

# Federalismo y salud

JUAN RAMON DE LA FUENTE

El concepto federación en la historia del México independiente es una de las expresiones más vivas de los anhelos del pueblo mexicano por buscar su configuración como Nación.

Sería imposible tratar de entender lo que somos y lo que aspiramos ser, sin una visión clara y objetiva de lo que encarna el significado del término federalismo, desde su conformación ideológica en las luchas de los inicios del siglo XIX hasta sus ramificaciones sociales en el final del XX.

Relacionar al federalismo con la salud es hacer referencia necesaria a una vocación humanista, solidaria y benefactora de la sociedad hacia consigo misma y del Estado para con ella; es reconocer la forma como se cristaliza lo que fue en su origen una lucha de ideologías, que se tradujo con el tiempo en hechos concretos del Estado hacia su sociedad y en particular hacia la población más necesitada. No se trata entonces de referirse a la salud en su concepción médica, sino al profundo compromiso social que tiene la búsqueda de la salud como aspiración primero, y como derecho después, en nuestra historia.

Conviene revisar, aunque sea brevemente, el camino recorrido y tratar de definir con objetividad las metas a las que debemos aspirar en los próximos años.

## Federalismo *versus* Centralismo

Desde el surgimiento del Estado-Nacional-Mexicano la historia de nuestras cartas fundamentales se caracterizó por la presencia de un conflicto: el centralismo *versus* el federalismo. Del primero, se decía que era congruente con nuestra historia remota y nuestra idiosincracia; del segundo, se opinaba que era una importación proveniente de intereses extranjeros no aplicable a la realidad mexicana.

Así, bajo esta pugna ideológica transcurrió más de la mitad del siglo XIX y se elaboraron tres constituciones generales. En cada una de ellas el matiz de los términos definió sus rasgos distintivos, y en cada una también, la atención a la salud se vinculó fundamentalmente al proyecto de nación anhelado.

El resultado final fue y es indiscutible: somos un Estado Federal. Pero ¿hasta dónde somos realmente federación más allá de la connotación formal? La respuesta se encuentra en el matiz referido y en la apreciación histórica de las dos vertientes del conflicto descrito: federalismo centralista por un lado, y federalismo descentralizador por el otro.

El origen y el desarrollo de la atención a la salud en México, desde la etapa precolombina en la que predominaba la concepción mágico-religiosa, hasta el Virreinato en el que se crearon el Protomedicato, los primeros hospitales y la primera cátedra de medicina de la Universidad de México, estuvieron claramente vinculadas a la concepción centralista del Estado y a la influencia de la metrópoli y del monarca, primero indígena, luego español.

La irrupción de la Independencia trajo consigo cambios sustantivos en la atención a la salud, aunque desde 1812 en varios lugares de la república, comenzaron a operar por orden venida de España las juntas provinciales de sanidad compuestas por facultativos de medicina, cirugía y farmacia.

## Siglo XIX: inicio del federalismo en salud

La Independencia marca particularmente a la salud y su atención con un hecho sin precedentes: la abolición de la esclavitud y la igualdad ante la ley, que se traducen en la supresión de las "contribuciones de hospital" y la orden correspondiente para que en todos

los hospitales del país se atiende a los indígenas enfermos como a cualquier otro ciudadano.

Las constituciones del siglo XIX otorgaron a la atención a la salud importancia variable en función de los matices de la pugna federalismo centralista *versus* federalismo descentralizador, que en nuestra época cobra particular significado.

En 1825, como resultado de las corrientes federalistas y liberales, se publica un mandato sobre Salubridad e Higiene Pública en los Estados Unidos Mexicanos, que se refería a asuntos propios de la organización sanitaria local y que se tradujo, al paso de los años, en la actividad sanitaria jurisdiccional.

Otro aspecto importante en este periodo fue la creación de la Facultad Médica del Distrito Federal y la desaparición del Protomedicato, con la obligación para los nuevos integrantes de dicha Facultad de elaborar un código sanitario. Este acto trascendente, se enmarcó en el rechazo de la corriente federalista a las instituciones arraigadas en la estructura monárquico-centralista del régimen virreinal.

Entre el bullicio de luchas por ideales y proyectos surgió el Consejo Superior de Salubridad y se expidió el Código Sanitario, antecedentes ambos, de lo que hoy conocemos como el Consejo de Salubridad General y la Ley General de Salud.

Con el triunfo del liberalismo juarista se instalaron las sociedades de beneficencia social, aunque éstas no se consolidaron sino hasta después de 1857, al triunfar el proyecto federal. La expresión moderna de este legado juarista es el Patrimonio de la Beneficencia Pública.

En la fase final del siglo XIX y principios del XX al amparo de una Constitución Federal, pero con la presencia en los hechos de una administración semicentralista, se desarrolló la teoría moderna de la salubridad mexicana. Durante este periodo el órgano

encargado de la atención a la salud fue el Consejo Superior de Salubridad que, siguiendo el estilo de la época, reunía a los personajes más destacados del mundo de la medicina en sus diferentes ramas. Desde el punto de vista legislativo, se sentaron las bases de diversos ordenamientos que aún hoy rigen parte de la actividad sanitaria y asistencial: el reglamento de la Beneficencia Pública, el proyecto de ley contra las Enfermedades Infecciosas y Contagiosas, el proyecto de Organización de los Servicios de Higiene Pública, el reglamento de Medicinas, de Panteones, el del Instituto Médico Nacional y, sin duda, el más importante: el Código Sanitario de 1894.

Lo más significativo de la Constitución de 1917 y sus leyes reglamentarias lo conforman, por un lado, la definición constitucional del Consejo de Salubridad General como autoridad sanitaria y, por el otro, la Ley de Organización Política del Gobierno Federal en la cual se crea el Departamento de Salubridad Pública, mismo que se convierte, en 1943, en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, antecesora inmediata de la Secretaría de Salud.

### **La descentralización de la salud**

En los años recientes, la reforma más trascendente en materia de salud con una clara vocación federalista, la establece la definición constitucional del derecho a la protección de la salud como garantía individual. En este derecho radica la base jurídica de toda política sanitaria gubernamental.

Hace más de diez años se inició en la Secretaría de Salud un proceso de descentralización de sus servicios, mismo que en su desarrollo presentó matices diversos en cuanto a las metas planteadas, los logros alcanzados, los obstáculos sorteados y los que aún faltan por superar.

A diferencia de otras áreas de la administración pública federal, la Secretaría de Salud inició su proceso de descentralización partiendo, justamente, de la reforma constitucional de 1983 referente a la protección de la salud como una garantía de carácter social, y sentando las bases para la distribución de las competencias entre la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Esta distribución se plasmó en la Ley General de Salud reglamentaria de dicha disposición constitucional, con cuya expedición se creó el marco legal para la efectiva concurrencia entre ambos niveles de gobierno.

En la Ley General de la Salud se define claramente la competencia de ambas órdenes de gobierno, reservando para la federación el ejercicio de las funciones de control y vigilancia sanitarios sobre fenómenos que, por su trascendencia, pudieran representar un riesgo para la salud de la población, y desde luego, las facultades normativas y de coordinación que le corresponden como cabeza del Sistema Nacional de Salud. Por otra parte, le otorga a los gobiernos de los estados las facultades necesarias para la prestación de los servicios, así como para la organización e integración de sus respectivos sistemas estatales de salud; es decir, en materia de salud, se reconoce la autonomía de las entidades federativas para llevar a cabo las acciones tendientes a hacer efectiva la garantía consagrada en la Constitución dentro de su territorio.

En este sentido, la Ley General de Salud no fue sólo el fundamento legal para el proceso de descentralización, sino que formalmente significó la descentralización misma, puesto que la distribución de competencias entre federación y estados, se estableció tomando como base la soberanía de éstos, en términos del espíritu federalista de nuestra Constitución.

Con esta perspectiva, la adición en nuestra Constitución del derecho a la protección de la salud y la división de competencias en materia de salubridad general entre el nivel local y el federal reglamentada por la Ley General de Salud, conforman el marco natural del Gobierno Federal para cumplir con el mandato constitucional.

### **Logros y obstáculos de la descentralización**

No obstante lo anterior, la primera limitación que presentó el proceso de descentralización de los servicios de salud iniciado hace más de una década, puede ubicarse en su propio planteamiento. La descentralización se apoyaba en un principio de solidaridad que invitaba a los distintos órdenes de gobierno a hacer todo lo posible por contribuir al desarrollo nacional, utilizando los beneficios que la colaboración federal les aportara y supliendo, bajo un esquema de integración, las deficiencias propias. Este esquema implicaba, en realidad, la participación de las entidades federativas en las acciones cuya ejecución se consideraba que correspondía a la federación. De tal suerte que, a través de esa política, se

indujo a los gobiernos estatales a colaborar con el federal en la presentación de los servicios de salud con el fin de desahogar la carga acumulada por el esquema centralista.

Aun cuando en términos legales la descentralización no presentaba ningún obstáculo, el proceso se fue frenando debido a algunos problemas en su ejecución. Como un medio para llevar a la práctica los objetivos planteados en la descentralización, se realizaron acuerdos de coordinación entre la federación y cada una de las entidades federativas, con el propósito de que el proceso fuera paulatino y se apegara tanto a las necesidades locales como a las condiciones socioeconómicas de cada entidad.

Mediante estos acuerdos, los estados y el gobierno federal, se comprometieron a celebrar convenios para la integración orgánica y la descentralización operativa de los servicios estatales de salud, los cuales se conformarían en componentes regionales del Sistema Nacional de Salud. Por otro lado, se obligaba a los estados a integrar sus propios sistemas de salud, para lo cual, el gobierno federal les entregaba los establecimientos médicos, las oficinas administrativas, los bienes muebles e inmuebles con los que venía prestando sus servicios y, desde luego, los recursos financieros utilizados en su operación.

De 1985 a 1989 algunos estados firmaron con el gobierno federal los acuerdos de coordinación para la integración orgánica y la descentralización operativa de los servicios estatales de salud, con lo que de hecho se inició la descentralización. Con estos instrumentos, se pretendió la creación de estructuras administrativas locales que ejercerían las funciones que hasta entonces venía ejecutando la Secretaría de Salud a través de sus órganos desconcertados, es decir, los Servicios Coordinados de Salud Pública, así como las conferidas al programa IMSS-COPLAMAR. Por otra parte, en los mismos instrumentos se estableció la transferencia a los gobiernos estatales de los recursos materiales, humanos y financieros con los que en ese entonces contaban, tanto la Secretaría de Salud como el programa IMSS-COPLAMAR, junto con la responsabilidad de su administración.

Los recursos habrían de entregarse en su totalidad durante el primer año, con el compromiso para la federación, de brindar todo el apoyo logístico necesario y, para los estados, de utilizarlos con racionalidad y eficiencia. Los servicios estatales, a partir del segundo año, tendrían que programar en sus presupuestos la asignación correspondiente a sus dependencias con cargo al erario estatal en forma progresiva y ascendente, en tanto que la federación, disminuiría su aportación en los mismos porcentajes hasta que los estados tuvieran la suficiencia presupuestal adecuada para su correcta operación.

En dichos acuerdos se incluyeron, además, algunas directrices para la transferencia de los recursos humanos, y se sustituyó la relación de mando que quedaría a cargo de los nuevos servicios estatales de salud. Sin embargo, su actuación sería en calidad de representantes de la Secretaría de Salud, con el compromiso de respetar sus derechos laborales y su afiliación al Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud.

Estos instrumentos, en tanto que proyectos normativos, presentaron limitaciones en su diseño; y aun cuando fueron el mecanismo inicial para poner en práctica la descentralización, en la realidad, esta política se enfrentó a problemas que acabaron por frenarla. De una parte, por la imposibilidad de cumplir estrictamente con lo convenido y, de la otra, por deficiencias en su ejecución. Por ejemplo, no se programaron oportunamente los recursos a nivel estatal y, en términos generales, los estados no tuvieron la capacidad económica para hacer frente al compromiso que asumieron en los acuerdos.

También ocurrió que algunas autoridades federales estaban renuentes a delegar en las entidades federativas funciones y facultades que de manera central habían desempeñado por mucho tiempo. Y por otro lado, algunas autoridades estatales no querían hacerse cargo de la responsabilidad del manejo de sus propios servicios de salud, pues significaba la paulatina erogación de recursos adicionales del erario estatal para programas que hasta ese momento gravaban en el presupuesto federal.

Otro de los problemas que presentó el proceso se debió a la situación de los trabajadores que dependían de la Secretaría de Salud ya que, aún después de los acuerdos de coordinación, seguían adscritos a la misma dependencia. Esto se expresó en que, aún cuando la relación de mando del trabajador se daba con un funcionario estatal, el pago se seguía haciendo a nivel federal.

Una limitante más, fue el hecho de que la firma de los acuerdos para la integración orgánica y la descentralización operativa se limitó a catorce estados, en los que, por añadidura, las estructuras sobre las cuales recayó la responsabilidad de los servicios de salud fueron de naturaleza muy diversa (i.e. instituto estatal de salud, dirección general de salud, secretaría o subsecretaría de salud, etcétera).

En virtud de este accidentado proceso, el camino para llegar a una verdadera federalización de los servicios se anticipa complicado, pero no imposible.

### **Suplir deficiencias y reproducir éxitos**

Estamos en tiempo de valorar las fallas y los aciertos. El reto radica en saber suplir las deficiencias y reproducir los éxitos. Es necesario realizar un diagnóstico objetivo de la situación que guardan actualmente cada uno de los servicios estatales de salud incluyendo al Distrito Federal, de forma tal que

se haga un balance de las necesidades de cada uno, de los recursos con los que cuentan y de la capacidad que tienen para responsabilizarse totalmente de la prestación de los servicios de salud. Este ejercicio tiene ya un considerable avance. Hay que revisar, además, el modelo de atención médica y afinarlo acorde con las realidades sanitarias regionales y locales.

El proceso requiere también de una instrumentación gradual pero eficaz en etapas sucesivas y paralelas, que se ajusten a las características de cada entidad federativa, municipio y comunidad del país dentro de un marco general. Los criterios y las políticas operativas de lo que será una nueva y definitiva etapa en la descentralización de los servicios de salud deberán

generarse dentro de un contexto claro y flexible. Deberán, asimismo, analizarse en el seno del nuevo Consejo Nacional de Salud creado por acuerdo presidencial en enero de 1995, e integrado por los responsables de los servicios de salud en los estados y en el Distrito Federal, estén o no descentralizados.

A través de dicho Consejo se han instrumentado acciones concretas que tienden al fortalecimiento de los sistemas estatales de salud y al otorgamiento de la autonomía operativa que estos requieren para desarrollarse plenamente. Se pretende, ante todo, fortalecer cabalmente a los servicios de cada entidad y, posteriormente, emitir un instrumento que haga formal una federalización previamente consumada en términos reales. Es decir, invertir el proceso de hace diez años.

El nuevo impulso a la descentralización de los servicios de salud se inscribe en el renovado federalismo que ha propuesto el presidente de la República. Esta forma de entenderlo supone un desarrollo regional integral que incorpora a las comunidades, a los municipios y a los gobiernos estatal y federal en la decisión y ejecución de las políticas en materia de salud. Lo anterior faculta y a su vez limita a la Secretaría de Salud, a ejercer su función normativa y de coordinación nacional, dejando la operación de los servicios a las entidades federativas y a sus jurisdicciones sanitarias.

La federalización de los servicios de salud en nuestro país están en marcha. Tiene que hacerse con cuidado pero con determinación. Habrá que vencer inercias e intereses creados. Hay voluntad política y genuinos deseos de avanzar con rapidez pero también con solidez. Será sin duda una transición histórica, que permitirá que cobre mayor vigencia el derecho constitucional a la protección de nuestra salud, que nos asiste a todos los mexicanos, y será también una contribución adicional de la salud al fortalecimiento de nuestra vida democrática en el último tramo del siglo XX.

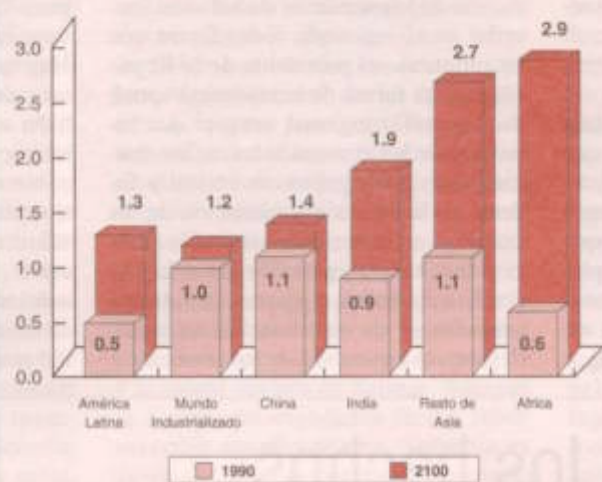
Actual secretario de Salud

Partes de este ensayo fueron presentadas en el Foro Nacional Hacia un Auténtico Federalismo, en Guadalajara, Jal., el 31 de marzo de 1995.

## Proyecciones de población

## PROYECCIONES DE POBLACION

Población en 1990 en las principales regiones del mundo y proyecciones para el año 2100 (miles de millones).



Fuente: Naciones Unidas, Long-range world population projections: two centuries of population growth, 1950-2150, 1992.

Datos proporcionados por el Centro de Información de Naciones Unidas en México

