitarista, dotados de programas específicos pro equidad–, en la salud y en los determinantes de la salud persisten las desigualdades socioeconómicas (González y Barber,2006).

Aunque se esperaba que la descentralización aumentara la equidad y por ende fuera un instrumento de democratización, hay poca evidencia de que esto haya sido así, en una reflexión poco profunda hemos de relacionar inmediatamente que es más probable que un aumento en autonomía local o regional agrande las diferencias, pues las múltiples desigualdades, sobre todo económicas que existen entre los municipios de México simplemente se contraponen a los objetivos de la descentralización. Desde esta óptica, es fácil entender que los estados y municipios ricos pueden dedicar más recursos a la salud que los estados y municipios más pobres.

El actuar del nivel municipal obtiene su valoración biopolítica al situarse en la atención, con mayor detalle, de las necesidades en salud que buscan atenderse ahí, justo donde las genera una población específica; sin embargo las prerrogativas que este ente pueda tener parecen disminuirse a consecuencia de los medios económicos escasos con los que en la actualidad cuentan los municipios. Este hecho, retorna la problemática local existente hacia un esquema estatal o federal que si bien tienen en sus manos la totalidad de la tarea

biopolítica, disminuye la supuesta transferencia de competencias administrativas que se buscaba con la descentralización, pero no deja de lado sus tareas biopolíticas.

El hecho de que la descentralización administrativa haya fracasado, no significa que no haya que descentralizar, ni que dicha racionalización del poder no sea parte del elemento biopolítico. Con la descentralización también es posible visibilizar una mayor fragmentación del —ya de por sí— atomizado sistema de salud del Estado que al empeorar su eficiencia y calidad de los servicios, atentan directamente a la salud y la vida. Las funciones importantes siguen en el centro, la mayor parte de los estudiosos destacan el papel del gobierno central en la transferencia y, aunque no se lo propongan, suponen a los otros órdenes de gobierno como receptores pasivos, es decir, su visión es centralista en esencia (Rogel, 2004: 13).

La descentralización, nos permite apreciar el aprovechamiento estatal de las ventajas de compartir y coordinar las acciones que desde el principio la fundaron, las ventajas relacionadas con el tamaño de los mercados y de los sistemas de servicios de salud, permiten mejorar la filtración de la biopolítica, así como una mayor flexibilidad y capacidad de adaptación a estos. La biopolítica se extiende, como tecnología del poder estatal, a cada nivel de gobierno; sin embargo, debemos de preguntarnos, si al partir de un centro es posible que ésta se descentralice, es decir, si es posible que cada nivel de gobierno, como aparato estatal, sea capaz de materializar el discurso e ideal de la biopolítica.

Nos confundimos si tratamos de pensar en la permeabilidad del Estado, en términos biopolíticos, por una supuesta intervención del nivel municipal sobre la salud y la vida, sólo por enmarcarse en la descentralización administrativa; la biopolítica, tiene un origen jerárquico superior, incluso va mucho antes del poder de la propia federación—esto no excluye acciones biopolíticas a la población por parte de los municipios, sino que las acciones son mínimas desde el nivel municipal con respecto al federal—. Es en las acciones e interacciones mínimas entre la población donde se nota el impacto o la emergencia de la biopolítica, en este sentido cabe destacar un fracaso de la descentralización administrativa, pero el acierto de la descentralización política.

Cuando hablamos de descentralización política, nos estamos refiriendo a una forma de distribuir el ejercicio del poder político entre diversos entes de derecho público —órganos independientes, niveles de gobierno — por virtud de la cual pueden crear y aplicar normas jurídicas en el ámbito de su competencia. La perspectiva política nos sitúa, por consiguiente, ante el problema de la distribución espacial del poder, donde la descentralización pretende organizar un sistema de redistribución del poder democrático a partir del Estado y en provecho de la población (Anaya Cadena, 1997:143-146). La distribución y redistribución de las funciones administrativas del poder estatal, finalmente se convierte en un modo de extender la delegación del poder sobre la vida y la propagación de otros entes que tienen control sobre la principal condición para que esta se dé: la salud.

A partir de las reformas de los años ochenta, asistimos a la progresiva eliminación de una parte de la producción estatal y la regulación de la prestación de bienes y

servicios, tendiente a la privatización de la producción y del acceso al bienestar social. La concepción de la salud desde el modelo neoliberal, pone en duda los principios de sociabilidad —característicos del Estado Benefactor— cuando se accede a los servicios de salud. Bajo la dinámica neoliberal, la participación del Estado en la producción de servicios y bienes de consumo es un “anatema” (Homedes y Ugalde, 2008). Desde su perspectiva, el nuevo rol del Estado se limita a regular al sector privado para controlar posibles abusos.

La introducción de la salud en un sistema económico que podía ser calculado y medido, nos indica que el nivel de salud no opera en la actualidad como el nivel de vida. La atención a la salud o práctica médica institucional (servicios de salud) está determinada por el sistema socioeconómico y político al cual pertenece (López, 1982: 166). La descentralización que incluye la gubernamentalidad y, por tanto, la racionalización que compone la biopolítica permite la distribución del poder político en torno a la salud y, propone ciudadanos libres y activos “responsables de la salud” de manera que se integran, por un lado, una tecnología del poder con una gran oferta de servicios para atender la enfermedad, contra las opciones que da el Estado.

La descentralización, no es biopolíticamente efectiva cuando no manifiesta resultados de su inserción en niveles poblacionales inimaginables. Sin embargo y como hemos observado a lo largo de la investigación, dichos resultados no los da el Estado, en el plano de la mejora de sus servicios a nivel administrativo y el fomento que este tenga a la salud y a la vida; sino que la utilidad se da en función

del mantenimiento y potenciación de la productividad del cuerpo que se verá reflejada en el mercado y en niveles más mínimos.

La descentralización ha tenido un costo económico considerable; implementarla sin que estén presentes las precondiciones necesarias que exigían los organismos internacionales, es un desperdicio de los escasos recursos disponibles si los alcaldes de los municipios pequeños no tienen mucho conocimiento sobre salud pública pues estos pueden tomar decisiones costosas y equivocadas en el plano económico y en el impacto humano.

Como el mercado sólo puede funcionar en virtud de la competencia libre y total, es preciso por ende que el Estado se abstenga de modificar la situación de competencia tal como existe y que se cuide de introducir a través de fenómenos monopólicos, fenómenos de control, etc., una serie de elementos que pueden distorsionar dicha situación de competencia (Foucault,2004)

Pensar en la cobertura total de los servicios de salud por parte del Estado, sin tomar en cuenta, por ejemplo, la apertura del mercado farmacéutico —que no solo ofrece medicamentos de bajo costo sino que es proveedor de servicios de salud particulares bajo la misma lógica—, es el efecto de una sociedad sujeta a la biopolítica en etapa gubernamental en un contexto neoliberal, se trata de un Estado, que al exterior se maneja en el plano de las políticas de protección a la salud asistencialistas que en consecuencia serán universalistas pero que mismas no se ligan a una economía de mercado, mientras que al exterior, el mismo, toma en cuenta aparatos gubernamentales que promueven gobiernos mínimos, apertura económica y competencia entre ofertantes de los servicios, lo que da pie a que la

salud se tome a título individual al depender de cada quien el encontrar la mejor opción para cuidar su vida.

El principio limitativo de la práctica gubernamental muestra una bifurcación, pues los sujetos de derecho sobre los que se ejerce la soberanía política aparecen como una población que un gobierno debe manejar —ahí tiene su punto de partida la línea de organización de una biopolítica— y la población se presenta en una dinámica democrática activa y participativa, capaz de proveerse los servicios de salud en cuanto los requiera, en este sentido hay que advertir que no estamos en el fin de la biopolítica por una reducción del nivel de intervención del Estado, sino en el principio de la representación del trabajo estatal a favor del mercado, se trata de una pieza más en la evolución de la biopolítica, un principio de economía política.

Al tener en cuenta al neoliberalismo como marco general de la biopolítica y el mercado en el otro derrotero, encontraremos que su intervención procura extender su propia racionalización a ámbitos de consideración, la familia, la natalidad, la delincuencia y la política de salud. Uno y otro comparten la utilidad meramente económica. La igualdad, la relativa igualdad, la distribución equitativa, en el acceso de cada uno a los bienes de consumo, no puede constituir un objetivo en un sistema en el cual, justamente, la regulación económica, es decir, el mecanismo de los precios no se obtiene en absoluto a través de los fenómenos de igualdad, sino por un juego de diferenciaciones que es característico de cualquier mecanismo de competencia (Foucault, 1979).

La estrategia descentralizadora fracasa en este sentido pues su promoción a la democracia y al equitativo acceso a los servicios es reprobable en un mundo que disuelve las fronteras de la particularidad en la apertura hacia la global “empresa” de la Salud. La ordenación de la población que realiza la biopolítica es un elemento que se encuentra, según Foucault, en la racionalidad neoliberal. Ya que “el mercado es entendido como instancia que necesita ser construida por ciertas intervenciones que produzcan un marco óptimo para su funcionamiento, el neoliberalismo no es un simple gobernar menos, sino un gobierno a favor del mercado. Sus intervenciones se dirigen, por eso, a la sociedad marco a efectos del mercado” (Foucault: 2004: 180).

Una política neoliberal es siempre política de la población (Foucault: 2004: 174), mientras que el mercado o la economía no son un campo político entre otros sino un principio formal para organizar la población. Entre la regularización de las poblaciones, un fenómeno sin duda global —y por lo tanto biopolítico—; la descentralización de los servicios de los servicios de salud como tecnología gubernamental de aplicación local; y las leyes para su operacionalización —como elementos de la pirámide normalizadora— queda el golpe de la enfermedad y su peor consecuencia: la muerte. La salud y su mejor plano de expresión: la vida, es por quien reclamamos mayor respeto, en su nivel individual y en el colectivo, en el político y en la administrativo, pues es, finalmente, el cuerpo el que queda *en los surcos de la biopolítica* (Bousquet, 2010).

El mercado es ampliado y generalizado al ámbito de lo social (Foucault: 2004: 280). La sociedad —siendo objeto de interés y conocimiento— desaparece

dejando en su lugar al mercado. Desde la biopolítica, esto significa que la regulación de la población con objetivos y métodos económicos disminuyen la efectividad de estrategias normativas y jurídicas y creando una “*sociedad de empresa*” (Foucault, 2004: 182) a la cuál habría que preguntarle :¿Y la vida?.

Nos planteamos y nos encontramos que el problema político, ético, social, filosófico de nuestros días no es tratar de liberar al individuo del estado, ni de las instituciones del estado, sino liberarnos a la vez del estado y del tipo de individualización que está ligado a él (Foucault, 1984). En la promoción del autocuidado, la medicina alternativa tradicional, en la focalización de los problemas de salud locales, la atención primaria en salud y en todo aquello que nos permite quedar al margen del cálculo político-económico, nos permitimos “promover nuevas formas de subjetividad rechazando el tipo de individualidad que nos han impuesto desde siglos” (ibid).

La oposición no es a la individualidad sino al gobierno de la individualización practicado desde las distintas instituciones, distintos saberes [...] esta oposición al poder/saber que transforma a los individuos en sujeto es, a la par, una reivindicación de la capacidad para gobernarse, de la capacidad de auto gobierno, de la autonomía” (Foucault, 1984). Para el capitalismo la salud es un área de creciente interés, el mercado de los medicamentos, la tecnología sanitaria y los servicios de salud, son más redituables cuando se vive una permanente alarma ante la enfermedad-anormalidad, exagerando al inminencia de nuevas epidemias, creando enfermedades inexistentes, medicalizando una gran cantidad de hechos de la vida.

La Administración Pública, por su parte, debe mantener un enorme respeto por la vida, cuando, apoyada en la universalidad de la experiencia de enfermarse y de cuidar la salud, sea capaz de promover tecnologías que vayan más allá del “discurso” de biopolítica –aunque no todo lo que proclaman las voces del gobierno constituya un discurso de verdad– (Rogel, 2004); de este modo “su intervención estará dedicada a dejar de convertir problemas de salud, que podrían tener solución sin medicación, en problemas puramente farmacológicos” Jesús Blanco³³ *dixit*.

Expresó Andrés Rábago³⁴ en un grafico del periódico español El País (2012): [en la actualidad] “Los que dirigen lo público, no siempre creen en lo público; pero qué aficionados a gobernar lo público son aquellos que todo lo quieren privatizar”.

³³ Jesús Blanco, es miembro del Grupo de Trabajo de Defensa de la Sanidad Pública/acampada BCN-15M, movimiento de origen Español que mencionó la citada frase en un discurso pronunciado en abril de 2012 en el que denuncia los recortes en la sanidad pública, enumera y pone en evidencia los falsos mitos de la sanidad y los gobiernos en ese país.

³⁴ Andrés Rábago García, es conocido por los seudónimos de Ops y El Roto, es un historietista y humorista gráfico español colaborador del diario Español El País.

Bibliografía Citada y de Consulta

Álvarez, Carlos(1998). "Glosario de términos para la administración y gestión de los Servicios de Salud." Madrid: Díaz de Santos

Anaya, Vicente. Coord(1997) "Política, gobierno y administración pública municipal. Diccionario". México: Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A.C.

Andersen, Ronald y Anderson, Odin W. (1998), "Corrientes en el empleo de los Servicios de Salud", en Howard E. Freeman, Sol Levine y Leo G. Reeder (comps.), Manual de Sociología Medica, México: FCE/S, pp. 495-523.

Bronfman M, Langer A, Trostle J, ed. (2000). "De la investigación en salud a la política: la difícil traducción." México: El Manual Moderno, Instituto Nacional de Salud Pública.

Castilla, Luis (2001). "Metodología para la Investigación en las Ciencias". México: UNAM-Manual Moderno.

Castro, Edgardo (2004). "El vocabulario de Michel Foucault" Argentina: Universidad Nacional de Quilmes.

Foucault, Michel (1976) "Historia de la Sexualidad 1. La voluntad del saber", México: Siglo XXI, 2007.

_____ Por qué estudiar el poder: La cuestión del sujeto; Liberación (dominical) nº6, Madrid, 1984.

_____ (1990) "La vida de los hombres infames". Madrid: La Piqueta.

_____ (1994) "Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales, Volumen III". Buenos Aires: Paidós ,1999.

_____ (1997) "Defender la sociedad: Curso en el Collège de France (1975-1976)", México: Fondo de Cultura Económica, 2002.

- _____ (1975) "Vigilar y Castigar" Buenos Aires: Siglo XXI, 2002.
- _____ (2004) "Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979)" México: Fondo de Cultura Económica, 2007.
- García, María Inés (2002) "Foucault y el Poder". México:UAM.
- Giorgi, Gabriel y Rodríguez, Fermín (Comp.) (2007) "Ensayos sobre Biopolítica. Excesos de vida", Buenos Aires: Paidós
- González, Norma (2007). "Organización y Administración de los Servicios de Salud". Toluca: UAEM
- _____ et.al (2008). "Salud Sociedad y democracia". México: Plaza y Váldes /UAEM .
- H. Ayuntamiento de Toluca 2009-2012 (2010) Bando Municipal de Toluca 2010.
- _____ (2009) Plan Municipal de Desarrollo Municipio de Toluca.
- _____ (2010) Primer Informe de Gobierno. María Elena Barrera Tapia.
- _____ (2011) Segundo Informe de Gobierno. María Elena Barrera Tapia.
- Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) (2000) "La descentralización de los servicios de salud: experiencias en los estados de Guanajuato, San Luís Potosí". Mexico: INAP.
- Kumate, Jesús et.al. (1994). "Sistemas Nacionales de Salud en las Américas: Canadá, Chile, Costa Rica, Estados Unidos y México". México: El Colegio Nacional.
- Leal F, Gustavo (2004). "La Política Pública de Salud y Seguridad social en México y el Mundo (1996-2000)" México: UAM-DCBS.

López A, Daniel (1982). "La salud desigual en México". México: Siglo XXI.

Martínez, Gustavo (1985). "La Administración Estatal y Municipal de México". México: INAP-CONACYT.

Organización Panamericana de la Salud (1992). "Municipios saludables: una estrategia de promoción de la salud en el contexto local". Washington, D.C.: OPS/OMS.

Reynoso, S y Villafuerte, M (1997). "Manual básico para la Administración Pública Municipal". México: IAPEM.

Rodríguez O, Imelda Ana (1985). "Apuntes de sociología medica". México: UNAM.

Rogel, Rosario (2004). "Los laberintos de la Descentralización Educativa". México: Ediciones Gernika, S.A.

Ruiz, José Francisco (1990). "Estudios de Derecho Político de estados y Municipios". México: Porrúa.

San Martín, Hernán (1988). "Administración en Salud Pública". México: La Prensa Mexicana.

Salazar, Julián (2009). "Elementos básicos de la administración pública municipal". México IAPEM-UAEM.

Silva, Rosario (comp.) (2000). "Investigación Social: procesos y técnicas. Antología". México: UNAM.

Soberón Guillermo et.al (1986). "La descentralización de los servicios de salud: el caso de México". México: Porrúa

Ugarte Pérez, Javier (comp.) (2005). "La Administración de la vida. Estudios biopolíticos". Barcelona: Anthropos.

Uribe, Misael et. al. (2001). "Reflexiones de acerca de Salud en México". México: Medica Panamericana.

Yáñez, Valentín H (2000). “La Administración Pública y el Derecho a la Protección a la Salud en México”. México: INAP.

Ziccardi, A. y Martínez (1988). “Política y Gestión Municipal en México”. México: IIS-UNAM.

Legislación en Internet.

- 1) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;

Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>

- 2) Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México;

Disponibile en:
http://www.elocal.gob.mx/wb/ELOCAL/ELOC_Constitucion_Politica_del_Estado_Libre_Sobera

- 3) Ley Orgánica Municipal del Estado de México;

Disponibile en: <http://www.cddiputados.gob.mx/POLEMEX/leyes/Ley39.html>

- 4) Ley General de Salud ;

Disponibile en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

- 5) Ley de Salud de Estado de México;

Disponibile en: <http://148.215.202.218/index.php/leyes/leyes-abrogadas-por-el-codigo-admvo-del-edo/93-ley-de-salud-del-estado-de-mexico?start=3>

- 6) Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud Secretaria de Salud (1996) Disponible en:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a250996.html>

- 7) Código reglamentario del Municipio de Toluca.

Disponible en:

http://www.ayst.gob.mx/pdf/011leyes/20092012_MARCO_JUR_CODIGO%20REGLAMENTARIO%20DEL%20MUNICIPIO%20DE%20TOLUCA.pdf

Textos en Internet:

1. Bousquet, Patricia. "El Cuerpo en los surcos de la Biopolítica" [en línea] 2010 [fecha de consulta: 22 de abril de 2010] Disponible en: <http://institutoclinicodebuenosaires.com/wp-content/uploads/2010/01/elcuerpo-en-los-surcos.pdf>
2. Fajardo Ortiz, Guillermo. "La descentralización de los servicios de salud en México 1981-2000". Revista Elementos, Ciencia, Cultura [en línea] 2004 45, núm. 53, vol. 11 (marzo-mayo) [fecha de consulta 25 de Abril de 2010] Disponible en: <http://www.elementos.buap.mx/num53/htm/45.htm>
3. Garcés, Marina. "La vida como concepto político: una lectura de Foucault y Deleuze". Athenea Digital [en línea] 2005, (primavera) [fecha de consulta: 18 de septiembre de 2011] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=5370070>
4. González, Beatriz y Barber, Patricia. "Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España". [en línea] 2006 fecha de consulta : 26 de Septiembre del 2009.] Disponible en: <http://www.almendron.com/politica/pdf/2006/8811.pdf>
5. Jara Navarro, María Inés. "Ética de la salud como ética de la vida". Revista Gerencia y Políticas de Salud [en línea] 2001, 1 (noviembre): [fecha de consulta: 04 de mayo de 2011] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=5451011>
6. Leal, Gustavo. "Prevención y cura en las actuales políticas mexicanas de salud. Quince aproximaciones" [en línea] 2009[fecha de consulta:18 de

- Septiembre de 2010] Disponible en:
<http://www.imagenmedica.com.mx/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=196:parte-22&catid=138:imss-bajo-el-foxismo>
7. Marina Martínez Mateo “Contradicciones neoliberales y la biopolítica del aborto en Chile” en *Biopolítica* [en línea] 2010 [Fecha de consulta: 17 de Marzo de 2010.] Disponible en:
<http://www.biopolitica.cl/pags/congreso_chileno.html>
8. Ruiz Chávez , Manuel y Rodolfo Lara Ponte de Ponte. . “Los niveles de salud en el municipio mexicano actual” en *Gaceta Mexicana de Administración Pública Estatal y Municipal. El municipio como factor del desarrollo nacional equilibrado*. [en línea] 1987, 26- 27 y 28 (abril-diciembre):74-81 [Fecha de consulta: 17 de Marzo de 2010.] Disponible en:
<<http://74.125.95.132/search?q=cache:Ad4TzyXiHgsJ:www.juridicas.unam.mx/publica/rev/indice.htm%3Fr%3Dgac%26n%3D26+los+niveles+de+salud+en+el+municipio+mexicano+actual&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=mx>>
9. Moreno Jaimes.. Carlos. “La descentralización del gasto en salud en México una revisión a sus criterios de asignación” en *Issue 95 of Documento de trabajo (Centro de Investigación y Docencia Económicas).*: Serie *Administración Pública* [en línea] 2001 [Fecha de consulta 25 de mayo de 2011] <http://books.google.com.mx/books/about/La_descentralizaci%C3%B3n_del_gasto_en_salud.html?id=TblhHAAACAAJ&redir_esc=y>
10. Narro-Robles, José; Rodríguez-Domínguez, José; Viesca-Treviño, Carlos y Abreu-Hernández, Luis Felipe. “Ética y Salud: Retos y Reflexiones” en *Gaceta Médica de México* [en línea] 2004, vol.140, n.6: 661-666. [Fecha de consulta 25 de mayo de 2011], Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S001638132004000600017&lng=en&nrm=iso>

11. Sotelo, J y Rocabado, F(1994). "Salud desde el municipio: una estrategia para el desarrollo" en *Salud Publica de México* [en línea] 1994 ,36: 439-446 [fecha de consulta: 17 de Marzo de 2010] Disponible en: <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001715>>
12. Soberón, Guillermo y Martínez, Gregorio. "La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta" en *Salud Pública de México* [en línea] 1996, 38 (septiembre-octubre): 371-378 [fecha de consulta: 25 de abril de 2010] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=1063850>>
13. SoyEntrepreneur.com "Claves de éxito de Farmacias Similares" [en línea] 2011 [fecha de consulta 09 de enero de 2011] Disponible en: <http://www.soyentrepreneur.com/claves-de-exito-de-farmacias-similares.html>>
14. Merino, Gustavo "Descentralización de los SS en el contexto del Federalismo" en *Caleidoscopio de Salud* [en línea] 2003 [fecha de consulta: 22 de abril de 2010] Disponible en: <http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/14%20Descentralizacion.pdf>>
15. Tobar, Federico "Descentralización en salud en América Latina" [en línea] 2006 [Fecha de consulta : 27 de Noviembre del 2010.] Disponible en: <http://www.federicotobar.com.ar/pdf/Gestionensalud/Descentralizacion-en-Salud-en%20America%20latina.pdf> >
16. Ugalde, A. y Homedes, N.. "Descentralización del sector salud en América Latina". *Gaceta Sanitaria* [en línea]. 2002, vol.16, n.1 [Fecha de Consulta 27 de Noviembre de 2010.] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100004&lng=es&nrm=iso>.
17. _____ "25 años de descentralización del sistema de salud mexicano: una experiencia para analizar". *Rev. Gerenc. Polit. Salud* [en

línea] 2008 July/Dec. 2008, vol.7, no.15, p.26-43 : [en línea] [Fecha de consulta:27 de Noviembre de 2010] Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2670/1929>>

18. Ugarte, Jesús “Genomma Lab va por sus propias farmacias” [en línea] 2012 [Fecha de consulta: 08 de Junio de 2012.] Disponible en:<<http://www.cnnexpansion.com/negocios/2012/06/07/genomma-lab-quiere-tener-sus-farmacias>>
19. Van der Stuyft, Patrick De Vos, Pol. “La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud” *Revista Cubana de Salud Pública* [en línea] 2008, 34 (Diciembre-Sin mes) : [en línea] [Fecha de consulta: 27 de mayo de 2011] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21419854014>> ISN 0864-3466>

Hemerografía de consulta y citada

1. Ase, Iván (2006), “La descentralización en los Servicios de Salud en Córdoba: Entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal” en *Revista Salud Colectiva*, núm. 2, vol.2 (mayo-agosto): 199-218.
2. Bracamontes, Francisco (1987), “La descentralización del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y los sistemas estatales y municipales” en *Revista de Administración Pública*, núm.69-70 (enero-junio), México: IAPEM.
3. Enrique Cabrero Mendoza, et al, (1997) “Claroscuros del nuevo federalismo mexicano: estrategias en la descentralización federal y capacidades en la gestión local” en *Gestión y Política Pública*, vol. 6 No. 2, julio-diciembre de, 329-387.
4. Cacho, Yureli (2007), “Las guataperas: la seguridad social en otros tiempos”, en *Revista A tu Salud*, núm. 47, México: IMSS/ México Interactivo.

5. Espinosa, Jorge (1987), "Modelo y ejecución de la descentralización de los servicios de salud" en *Revista de Administración Pública*, núm.69-70 (enero-junio), México: INAP.
6. Flamand, Laura (1997) "Las perspectivas del nuevo federalismo: el sector salud. Las experiencias de Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí en *Working Paper CIDE 1997* (Department of Public Administration, núm. 55. México: CIDE.
7. Frenk J, Gómez O, Knaul F (2004). "Salud: un diagnóstico" en *Revista Nexos*, núm. 26 (317):71-78.
8. Menéndez, Nadia (2005), "Principales causas de morbilidad y mortalidad en el siglo XIX" en *Revista A tu Salud*, núm. 19, México: IMSS/ México Interactivo.
9. Menéndez, Nadia (2007), "Salubridad, médicos y Protomedicato a finales del siglo XVII" en *Revista A tu Salud*, núm. 36, México: IMSS/ México Interactivo.
10. Rodríguez, Manuel (2006), "La medicina en la Nueva España" en *Revista A tu Salud*, núm. 26, México: IMSS/ México Interactivo.
11. Rodríguez, Manuel (2008), "La enseñanza de la medicina en México" en *Revista A tu Salud*, núm. 57, México: IMSS/ México Interactivo.
12. Rodríguez, Manuel (2008), "El exilio español en México una ganancia mutua" en *Revista A tu Salud*, núm. 58 (diciembre), México: IMSS/ México Interactivo
13. Ruiz de Chávez, Manuel (1987), "Experiencias y modalidades de la sectorización en salud" en *Revista de Administración Pública*, núm.69-70 (enero-junio), México: INAP
14. Soberón, Guillermo (1987), "El Sistema Nacional de Salud" en *Revista de Administración Pública*, núm.69-70 (enero-junio), México: INAP
15. Ortega, Roberto (1987), "La rectoría de Estado y Política Nacional de Salud" en *Revista de Administración Pública*, núm.69-70 (enero-junio), México: INAP.

Mesografía

Ángeles, Efraín (1999), “Descentralización de los servicios de salud en el Estado de México en los umbrales del Nuevo Milenio” UAEM- FCPYS.

Sánchez, Francisco Javier (2000), “El trabajo en los Servicios de Salud en el Distrito Federal” UAM-I.

García López Jesús (2009). “Gobierno Local y Reforma del Estado en América Latina” UNAM-FF y L.