

INICIATIVA CONSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. SU PROCESO DE FORMALIZACIÓN EN 1982

Guillermo Soberón
José Cuauhtémoc Valdés

Hace poco más de treinta años, el modelo de salud en México inició su transformación más reciente y acaso más profunda. El 3 de febrero de 1983 fue incorporado en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos un nuevo párrafo mediante el cual se otorga el derecho a la protección a la salud a toda persona y ordena la definición de las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Han transcurrido poco más de tres décadas desde la promulgación de ese derecho constitucional, que ha generado una gesta colosal del Estado mexicano para contar con un Sistema Nacional de Salud; años de esfuerzos que han dado como fruto: la continuidad en las políticas públicas en materia sanitaria; el quehacer persistente de las instituciones del sector salud por ofrecer servicios oportunos y de calidad; la aceptación de responsabilidades de los gobiernos de las entidades federativas para hacerse cargo de la salud de sus conciudadanos; la presencia de un sector privado cada vez más comprometido en su concurso ya sea por la prestación directa o por su aporte a una mejor infraestructura; una sociedad civil más fortalecida, solidaria y partícipe en diversas tareas de

salud, y una población más consciente de su responsabilidad en el cuidado de su salud y más demandante de su atención oportuna y eficaz.¹

Hoy, a poco más de tres décadas de aquel acontecimiento, el desiderátum y el compromiso persisten para avanzar a una sociedad que supere siete obstáculos para el mejor desempeño de un sistema de salud: la inequidad, la insuficiencia, la ineficiencia, la inadecuada calidad, la insatisfacción, la inflación y la inseguridad.²

La protección a la salud debe verse como una política de Estado, un derecho social efectivo en forma creciente, un instrumento estratégico para el combate a la pobreza, un componente esencial de la democracia, una divisa de participación de la sociedad civil organizada, una estrategia fundamental para el desarrollo económico y una responsabilidad de todos.

ANTECEDENTES

El derecho a la salud es un deseo anhelado de tiempos remotos. La Asamblea General de las Naciones Unidas señaló en la declaración de 1948 que “todo hombre tiene derecho a un estándar de vida adecuado para su salud y bienestar personal y de su familia, incluyendo alimentación, habitación, atención médica y los servicios necesarios y derecho a subsistir en caso de desempleo, enfermedad, incapacidad, vejez y otras circunstancias fuera de su control”.

Sin embargo, se pueden ubicar los antecedentes para llegar al derecho a la protección de la salud en la Conferencia de la Organización Mundial de la Salud celebrada en Alma Ata, en 1978, que planteó la estrategia de la atención primaria a la salud como la vía para lograr la meta de salud para todos en el año 2000, es decir el más alto grado posible de salud. Ahí se señaló que la salud es un derecho fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social

¹ José Cuauhtémoc Valdés Olmedo, “El derecho a la protección de la salud. Una gesta de 30 años”, en *México Social*, 2014.

² Julio Frenk, *et al.*, *Economía y Salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final*, México, Fundación Mexicana para la Salud, 1994.

cuya realización exige la intervención de muchos actores sociales y económicos, además de la salud.³

Con ello dio inicio un movimiento generalizado para construir e implantar la estrategia con medidas específicas tales como la formulación de planes y programas nacionales de salud, el fortalecimiento de los marcos jurídicos nacionales, en especial con la inclusión en las cartas constitucionales del derecho a la salud. De esta manera, algunas de las naciones miembros de la Organización Mundial de la Salud fueron incorporando esta garantía social en sus cartas magnas. En efecto, cerca de una veintena de naciones de la Región de las Américas incluyen ahora este derecho en sus ordenamientos nacionales.⁴

Gro Harlem Bruntland, Directora General de la OMS, impulsó en el marco del Decenio de las Naciones Unidas para la Educación en la Esfera de Derechos Humanos una historieta de amplia difusión, con el ánimo de dar a conocer a la población que “el goce del grado máximo de salud que pueda alcanzarse es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano... es preciso que la población conozca mejor sus derechos, para que pueda tener mayor control sobre sus vidas... espero que ello constituya un paso hacia una mayor comprensión y conocimiento del derecho a la salud como un instrumento para habilitar a los más necesitados”.⁵

El derecho a la salud implica que cualquier persona, independientemente de su estado o condición social, económica o cultural, tiene derecho al acceso a los servicios de salud en la medida que cada sociedad los pueda producir y prestar. También significa que el Estado y la población son corresponsales en la procuración individual y colectiva de la salud.

HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La tarea de conducir el sector salud durante un periodo sexenal de gobierno federal ofrece buenas oportunidades de introducir cambios para

³ OMS, UNICEF, *Alma Ata 1978*, Atención Primaria a la Salud, OMS, Ginebra, 1978.

⁴ Hernán Fuenzalida Puelma y Susan Schoell Connor (eds.), *El derecho a la salud en las Américas*, Publicación Científica 509, Washington, OPS.

⁵ Valdés Olmedo, *op. cit.*

perfeccionar su estructura y mejorar su desempeño. Esta posibilidad se deriva de un sólido planteamiento elaborado al inicio de la gestión en sus primeras etapas o bien durante la solución de los problemas y contingencias que surgen durante la gestión misma.

En 1981 se dio una de tales oportunidades cuando el Presidente José López Portillo creó el 25 de agosto de ese año la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, con el propósito de analizar y proponer opciones de política que permitieran alcanzar un mayor grado de integración y equidad dentro del sistema de salud. La Coordinación se constituyó como un organismo de carácter temporal, que operó de esa fecha hasta el 30 de noviembre de 1982. Tuvo como objetivo principal “determinar los elementos técnicos, normativos, administrativos y financieros y necesarios para establecer las bases que permitan integrar los servicios públicos de salud dentro de un Sistema Nacional de Salud que cubra a toda la población”.⁶ Este tipo de arreglo fue un esquema de trabajo del Presidente López Portillo que, en ciertas áreas del conocimiento, cruzaban planes e ideas de las secretarías del gobierno federal que se relacionaban con el planteamiento de posibles soluciones a problemas existentes. Si bien podían significar duplicidades, también representaban potenciales sinergias y, acaso, estimulantes competitividades. En ese entonces se establecieron ocho de tales coordinaciones.

En esa misión fueron claves ciertos conceptos: “se decía determinar y no otro verbo que comprometiera más o dejara afuera algo [...] era suficiente para decir lo que queríamos [...] servicios públicos, nada de los privados, y pertenecientes al gobierno federal, no a otras entidades así fueran gubernamentales... la palabra sistema pesó mucho, y lo mismo el sentido de dar cobertura a toda la población. Ya estaba implícito el derecho a la protección de la salud”.⁷

En el caso de la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, el problema a tratar era que en ese entonces existían dos programas de extensión de cobertura de los servicios de salud, uno a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social orientado

⁶ Guillermo Soberón, *et al.*, *Hacia un Sistema Nacional de Salud*, UNAM, Facultad de Medicina, 1983.

⁷ Guillermo Soberón, *El médico, el rector*, México, Fondo de Cultura Económica, 2015, p. 339.

a la población rural, no cubierta por la propia seguridad social, denominado IMSS-Coplamar, y el otro orientado a las zonas marginadas de las grandes urbes, al cuidado de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, denominado Programa de Atención a la Salud a Población Marginada de las Grandes Urbes, que operó en cuatro ciudades: Guadalajara, León, México y Monterrey. Se requería, en opinión del entonces Secretario de Programación y Presupuesto, Miguel De la Madrid Hurtado, de estudios necesarios para contar con una apreciación general sobre el sistema de salud del país en su conjunto y establecer vías de solución para cómo seguir hacia delante.

Se daba así una oportunidad para incidir en un asunto de trascendencia social, que representaba retos que, de superarse, serían beneficiosos para grandes grupos poblacionales; era una especie de investigación operativa encaminada a generar información dura para tomar decisiones importantes, y que requería un gran esfuerzo de planeación.

Se planteó así hacer un estudio que pudiera realizarse rápidamente, que llegara a conclusiones fundadas y oportunas, habida cuenta que habría que aprovechar el cambio de gobierno que se avecinaba, ya que era una gran oportunidad de cambios, de la magnitud que ya podría predecirse.

“Los intensos trabajos que Soberón condujo al frente de dicha coordinación se materializaron en lo que constituye un documento seminal, convertido ya en un clásico por su profundidad analítica y su visión innovadora. Se trata del libro *Hacia un sistema nacional de salud*, que trazó el mapa de los cambios que México requería en materia de salud”.⁸

Conviene relatar, brevemente, la experiencia que se tuvo con los trabajos de la Coordinación, que se describen con mayor detalle en el mencionado libro.

LOS TRABAJOS DE LA COORDINACIÓN

La primera tarea que llevó a cabo la Coordinación fue ir a los estados de la República a fin de seleccionar algunos de ellos habida cuenta que,

⁸ Julio Frenk, “Proemio”, en Soberón, *op. cit.*, p. 321.

por el tiempo, no podría visitarse a todos. Se seleccionaron doce de ellos, algunos con problemas complicados en la prestación de servicios de salud y de ahí compilar información que pudiera dar luces a todo el espectro del país. Con ello se formularon diagnósticos situacionales para conocer cada uno de los sistemas estatales, para llegar a planteamientos concretos de qué hacer en cada estado. Se pudo avanzar a completar el ejercicio en 19 entidades y finalmente el Distrito Federal.⁹ Se pudieron así caracterizar duplicaciones y omisiones, estimar la cobertura real y llevar a cabo acciones para alinear los servicios dentro de las estructuras que les correspondían.

La segunda estrategia a seguir fue atender el proceso de descentralización, que se consideraba era el motor de los cambios que veíamos necesarios en la situación entonces existente. Así señalábamos que “vamos a aprender a descentralizar descentralizando”.

En tercer lugar se identificaron aquellos elementos que incidían preponderantemente en lo que se quería hacer para estudiarlos a fondo. Se seleccionaron 20 temas y se convocó a expertos en cada una de las materias, se propiciara la discusión y se hicieran estudios específicos, por ejemplo la estructura jurídica del sector para proponer una estructura que fuera sustentable para todas las reformas que se vislumbraban.

Para cumplir con todo lo anterior, la Coordinación procedió a elaborar estudios y a hacer los planteamientos correspondientes, obtuvo la colaboración de funcionarios, de expertos en la gestión de sistemas y servicios de salud y de profesionales de otras disciplinas interesados en contribuir a la modernización del sector. Para organizar su trabajo se formaron grupos técnicos que analizaron tanto las características de la situación de salud como los avances institucionales; revisaron la documentación del sector e hicieron estudios de campo. Conocieron los niveles de salud, apreciaron la segmentación sectorial, la insuficiente coordinación institucional y con otros sectores, valoraron la centralización política y administrativa. Destacaron los avances logrados, pero también identificaron los rezagos, insuficiencias y necesidades de

⁹ Las entidades federativas estudiadas fueron Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Colima, Guanajuato, Guerrero, México, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala y Yucatán.

modernización, las cuales dieron lugar a un conjunto de propuestas que con el nombre de “cambio estructural de la salud” se verán más adelante.

El 14 de diciembre de 1981 la Coordinación planteó, en la reunión del Gabinete de Salud, la realización de acciones inmediatas y de acciones mediatas. Entre las primeras se establecieron convenios de integración de servicios entre dependencias federales tales como la transferencia de unidades de atención médica de primer nivel del Sistema Nacional DIF a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA); la transferencia de los servicios de higiene escolar de la Secretaría de Educación Pública a la SSA; la transferencia de los servicios de salud de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Por lo que toca a las acciones mediatas se planteó realizar un diagnóstico de la salud en el país para identificar los elementos políticos, organizacionales e institucionales que han condicionado el desarrollo de los servicios de salud, definir los perfiles de demanda de servicios y conocer las características de los servicios y recursos de atención médica. Se propuso, asimismo, examinar los aspectos normativos en materia de salud e identificar las posibilidades y limitaciones derivadas de la entonces ordenación jurídica para, en cada caso, proponer medidas conducentes a la integración de los programas o de los organismos responsables de ciertas actividades en el campo de la salud.

El documento final aportó entonces un análisis de la situación de la salud en el país en ese entonces, así como las bases para la planeación de un sistema nacional que cuide la salud de los mexicanos. Fue un ejercicio de planeación estratégica, limitado fundamentalmente a definir los objetivos en materia de salud, precisar los problemas más importantes, especificar los programas prioritarios, identificar los principales recursos, poner en práctica las políticas para avanzar en la compleja tarea de proteger la salud de los mexicanos, y valorar la factibilidad y efectividad del esfuerzo.¹⁰

Los resultados del trabajo de la Coordinación señalaron cuatro tipos de necesidades que vale traer a colación:

¹⁰ Soberón, *op. cit.*, 1983, pp. 4-8.

- La necesidad social de contar con mejores servicios de salud para la población no amparada por la seguridad social.
- La necesidad económica de utilizar al máximo los recursos disponibles, a través de su redistribución de una manera prudente, racional y efectiva.
- La necesidad administrativa de hacer más efectivos los servicios prestados y superar la competencia que establecen las dependencias federales, cuya función consiste en servir al gobernado y cooperar con el Ejecutivo.
- La necesidad política en el sentido de atenuar presiones y satisfacer legítimas expectativas, tanto de las instituciones de salud y de su personal, como de destinatarios de los servicios que ofrecen.

Concluía el estudio señalando:

Lo que se sugiere es que, a partir de lo que existe y contando con la decisión de transformarlo, se alcance, en el menor tiempo posible, con la mayor prudencia, la integración de los servicios públicos de salud. Será así que podremos marchar hacia un Sistema Nacional de Salud que permita cumplir con un compromiso del estado Mexicano y satisfacer una justificada expectativa de todos los ciudadanos: la cobertura total de los servicios de salud.¹¹

Así pues, la propuesta estuvo completa para presentarla al Presidente López Portillo en octubre de 1982. El día 10 se le presentó y el día 15 al Presidente electo, Miguel De la Madrid Hurtado y finalmente quedó planteada en el referido libro *Hacia un Sistema Nacional de Salud*, que ha sido señalado por Julio Frenk de “ser un parteaguas en la segunda generación de reforma del sistema mexicano de salud, la del cambio estructural de la salud que encabezó Guillermo Soberón”.

Al término de la reunión del 15 de octubre el licenciado De la Madrid indicó: “traduzcan en acciones legislativas y mensajes políticos los cambios que hemos aprobado (...) que habré de mencionar en mi mensaje de toma de posesión, el 1o. de diciembre”.

A fin de ubicar el significado de esta reforma, señala Frenk, es preciso recordar que en 1982 México enfrentó la peor crisis económica de

¹¹ *Ibidem*, p. 8.

su historia. Tradicionalmente la respuesta convencional había consistido en reducir los programas de bienestar social, incluidos los de salud. Una de las innovaciones más trascendentes del proyecto de reforma fue rechazar dicha lógica y dar a la salud un lugar prioritario para así estructurar una respuesta social más adecuada a las complejas condiciones del país.¹²

EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Esta concepción amplia requería de un nuevo sustento jurídico. Al día siguiente de la toma de posesión, el Presidente De la Madrid envió al Congreso cinco iniciativas relacionadas con la salud. La más relevante fue la enmienda al artículo 4o. constitucional, aprobada el 3 de febrero de 1983, que estableció que: “toda persona tendrá el derecho a la protección a 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 como lo dispone el artículo 73 fracción XVI de esta Constitución”. En esa ocasión el Secretario Soberón hizo las siguientes reflexiones:

La salud es el ámbito predilecto de la sociedad igualitaria. Poca importancia tiene la disminución de desigualdades sociales, si no se manifiesta una vida sana y de mejor calidad [...]. Si bien la consagración constitucional de este derecho social fue respuesta a una demanda popular por años diferida, podría alzarse voces disidentes: para algunos puede ser innecesaria [...] para otros, podría mirarse como un acto efectista, pues de suyo no acelera ni ensancha la cobertura de los servicios de salud y más de alguno pudiera calificarla de tardía [...] la Constitución da mandato al Estado para que se aboque a dar cumplimiento creciente a ese derecho social. A partir de este gran hito de la evolución sanitaria en México, el Estado y sus funcionarios podrán ser conminados por el pueblo si no se esfuerzan suficientemente en darle efectividad progresiva al derecho a la protección de la salud.¹³

¹² Frenk, *op. cit.*, p. 322.

¹³ Guillermo Soberón, *Derecho constitucional a la protección de la salud*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1983, p. 10.

En ese entonces, se editó un libro sobre el tema en el cual un grupo selecto de especialistas analizó diversas facetas de las implicaciones que tendría el derecho a la protección de la salud.

La salud de los mexicanos, como valor ético y social, ha tenido elevada prioridad entre las políticas del gobierno de México a lo largo de poco más de tres décadas. El compromiso adquirido se ha manifestado en al menos tres circunstancias:

- La elevación, como se ha expuesto, a rango constitucional del derecho a la protección de la salud, vigente desde el 3 de febrero de 1983 en el artículo 4o. constitucional.
- La modernización del marco jurídico para el cumplimiento de la garantía constitucional, encabezada por la promulgación de la Ley General de Salud.
- La voluntad política del gobierno y del Congreso en privilegiar los recursos financieros destinados a los programas sociales, entre ellos los de salud y otros inherentes a su mejora.

LA LEY GENERAL DE SALUD

En diciembre de 1983 el Congreso de la Unión aprobó la Ley General de Salud, que fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984, seguido de la emisión de seis reglamentos en materias específicas,¹⁴ emitidos entre 1984 y 1986, los que fueron acompañados de más de 300 normas técnicas. Este cuerpo jurídico dio forma al más extenso proceso de modernización jurídica emprendido en el campo de la salud. La Ley General de Salud tuvo como misión definir las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud; establecer la separación de competencias en materia de salubridad general; y definir los rubros específicos de la salubridad general. No sólo sustituyó a los siete diversos códigos sanitarios que habían sido vigentes y difundían diversos

¹⁴ Los reglamentos emitidos fueron de: sanidad internacional; disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos; atención médica; control sanitario de la publicidad; investigación en salud; control sanitario de actividades, locales, establecimientos, productos y servicios.

conceptos y esfuerzos, sino que introdujo modalidades de organización, de gestión técnica y de estructura para la acción sanitaria. No fue producto de un trabajo puramente legislativo sino de la discusión colegiada y ordenada por parte de funcionarios y especialistas de la salud, que lograron integrar los conocimientos; actualizados en las diferentes disciplinas de la salud, como son la epidemiología, la tecnología médica y sanitaria, dentro de una gestión gubernamental sistematizada. Todo ello actualizado a las condiciones sociales del México moderno.

En los 18 títulos que integraron la Ley General de Salud se definieron aspectos de trascendencia como son:

- Las finalidades del derecho a la protección de la salud.
- La conformación del Sistema Nacional de Salud, sus objetivos y operación.
- Las competencias de los niveles de gobierno.
- La naturaleza de los servicios de atención médica, de salud pública y de asistencia social.
- Los recursos humanos para la salud.
- La naturaleza y propósitos de la investigación en salud.
- La información en salud.
- La promoción de la salud.
- Las actividades de prevención y control de enfermedades y accidentes así como el establecimiento de la vigilancia epidemiológica.
- Las acciones de asistencia social.
- La acción extraordinaria en casos de amenazas sanitarias.
- Los programas contra las adicciones.
- El control sanitario en amplio sentido.
- El control sanitario de la publicidad, así como el de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.
- La sanidad internacional.
- La autorización y certificación sanitarias.
- La vigilancia sanitaria.
- Las medidas de seguridad, sanciones y delitos.

Asimismo, las 32 entidades federativas emitieron sendas leyes estatales de salud.

La Ley confirmó la responsabilidad de la Secretaría de Salud en la rectoría y coordinación del Sistema Nacional de Salud, y se dio cabida a los sectores público, social y privado. Se atendieron las disposiciones de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal que incluyeron: los servicios de la SSA no descentralizados, las instituciones de la seguridad social, los servicios de salud de los organismos estatales descentralizados, el subsector de los institutos nacionales de salud y el subsector de la asistencia social.

EL CAMBIO ESTRUCTURAL EN LA SALUD

Los estudios realizados durante la etapa en que estuvo vigente la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República y luego, en los trabajos de diagnóstico para la integración del Programa Nacional de salud 1983-1988, permitieron conocer, en todas sus dimensiones, los avances logrados por el sector hasta fines de la década de 1970. Sin embargo, también se hizo evidente que el modelo técnico imperante, orientado hacia la atención hospitalaria y la medicina de especialidad, empezó a alcanzar sus límites. El costo de los servicios aumentó como resultado de la ampliación de la demanda y la carga tecnológica de la atención. Las poblaciones pobres, sobre todo de las comunidades rurales, no podían acceder de manera regular a servicios básicos de salud y muchos hogares se veían obligados a acudir a los servicios privados, insuficientemente regulados y que, con frecuencia, ofrecían una atención de mala calidad. A esto había que sumar el impacto de las transiciones demográfica y epidemiológica. El país empezaba a transitar hacia un nuevo perfil de salud caracterizado por un predominio creciente de las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, los padecimientos cardiovasculares y el cáncer, problemas que subsisten y que han crecido.

Las principales iniciativas del sexenio se enmarcaron en cinco grandes estrategias: a) la descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada; b) la sectorización institucional; c) la modernización administrativa de la SSA; d) la coordinación intersectorial y

e) la participación comunitaria, mismas que fueron consideradas como estrategias macro, se apoyaron en estrategias connotadas como micro, sólidas políticas de financiamiento, de investigación en salud, de desarrollo de recursos humanos, de información y de producción de insumos para la salud, así como otras medidas para mejorar el desempeño del sistema de salud.

De las estrategias macro cabe decir que la descentralización haría el sistema más eficiente operativamente y desde luego más equitativo pues se avanzaría en la solución de los problemas en el sitio donde son generados y así también se facilitarían la implantación de las innovaciones; la sectorización introduciría mayor armonía en las funciones de las instituciones de salud; la modernización de la Secretaría de Salud no sólo prepararla para nuevas responsabilidades, ya que transfiere las primordialmente operativas a los Sistemas Estatales de Salud sino que retiene los que de suyo le son propias inherentes a su carácter rector del Sistema Nacional de Salud y que les confiere la Ley General de Salud como la planeación, la evaluación, la gestión financiera global suprainstitucional y la interlocución internacional de la salud, entre otras; la coordinación intersectorial, sumando esfuerzos con el Consejo de Salubridad General, el Gabinete de Salud y comisiones o grupos especiales que tienen que ver con temas globales como recursos humanos, demografía y salud reproductiva, accidentes, adicciones, nutrición y alimentación; y, en fin la participación comunitaria para el cuidado de su propia salud y para su participación directa, ahí en donde es necesaria.

Entre las grandes estrategias, la descentralización fue la que más requirió los mayores esfuerzos y, por eso mismo, ha tenido mayor trascendencia en la vida nacional. Fue preparada minuciosamente con medidas legislativas, como las leyes locales de salud ya referidas, así como convenios entre los gobiernos federal y estatales. Se dio peso mayor a la culminación de la integración del Programa IMSS-Coplamar al sistema estatal de salud. La descentralización no sólo constituyó un proceso administrativo y una redistribución de funciones, sino que representó una política de Estado y una decisión de gobierno para equilibrar las relaciones y las responsabilidades de la administración federal con los gobiernos locales.

Los 14 estados que culminaron el proceso de descentralización en el sexenio 1982-1988 fueron: Aguascalientes, Baja California Sur, Coahuila, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Sonora, Tabasco, y Tlaxcala. El proceso de descentralización iniciado en la gestión de Guillermo Soberón en la década de 1980 y culminado en la gestión de Juan Ramón de la Fuente en la primera década del siglo XXI, llevó a establecer un mecanismo de coordinación para la programación, la congruencia de presupuestos y la evaluación entre las dependencias del sector salud federal y las entidades federativas, para lo cual fue creado el 25 de marzo de 1986 el Consejo Nacional de Salud, reestructurado el 27 de enero de 1995 y refundado el 27 de enero de 2009, como una instancia permanente de coordinación de las instituciones públicas que conforman el Sistema Nacional de Salud. Podría verse un símil de este arreglo con el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España que busca promover la cohesión del Sistema entre las responsabilidades nacionales y las autonomías.

El avance fundamental en la distribución de competencias en materia de salubridad general y en la efectividad creciente del derecho a la protección de la salud ha sido el proceso de descentralización de los servicios de salud, así como el fortalecimiento de los servicios regionales y locales de las instituciones de seguridad social para mejor responder a las demandas de salud a niveles más próximos a sus poblaciones atendidas. Se trata, en todo caso, acercar las decisiones de las políticas y programas de salud a las poblaciones beneficiarias de los servicios de salud. De esta manera, en las 32 entidades federativas de México existen ahora secretarías o instituciones de salud locales encargadas de la prestación de servicios de salud, conforme, insistimos, a lo señalado en la distribución de competencias en materia de salubridad general.

Puede afirmarse así que está considerada en forma amplia, la distribución de competencias entre la federación y los estados en materia de salubridad general, como lo precisa el derecho a la protección de la salud, si bien es cierto que es necesario perfeccionar los mecanismos para hacer más accesibles y eficaces los servicios de salud de las diferentes entidades participantes.

Fernando Martínez Cortés, médico internista que ha sido muy adepto a la historia y filosofía de la medicina, en un escrito suyo sobre el Consejo de Salubridad General, expresó:

“Hay cambios en las instituciones que son modificaciones indispensables que se deben introducir porque son consecuencia de la experiencia que se va acumulando y que indican la manera de hacer mejor las cosas. Pero hay otros cambios en las instituciones que son altos en el camino, un reacomodo integral con nuevos y renovados paradigmas, y éstos sí son cambios revolucionarios [...] las modificaciones que se hicieron en el sexenio 1982-1988 corresponden a esta serie de cambios.”

Resulta gratificante constatar que las reformas emprendidas realmente trascendieron y han encontrado continuidad en el siglo XXI. Jesús Kumate ha señalado que en materia de salud ha habido una clara política de Estado.

REFLEXIONES FINALES

Hoy todavía, en México el acceso pleno a los servicios de salud es un afán, no obstante son innegables los avances que se han alcanzado en la mejoría de los niveles de salud de la población mexicana. Varios indicadores fundamentales así lo demuestran. Se han implantado estrategias para combatir epidemias y amenazas a la salud pública como el cólera, la influenza y el dengue. Se ha dado una ampliación de la oferta de servicios con nuevos hospitales regionales de alta especialidad, hospitales de segundo nivel y clínicas de primer contacto, así como los nuevos institutos nacionales de salud de: Salud Pública, Medicina Genómica, Rehabilitación y Geriátrica. El Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) es una entidad de seguridad social que ha abierto la movilización de recursos a poblaciones que antes no estaban protegidas.

Pero los avances enfrentan retos aún no suficientemente superados: la mortalidad materna es un punto rojo en la lista de las metas del milenio para el país. El embarazo y las enfermedades de contagio sexual a edades tempranas han aumentado. La violencia intrafamiliar, en particular hacia la mujer aún es una prueba no superada. La falta de

acceso efectivo a los servicios de salud, no sólo a los especializados, sino incluso a los básicos persiste. El embate de las enfermedades crónicas degenerativas continúa en ascenso y ya representa una carga importante del gasto en salud. La pandemia de la obesidad y la diabetes mellitus nos ubican en nada honrosos primeros lugares en el plano mundial. La carga de enfermedades como la hipertensión y la obesidad infantil afectan cada vez a más mexicanos. La falta de una atención integral al anciano es una constante en los servicios. Todos ellos representan sólo algunos de los retos que ya enfrenta y enfrentará en forma más grave el Sistema Nacional de Salud en los años por venir.

Sin duda se requiere avanzar en forma más decidida hacia la universalidad de los servicios de salud en un afán de lograr un sistema unificado de salud y contribuir así al avance hacia la protección de la salud que merece todo mexicano.

La universalidad de los servicios de salud deberá proporcionar soluciones eficaces de salud a todos los mexicanos en todas sus etapas de la vida. Deberá atender a sus necesidades esenciales; con servicios equitativos, oportunos y de calidad que hagan efectivo el derecho a la protección de su salud. Ya se plantea generar y perfeccionar mecanismos estructurales y de gestión dentro de las instituciones públicas para el adecuado aprovechamiento de los recursos humanos, instalaciones, equipos y materiales, financieros y de información, así como de conocimiento que hagan efectivo, oportuno y con calidad el servicio que se brinda a la población, independientemente de su condición laboral, social y cultural. Al mismo tiempo, se hace necesario fortalecer a las entidades federativas para avanzar a una equilibrada distribución de competencias de las responsabilidades en materia de salud pública y de atención a la salud de las personas. Un paso más decidido y firme hacia la descentralización de la vida nacional en materia de salud se hace necesario. Además, se requiere garantizar recursos financieros suficientes para la salud pública de forma adecuada en un balance con los que se requieren para la atención a la persona, con énfasis a los servicios preventivos.

Además de los esfuerzos para caminar hacia la reorganización funcional del sistema de salud, hace falta andar por el camino del fortalecimiento de los recursos humanos que cuenten con incentivos adecuados

para que brinden un trato digno, respetuoso, profesional y de calidad; respaldado por la investigación en salud que proporcione la evidencia necesaria para atender las necesidades de salud, al tiempo que impulse la innovación tecnológica que demanda el perfil epidemiológico y demográfico del país. Y estos son, en nuestra opinión, los retos más importantes de la salud en los años próximos.

Avanzar hacia la universalidad requerirá un esfuerzo más allá del ámbito de los gobiernos federal, estatales o municipales. Habrá de contar con la valiosa participación del sector privado y de la sociedad civil para desarrollar asociaciones de inversión en infraestructura, abasto de insumos y medicamentos, obra social, sistemas de información y tecnología de comunicaciones, así como en la prestación de servicios. La apertura de los programas públicos a los servicios privados y a las organizaciones de la sociedad civil, será un ingrediente necesario si queremos que el derecho a la protección a la salud sea una garantía efectiva de los ciudadanos.

El concepto de universalidad no es algo totalmente definido y hay quienes piensan que es inviable en nuestro país debido a la estructura segmentada de sus instituciones y a la variedad y alcance de los servicios que se ofrecen, sobre todo en lo que se refiere a la heterogénea calidad, que da lugar a una iniquidad incompatible con la igualdad biológica implícita en el derecho, en la equidad y en la bioética. Vencer barreras, crear formas audaces y ofrecer alternativas viables es el reto que nos enfrenta el siglo actual. Hay que encarar el reto con mente abierta, escuchando a los profesionales y a los expertos como se hizo en el cambio estructural. Aceptemos las diversas aportaciones con el espíritu democratizado avanzado que requiere el país, pues un sistema universal de salud llevado a su cabal realización constituirá un gran alivio para la hoy afligida sociedad mexicana.¹⁵

La tarea de la salud no es sólo una tarea de gobierno. La salud es responsabilidad de todos. Se requiere el concurso de una sociedad mejor informada, más conocedora de sus derechos y obligaciones, más demandante y exigente de los servicios que recibe o que no recibe.

¹⁵ Soberón, *op. cit.*, p. 362.

Requiere el concurso del sector privado y, sobre todo, de la sociedad civil organizada.

Los hogares, las escuelas, los centros de trabajo, los núcleos de convivencia de las comunidades, son lugares idóneos para identificar, gestar y ejecutar acciones, sobre todo preventivas, para lograr una mejor salud. Más de 6 mil organizaciones de la sociedad civil llevan a cabo acciones de asistencia social, de atención médica, de rehabilitación; de promoción de la salud, de nutrición y alimentación, de fomento a la investigación; a la actividad física, de formación de cuadros profesionales, de combate a las adicciones y a problemas sociales como el SIDA; de defensa de los derechos humanos, de atención a grupos vulnerables, de atención al anciano. Es inminente la necesidad de fomentar el nacimiento de nuevas organizaciones, de contribuir a su fortalecimiento institucional, a su desempeño. Son tareas que requiere impulsar el sistema de salud para avanzar hacia la universalidad de los servicios de salud.

Durante los años transcurridos después de aquella época de reformas, se han expresado diversos comentarios, ciertamente halagadores en su mayoría, pero también algunas observaciones sobre lo que faltó hacer para alcanzar un cambio mayor, más ambicioso. Se ha podido mostrar a la sociedad mexicana que, a pesar de las resistencias poderosas y de la falta de recursos, es posible intentar y lograr la transformación del sistema. En principio no es nada menor que se haya hecho un amplio reconocimiento del derecho a la protección de la salud de los mexicanos, que este tenga ahora una expresión constitucional y que ahora sea guía conductora de nuevos cambios, para los cuales siempre habrá espacio por ser necesarios y, sin duda, provechosos.

Lo mismo puede decirse de la Ley General de Salud, un instrumento que en el transcurso del tiempo ha tenido diversas reformas para adecuarla a los avances del conocimiento y la innovación, a las cambiantes condiciones de la sociedad y de sus necesidades, pero en su momento, también, se ha podido demostrar que pueden ser llevadas a un rango legal las aportaciones científicas y tecnológicas que contribuyen a la salud; así como el hecho de que se puede reglamentar la organización de las medidas para impulsar la medicina preventiva, la atención médica y la vigilancia epidemiológica y de otras condiciones sanitarias.

Haber emprendido y logrado medidas de un cambio estructural en el sistema de salud mexicano es una muestra de que no debe haber temor para emprender reformas de profundidad. Un sistema de salud actualizado, con características de verdadera universalidad, en cobertura, equidad y financiamiento efectivo, puede ser sin duda alguna un instrumento que no sólo se ocupe de los cuerpos de los ciudadanos enfermos o en desgracia; sino que puede ser una medida de prevención y un remedio de tal alcance que alivie la angustia de una sociedad agobiada, tanto por las profundas heridas que ahora recibe en su tejido, como otras que pudieran estar por venir. México ya tiene la capacidad para enfrentar con éxito estas contingencias.

COLOFÓN

Tres décadas desde la promulgación del derecho a la protección de la salud han generado una empresa colosal del Estado mexicano para contar con un Sistema Nacional de Salud, fruto de la continuidad en las políticas públicas, del quehacer persistente de las instituciones del sector salud, de la asunción de responsabilidades de los gobiernos de las entidades federativas, de un sector privado cada vez más comprometido en su concurso, de una sociedad civil más fortalecida, de una población más consciente de su salud.

La protección de la salud debe comprenderse como una política de Estado, un derecho social crecientemente efectivo, un instrumento estratégico para el combate a la pobreza, un componente esencial de la democracia, una divisa de participación de la sociedad civil organizada, una estrategia fundamental para el desarrollo económico y una responsabilidad de todos.

En perspectiva, los afanes emprendidos en nuestras respectivas patrias habrán de avanzar hacia el logro de brindar protección a la salud de sus habitantes. Estoy cierto que este propósito seguirá guiando a las futuras generaciones que asuman el mando de los respectivos sistemas nacionales de salud.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

- FRENK, Julio, *et al.*, *Economía y Salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final.* México, Fundación Mexicana para la Salud, 1994.
- FUENZALIDA PUELMA, Hernán y Schoell Connor, Susan (eds.), *El derecho a la salud en las Américas*, Publicación Científica 509, Washington, OPS.
- OMS, UNICEF, *Alma Ata 1978. Atención Primaria a la Salud.* OMS, Ginebra, 1978.
- SOBERÓN, Guillermo, *et al.*, *Hacia un Sistema Nacional de Salud*, Facultad de Medicina, UNAM, 1983.
- , *El médico, el rector*, Fondo de Cultura Económica, México, 2015.
- , *Derecho constitucional a la protección de la salud*, Miguel Ángel Porrúa, México, 1983.

Hemerográficas

- VALDÉS OLMEDO, José Cuauhtémoc “El derecho a la protección de la salud. Una gesta de 30 años”, en *México Social*, 2014.

