

ALGUNAS EXPERIENCIAS INHERENTES A LA APLICACIÓN DE ESTAS ÁREAS DEL CONOCIMIENTO

GUILLERMO SOBERÓN

- SUMARIO: I. *El derecho a la protección de la salud (primera experiencia).*
II. *La cascada jurídica para la protección de la salud (segunda experiencia).*
III. *El Sistema de Protección Social en Salud (tercera experiencia).*
IV. *El deslinde entre lo académico y lo gremial (cuarta experiencia).*
V. *Perspectivas actuales.*

Agradezco a los coordinadores de este ciclo sobre el Pensamiento Jurídico Contemporáneo, doctores Héctor Fix-Zamudio y Diego Valadés, su invitación para participar en esta sesión coordinada por la doctora Ingrid Brena, para revisar experiencias en torno a derecho y salud. Me referiré a cuatro experiencias que he tenido en torno al binomio derecho y salud. En las ocasiones esporádicas en que pude recoger algunas impresiones sobre dicha cuestión, que me habían ilustrado del efecto positivo en la interacción de estas dos áreas del conocimiento, se producían aspectos benéficos para ambas.

I. EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD (PRIMERA EXPERIENCIA)

Entre 1981 y 1982 tuve la encomienda de conducir los trabajos de la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, por encargo del licenciado José López Portillo, entonces

presidente de México, a fin de determinar los elementos técnicos, normativos, administrativos y financieros para establecer las bases que permitieran integrar los servicios públicos de salud que atienden a la población abierta dentro de un Sistema Nacional de Salud que asegurara cobertura a toda la población. Esta organización tuvo una vida efímera, pues funcionó de agosto de 1981 a noviembre de 1982.

El producto de los trabajos de la Coordinación se plasmó en el libro seminal *Hacia un Sistema Nacional de Salud*, en el que figuraron como autores Guillermo Soberón y Leobardo Ruiz, con la colaboración, entre otros, de José Laguna y Diego Valadés, en donde se señaló que “el derecho a la salud debe traducirse en la protección de la salud, que implica la accesibilidad de la población a servicios médicos homogéneos, completos, escalonados y permanentes, y [...] que la atención igualitaria es un requisito para la democratización de la sociedad”.¹ Pareció que asegurar el acceso a los servicios de salud sería un parámetro adecuado, por lo que despejar los distintos factores que interfieren con el acceso sería una estrategia válida para avanzar en la adecuada accesibilidad y, consecuentemente, en la correcta aplicación de los distintos tipos de servicios, que incluyen elementos variados: geográficos, de transportación, económicos, sociales, culturales, entre otros.

Julio Frenk le atribuye a ese libro el mérito de ser el parteaguas de la segunda generación de reformas del sistema mexicano de salud, la del cambio estructural que encabecé como secretario, primero de Salubridad y Asistencia y, posteriormente, de Salud en 1986, justo a raíz del cambio de nombre de Secretaría de Salubridad y Asistencia a Secretaría de Salud (SS).

El licenciado Miguel de la Madrid, ya como presidente electo, asumió el compromiso en uno de sus primeros actos de gobierno al anunciar la emisión de la iniciativa en comento en su discurso de to-

¹ Guillermo Soberón y Leobardo C. Ruiz, con la colaboración de Gerardo Ferrando, Víctor Gómez Moreno, José Laguna, Diego Valadés y Andrés G. de Wit, *Hacia un Sistema Nacional de Salud*, Comisión de Salud y Seguridad Social-Coordinación de los Servicios de Salud-UNAM, México, 1982, p. 13.

ma de posesión, a fin de introducir el 3 de febrero de 1983 el párrafo tercero del artículo 4.º de la Carta Magna del país que se refiere al derecho a la protección de la salud, en el que se señala que “toda persona tiene 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 de las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”. Además de que esta garantía social significó el compromiso del gobierno mexicano para asumir de lleno el cuidado de la salud de los mexicanos, otorgó a los ciudadanos una plataforma legal, doctrinaria y programática para el constante perfeccionamiento del sistema de salud, asignando crecientes recursos para su cabal cumplimiento.

El licenciado De la Madrid tuvo a bien, una vez investido con la primera magistratura, designarme secretario de Salubridad y Asistencia para encauzar los trabajos que dieran sustento al cumplimiento creciente a ese nuevo derecho social, mediante un conjunto de estrategias para avanzar hacia la consolidación del Sistema Nacional de Salud. Desde un mes antes, es decir, a fines de octubre, había instruido a José Francisco Ruiz Massieu y a Diego Valadés para que convirtieran en notas informativas y mensajes políticos las propuestas de la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República. En aquellas discusiones se dio forma a la iniciativa para incluir el derecho a la protección de la salud, así como las estrategias macro y micro que constituyeran el llamado cambio estructural de la salud; las que, por tanto, tomaron un carácter operativo para dar lugar a los cambios inherentes que, como lo he mencionado, Julio Frenk calificó como la segunda generación de la reforma del Sistema Nacional de Salud.

II. LA CASCADA JURÍDICA PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD (SEGUNDA EXPERIENCIA)

Al poco tiempo, en enero de 1984, se promulgó la Ley General de Salud, reglamentaria de la enmienda constitucional señalada, des-

pués de un largo ejercicio participativo de discusión tanto dentro del sector salud como en el cuerpo legislativo. El Congreso de la Unión aprobó la Ley General de Salud, que no sólo sustituyó a los siete códigos sanitarios que habían sido sucesivamente vigentes desde el siglo XIX, sino que introdujo modalidades de organización, gestión técnica y estructura para la acción sanitaria. Después continuó un amplio ejercicio legislativo con la emisión de 32 leyes estatales de salud, seis reglamentos que sustituyeron más de ochenta ordenamientos farragosos acumulados a través del tiempo y más de trescientas normas técnicas, lo cual constituyó toda una reforma administrativa, técnica y jurídica.

Las principales iniciativas del sexenio se enmarcaron en cinco grandes estrategias macro: la descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada; la sectorización institucional; la modernización administrativa de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que se transformó, así, en la SS; la coordinación intersectorial; y la participación comunitaria. Éstas se apoyaron en otras estrategias llamadas micro: sólidas políticas de financiamiento; de investigación en salud; del desarrollo de recursos humanos; de la obtención y disseminación de la información; y la producción de insumos para la salud, así como otras medidas para mejorar el desempeño del sistema de salud, entre las que destacan la compactación de unidades para disminuir el número de entidades de la gestión central, el fortalecimiento de la planeación y la evaluación, y la promoción de la información y la estadística como herramientas para la toma de decisiones por parte de las instancias gerenciales. Destacó el proceso de descentralización de los servicios de salud que, en el sexenio que me tocó (1982-1988), culminó en catorce entidades federativas y que, dos sexenios después, completó Juan Ramón de la Fuente cuando fue secretario de Salud. Desde entonces, le ha tocado a la SS formular los capítulos relativos a la salud en los Planes Nacionales de Desarrollo, así como los cinco programas sectoriales de salud de las recientes administraciones federales.

Un aspecto relevante de esta reforma fue empoderar a la SS mediante el fortalecimiento de su rectoría del Sistema Nacional de Salud, es decir, la coordinación y la conducción del Sistema Nacional

de Salud y, según lo señala la Ley General de Salud, no sólo como la responsable del sector salud federal, sino de la armonización de esfuerzos con las entidades federales a través de un nuevo Consejo Nacional de Salud. Asimismo, destacó el establecimiento de la actual Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), que congregan la labor conjunta de estas instituciones de salud.

III. EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD (TERCERA EXPERIENCIA)

La labor en la que nos involucramos en la Fundación Mexicana para la Salud, bajo la conducción de Julio Frenk, como investigador residente, y que llevaron —ya en su época como secretario de Salud— a la creación del Sistema Nacional de Protección Social en Salud y su brazo operativo, el Seguro Popular. Mi presencia en esta parte del desarrollo fue como observador interesado, pues ya no era secretario de Salud.

En efecto, en 1994, a raíz del estudio del Fondo Mundial, *Invirtiéndose en salud*, Funsalud atrajo a Julio como investigador residente para elaborar el estudio *Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México*, trabajo seminal que impulsó procesos de reforma no sólo en el país, sino en otras naciones del continente. El estudio generó importantes instrumentos de la política sanitaria, como las cuentas nacionales de salud, los estudios del peso de la enfermedad y la definición de intervenciones costo efectivas. Señaló, asimismo, los siete obstáculos principales para el buen desempeño del sistema de salud, a saber: inequidad, insuficiencia, ineficiencia, calidad inadecuada, insatisfacción, inflación e inseguridad. Algunos de éstos continúan siendo factores importantes para no alcanzar la universalidad de los servicios de salud, coadyuvante en el desiderátum del derecho a la protección de la salud.

Como secuela de su estudio, Funsalud desarrolló otras pesquisas que coadyuvaron al planteamiento esencial para establecer el Sistema de Protección Social en Salud, el cual fue introducido por

una reforma a la Ley General de Salud en 2004, impulsada plenamente por Julio Frenk ya como secretario de Salud.

IV. EL DESLINDE ENTRE LO ACADÉMICO Y LO GREMIAL (CUARTA EXPERIENCIA)

Lo que ahora comentaré constituye un elemento en que el derecho ha sido de suma utilidad para contender con un problema relevante: la irrupción del sindicalismo en las casas de estudios del país que se hizo explícita en 1972.

Me tocó contender con el advenimiento del sindicalismo universitario a raíz del conflicto que vivió la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en ese año, cuando el rector Pablo González Casanova renunció después de un largo conflicto que paralizó a la UNAM entre julio y diciembre de 1972, en una de las más graves crisis que ha sufrido nuestra Casa de Estudios, pues los trabajadores administrativos encabezados por Evaristo Pérez Arreola reclamaron el establecimiento de un sindicato. La UNAM rechazó ese requerimiento que no correspondía al carácter de la misión que los trabajadores tienen encomendada para cumplir con el servicio que prestan a las universidades.

El conflicto se pudo definir, en un principio, con la firma no de un contrato colectivo sino de sendos convenios, uno con los trabajadores administrativos, agrupados en el Sindicato de Trabajadores de la UNAM (STUNAM), y otro con los trabajadores académicos, agrupados en la Asociación Autónoma del Personal Académico de la UNAM (AAPAUNAM). Estas dos agrupaciones mostraron una mayoría representativa para ser los titulares de los convenios mencionados.

El Sindicato de Trabajadores y Empleados de la UNAM (STEUNAM) pretendió, en su momento, transformarse en un Sindicato Único Nacional de Trabajadores Universitarios (SUNTU) que agrupara a todas las universidades públicas, lo cual habría llevado a situaciones inmanejables para la vida académica universitaria. Al promoverse la reforma al artículo 3.º constitucional que incorpora la autonomía universitaria, se superó la amenaza del SUNTU.

Por una parte, pudimos establecer un claro deslinde entre lo académico y lo gremial al contender y encauzar la pretensión del sindicalismo universitario a una situación viable de convivencia; el reconocimiento de que su labor académica reclama condiciones de compatibilidad de las características especiales de su labor, entre sí y con otros elementos que surgen en la conflictiva universitaria, lo cual, como se ha mencionado, llevó al convencimiento del gobierno federal de elevar a rango constitucional la autonomía de su gestión, decantada a través de cincuenta años de una historia con altibajos, encuentros y desencuentros, pero siempre cumpliendo mejor con su misión de impartir la educación superior que el país requiere para constituir cuadros técnicos altamente calificados, de llevar a cabo la búsqueda y difusión del nuevo conocimiento mediante la realización de investigación científica y tecnológica y de extender a todos los confines del país valores y principios culturales que les confieren nítidamente identidad y rumbo.

Por eso la UNAM, con convicción y firme determinación, agradeció y apoyó la iniciativa de la Presidencia de la República para incorporar la autonomía universitaria en el cuerpo del artículo 3.º constitucional, y así las modalidades del trabajo especial universitario quedaron incluidas en la Ley Federal del Trabajo. Justo es mencionar la entrega y eficiente actuación de la estructura jurídica de la UNAM: integrada por la Oficina del Abogado General, la Dirección General de Asuntos Jurídicos, la Dirección General de Estudios Legislativos, el Instituto de Investigaciones Jurídicas (IIJ), la Oficina de la Defensoría Universitaria, pero también la participación de profesores eméritos de la Facultad de Derecho, quienes pudieron alinear sus funciones y su desempeño en defensa de su alma máter en tiempos de dura prueba.

Dejo constancia de la entrega y atinada conducción del Gran Capitán, el entonces abogado general de nuestra Casa de Estudios, el doctor Diego Valadés.

V. PERSPECTIVAS ACTUALES

Han pasado más de treinta años desde que se introdujo en el conjunto de garantías sociales la protección del cuidado de la salud. A lo largo de ese periodo las condiciones se han modificado en forma importante, tanto por los cambios ocurridos en las transiciones demográficas y epidemiológicas, así como en las condiciones sociales, políticas, culturales y económicas del país. En ese lapso, la Ley General de Salud y el conjunto de ordenamientos jurídicos relativos a la materia sanitaria se han adaptado, con buen tino, a la dinámica ocurrida.

Así, se ha enriquecido el cuidado de la salud con nuevas intervenciones sanitarias, pues, en efecto, desde mediados del siglo XX —y en especial en 1953 cuando Watson y Crick esclarecieron la estructura del ácido desoxirribonucleico (ADN), molécula depositaria de la herencia genética que caracteriza a los seres vivos— los avances y los descubrimientos científicos se aceleraron y esto tuvo un gran efecto en nuestra comprensión de la información genética, su estructura y su mecanismo para perpetuar la vida a través de las progenes sucesivas. De ahí que fuera posible la riqueza de nuevos instrumentos que crecientemente se aplican al cuidado de la salud. También hemos aprendido de las sinergias que pronto se establecen entre tales elementos de diversa naturaleza que multiplican los medios terapéuticos a nuestro alcance, nuevos instrumentos de diagnóstico. El advenimiento de la medicina genómica, en la que estamos inmersos, muestra con claridad estos avances.

Por eso es de esperarse que el derecho y la salud extiendan sus posibilidades de interacción y, por lo tanto, aumenten sus posibilidades de una interacción benéfica. Por eso hay que considerarlas como políticas de largo plazo.

Pese a los avances en los programas sociales en materia de salud y de seguridad social, los rezagos persisten y cada vez la sociedad tiene una mayor capacidad para demandar servicios de calidad, con trato digno, eficiente y efectivo.

Debido a eso se ha venido prestando cada vez mayor atención a las imperfecciones del Sistema Nacional de Salud mexicano, entre

las que destaca su segmentación, responsable en buena parte tanto de repeticiones como de omisiones y, sobre todo, de introducir una gran inequidad. En efecto, un profundo debate se ha desarrollado sobre la cuestión de cómo superar la segmentación, lo que ha dado lugar a serias discrepancias sobre lo que debe entenderse por la “universalidad de los servicios de salud”. La doctora Mercedes Juan ha expresado, sin ambages, que no se trata de constituir una sola institución que se ocupe del cuidado de la salud de los mexicanos, lo que enfrentaría impedimentos jurídicos y dificultades operativas, entre otros, sino que la libre elección de los usuarios sea la que señale al prestador de servicios y que pague la entidad responsable del financiamiento de los mismos. Se ha postulado que este arreglo se traduciría en una mayor eficiencia y calidad.

Por eso se señala que la separación del financiamiento y la prestación de los servicios es condición *sine qua non*. Acercar a los protagonistas en procesos de homologación operativa y de recursos técnicos, humanos y financieros sería, asimismo, una condición previa. De ahí la importancia de continuar el desarrollo de tales esfuerzos para iniciar la universalidad una vez que las condiciones de los servicios lo permitan y sea factible iniciar y consolidar ese gran paso que habrá de superar los inconvenientes de la segmentación.

Es cierto que hay mucho por hacer en lo que el derecho puede proporcionar para que la protección de la salud sea un derecho crecientemente efectivo, en una sociedad que aspira a ser más justa y equitativa, pero también es verdad que la superación de posibles barreras y la provisión de los factores facilitadores en juego serán potenciales generadores de sinergias.