

LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD*

José Francisco Ruiz Massieu

Por muchas razones, es para mí satisfactorio estar aquí, en esta jornada de capacitación y divulgación de los problemas de la administración municipal. En primer término, porque en Guerrero, precisamente, ha habido tradición en materia de fortalecimiento municipal y porque aquí, bajo los auspicios de Gustavo Martínez Cabañas, se inició el programa de fortalecimiento municipal que no sólo no ha decaído con el tiempo, sino que ha tenido nuevas etapas bajo el impulso del gobernador Alejandro Cervantes Delgado. Por otro lado, también es satisfactorio para mí, porque en el estado de Guerrero han surgido los dos más grandes municipalistas que ha dado en los tiempos contemporáneos nuestro país, hablo de Gustavo Martínez Cabañas precisamente y de Moisés Ochoa Campos.

El estado de Guerrero, pues, tiene ese privilegio de ir a la cabeza de los esfuerzos del impulso al fortalecimiento municipal. **La Descentralización de los Servicios de Salud** fue anunciada por el candidato Miguel de la Madrid, desde que fuera postulado por el Partido Revolucionario Institucional. Habló de descentralizar básicamente los servicios educativos y los servicios de salud. Cuando tomó posesión, en su mensaje del 1o. de diciembre, habló al país de la descentralización de los servicios de salud.

Al efecto, durante estos diez meses, la Secretaría de Salubridad y Asistencia ha tratado de elaborar un programa que permita cumplir la orden presidencial. Primero, como oficial mayor y ahora como subsecretario de Planeación de esa secretaría, me ha tocado apoyar la coordinación de la elaboración del programa y nos enfrentamos a un primer problema: ¿Qué quiere decir descentralización de los servicios de salud?

Para algunos, la descentralización es la entrega de las funciones, de los programas y de los recursos, a los gobiernos de los estados. Para otros, es solamente el impulso a las delegaciones que tiene el sector público federal en materia de salud. Esos primeros meses han sido relevantes en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, sobre qué modalidad se va a seguir para descentralizar los servicios de salud. Afortunadamente, se ha ordenado con la expedición, el pasado 30 de agosto, de un decreto presidencial, que dispone **La Descentralización de los Servicios de Salud** y que nos dice qué tenemos que hacer para cumplir esa orden presidencial. Nos dice el presidente de la república que la descentralización tendrá que tener un programa; esto es, que no sólo es una estrategia, sino que deberá ser un programa con objetivos, metas, plazos, funciones, recursos y señalamientos de responsabilidad. Nos dice también ese decreto que habrá funciones que entregar a los gobiernos de los estados pero, al mismo

* Ponencia presentada durante el *Curso de Capacitación Municipal*, celebrado en Chilpancingo, Guerrero. 6 al 8 de octubre de 1983.

tiempo, habrá que perfeccionar nuestros servicios coordinados de salud pública.

El decreto previene que los servicios coordinados deberán tener autonomía para tomar sus decisiones; esto es, que deberán poder tomar sus decisiones, sin injerencia de las oficinas centrales de la Secretaría de Salubridad. Señala también ese decreto presidencial que los servicios coordinados serán presididos por los gobernadores de los estados, para que se conviertan en superiores jerárquicos de los servicios coordinados en todo lo relativo a lo operativo, mientras que las oficinas centrales sólo serán de planeación, de norma y de control.

Esta distribución de las responsabilidades entre los servicios coordinados que tendrán autonomía y que serán presididos por los gobernadores y las oficinas centrales que serán de plan, norma y control, obligan a la reorganización de la secretaría y a la reorganización de los servicios coordinados.

Ahora, ¿para qué hacemos la descentralización? Cuando se habla de descentralización, la pregunta que asalta es, ¿para qué?, ¿cuáles son los objetivos de la descentralización?, ¿para qué tanto esfuerzo de reorganización de la Secretaría de Salubridad y de sus servicios coordinados? Los objetivos pueden ser de corto plazo y de largo plazo; los de corto plazo son fundamentalmente instrumentales, mientras que los de largo plazo, son primordialmente sustantivos. Los de corto plazo son recuperar el carácter concurrente de la materia sanitaria. Esto es, la materia sanitaria, la salud, no es responsabilidad exclusiva de la federación, sino que es materia compartida entre los estados y la federación y dentro de los estados es responsabilidad de los municipios también.

Al paso de los años, se fue generalizando la materia sanitaria. Y si hubo en un principio convenios que regulaban la participación estatal y la participación federal, poco

a poco, al paso de los años, se fue federalizando. En un 92% el gasto de salud es de origen federal y sólo el 8% restante es de origen local. Si en un principio se aportaba por los estados personal local más el personal que aportaba la federación, pronto se federalizó todo el personal y ya no son trabajadores locales, sino que todos son federales. Si en un principio los gobernadores participaban e intervenían en los servicios coordinados, pronto los gobernadores se desentendieron de la tarea sanitaria y se la dejaron totalmente al gobierno federal. Si en un principio había códigos sanitarios locales, más el código sanitario federal, pronto los códigos estatales perdieron su vigencia y sólo se ha venido aplicando el código federal; o, en otras palabras, en pocos años desapareció la presencia de los estados en la materia sanitaria y asumió total e íntegramente la responsabilidad la federación. Por eso, un objetivo es recuperar el carácter concurrente de la materia sanitaria. El segundo objetivo, de la descentralización, es que busca que la organización que tiene a su cargo los servicios de salud, tenga la escala, esto es, el tamaño adecuado para ser eficiente.

Se habla entre los estudiosos de la administración, que las organizaciones tienen un tamaño antes y después, del cual son ineficientes las organizaciones, que hay que buscar el tamaño óptimo para que los recursos se manejen con eficiencia, a fin de que las decisiones se tomen con oportunidad y se cumplan los objetivos y los cometidos.

Una secretaría como Salubridad, es demasiado grande para ser eficiente. Demos algunos indicadores: tiene 108 mil empleados; tiene alrededor de 50 unidades centrales, fundamentalmente direcciones generales; tiene más o menos 200 jurisdicciones sanitarias y tiene 3,500 unidades de atención (hospitales y centros de salud). Estos indicadores revelan que es demasiado grande para ser eficiente, que necesitamos establecer en cada estado la organización

de los servicios coordinados del tamaño adecuado para ser eficiente y cumplir sus objetivos. Para ello tenemos que descentralizarnos pero, a su vez, también la secretaría advierte que en algunos estados, por su tamaño, por su población, por sus recursos, por sus problemas de comunicación, por sus problemas culturales, por su desintegración, tampoco sería eficiente una organización estatal, que en todo caso también habría que desconcentrar y descentralizar la organización estatal, los servicios coordinados. Y entonces estamos concretando nosotros, de acuerdo con el decreto presidencial, que haya una desconcentración de los servicios coordinados a las jurisdicciones sanitarias; esto es, a unas especies de subdelegaciones regionales y que también haya una desconcentración a las grandes unidades de atención; cuando haya grandes hospitales regionales, también habrá que desconcentrar para que estos hospitales o unidades de atención tengan la organización adecuada y tomen sus decisiones con oportunidad y eficiencia.

Advierten ustedes entonces que el proceso de descentralización va de la federación a los gobiernos de los estados; de las unidades centrales a los servicios coordinados; de los servicios coordinados a las jurisdicciones, y de ahí a las unidades de atención, hospitales o centros de salud.

Si no se hace todo este proceso de descentralización, las cosas no van a funcionar, va a seguir habiendo un manejo desperdicioso de recursos y, sobre todo, en entidades federativas rezagadas como la nuestra, los problemas de salud no se podrán atender.

Por supuesto que un proceso de descentralización como el que aquí se plantea, genera muchos problemas humanos, administrativos y políticos, pues habrá que suprimir direcciones generales en las oficinas centrales. El pasado 15 de septiembre, precisamente, de las 50 que había,

desaparecieron 10 direcciones generales, y esto siempre duele, molesta y ofende. Por supuesto que habrá que revisar la estructura de los servicios coordinados, para consolidarla, para darle apoyos adicionales, para darle personal, para completar su equipo y para ampliar su presupuesto. Hemos dicho varias veces que no puede haber descentralización impunemente, que la descentralización molesta, despoja de privilegios, atenta intereses y cuesta dinero. Quien diga que se puede descentralizar sin tener necesidad de recursos adicionales está mintiendo, es un ignorante o es un optimista. Nosotros hemos planteado nuestro programa ya a la Secretaría de Programación y Presupuesto y estamos pidiendo recursos adicionales.

Otro aspecto que merece subrayarse, es que en materia de salud, a diferencia de otras descentralizaciones que probablemente se vean aquí en este seminario, la descentralización se va a llevar a cabo a través de dos vías: una, a través del convenio de coordinación; habrá un modelo nuevo, nos ordena el presidente en su decreto, para celebrar convenios novedosos entre el secretario de Salubridad y los gobernadores. Pero en materia de salud eso no basta, es necesario cambiar la legislación. Nosotros, yo, he criticado mucho y no de ahora, sino de hace varios años, el que se quiera descentralizar a la federación sólo con convenios. Siempre he insistido que la gran vía de la descentralización es la legislación.

Precisamente en un libro que promovió el ahora presidente De la Madrid, hace casi tres años, y en el que participamos Gustavo Martínez Cabañas y yo, criticaba los convenios y decía que a través de los convenios, a los gobernadores se les puede volver empleados de la federación, y que nuestra federación no es un orden federal superior al local, sino que nuestra federación mexicana son dos órdenes de igual jerarquía: el orden federal y el orden estatal, y que si seguimos transitando por el camino de los convenios, lo único que

vamos a hacer es acabar con nuestro sistema federal, degradar a los gobernadores y volverlos "agentes federales", esto es, empleados federales, y que eso es nocivo para nuestro sistema.

Acorde con ello se ha reformado el artículo 4o. constitucional, que otorga el derecho a la protección de la salud. Pero esa reforma, que entró en vigor el 3 de febrero de este año, no solamente habla de un derecho a la protección de la salud como una nueva garantía social, sino que ordena que una ley distribuya la competencia entre los estados y la federación. Por eso digo que en materia de salud, la descentralización también tiene que ser por la vía de la legislación, porque el artículo 4o. ordena que haya una ley que distribuya la salubridad federal y la salubridad de los estados.

Para cumplir con ese mandato, hemos terminado en la Secretaría de Salubridad un proyecto de ley de salud que precisamente distribuye lo que es de los estados y lo que es de la federación; proyecto que ya está terminado, está en manos del presidente de la república y esperamos que, si merece su aprobación, se envíe al congreso de la Unión en los primeros días de noviembre. Si el congreso a su vez estuviere de acuerdo, a partir de enero tendríamos una nueva ley de salud, que diría con precisión qué es de los estados y qué es de la federación.

Después de esa ley, nosotros creemos que procedería que los estados, pero eso es asunto de su propia soberanía, reformen sus constituciones y aclaren con precisión cuáles son los contenidos de salud de las constituciones locales. Hemos hecho nosotros un estudio en la Secretaría de Salubridad, sobre lo que disponen las constituciones en materia de salud y prácticamente no dicen nada. Los cambios legales son un proceso que abarca la constitución en el artículo 4o.; la ley de salud; reformas a las constituciones locales y espero que las so-

beranías locales realicen reformas a las leyes orgánicas de los gobiernos locales, para que contemplen dependencias de salud; reformas a las leyes orgánicas municipales de los estados y, sobre todo, reformas a los bandos de policía y buen gobierno.

Quienes tienen experiencia, y veo aquí quiénes la tienen ampliamente en materia municipal, saben que hay una parte de la salud local que ni siquiera ven los estados, sino los municipios, y que se contemplan en sus bandos de policía y buen gobierno. Por eso decimos que en el caso de la salud no bastan los convenios, sino que va desde la Constitución General de la República hasta los 2377 bandos municipales de todo nuestro país. Sólo así podemos hablar de descentralización de los servicios de la salud. Y eso es importante, insisto, porque con la reforma legal y constitucional, respetaríamos completamente la soberanía de los estados. Y aquí aprovecho para decir otra cosa, que yo también he criticado mucho: que la federación pretenda legislar en materia municipal. Yo sostengo que los municipios no son tema federal, sino que son tema local; que los municipios deben ser estructurados y fijada su competencia por el legislador local, para la legislación local y no por leyes federales.

El nuevo artículo 115 que ustedes conocen y que probablemente ya se estudió aquí, moderniza el municipio mexicano, pero eso no debe dar pie para que la federación se entrometa en la esfera local y pretenda regular a los municipios, porque el artículo 115 no es una Constitución federal, sino una Constitución general; esto es, es una norma que está arriba de la federación y arriba de los estados. Por ello, ustedes recordarán, que en el artículo transitorio de las reformas al 115, se da un año para que las legislaturas locales reglamenten el 115. No puede haber, pues, una ley federal en materia municipal; todas las leyes tienen que ser locales.

Decíamos, entonces, recapitulando, que

inmediato es contar con una organización más eficiente y recuperar el carácter concurrente de la materia sanitaria. Pero todo eso ¿para qué?, también nos preguntaríamos, ¿para qué los sanitaristas, los médicos, el personal de la salud, se procuran por el problema del fortalecimiento del federalismo o del carácter concurrente? Porque nosotros creemos que sólo así se puede lograr el objetivo último de darle efectividad al derecho a la protección de la salud. Si seguimos como vamos, el derecho a la protección de la salud nunca tendrá razonable cumplimiento. ¿Y por qué digo esto con tanta aseveridad? Porque se ha llegado a concluir por los expertos en salud, que el camino por el que iba o va todavía nuestro país en materia de salud, está profundamente equivocado, porque le hemos dado énfasis a lo que se llama medicina o atención curativa, cuando debemos darle mayor atención a la medicina preventiva; porque hemos impulsado los llamados segundo y tercer niveles, o sea, los grandes hospitales con gran tecnología y gran equipamiento, y hemos olvidado el llamado nivel primario; porque hemos proliferado instituciones de salud, en vez de tener un solo sistema en donde todas las instituciones estén debidamente coordinadas; porque nos hemos olvidado de la participación comunitaria en la salud y hemos dado preferencia a la salud que presta el personal de las instituciones, en vez de hacer que la propia población cuide de su salud. Por eso decimos que de seguir por donde íbamos, el problema de salud nunca tendría solución.

A diferencia de otros derechos sociales que han generado mucho escepticismo, como el derecho al trabajo, el derecho a la protección de la salud, con los recursos de que actualmente se dispone, puede tener razonablemente cumplimiento. Y la pregunta entonces es: ¿si los recursos actuales aseguran prácticamente que se cumpla el derecho a la salud, por qué no tiene vigencia o cumplimiento el derecho a la salud? Porque no se han tomado históricamente

medidas ordenadoras, medidas racionalizadoras. Si se toman las medidas ordenadoras, caiga quien caiga y lastímese quien se lastime, con los recursos actuales podríamos resolver propiamente lo que se llama el primer nivel de atención que representa la solución del 90 por ciento de los problemas de salud. ¿Y cuáles son esas medidas ordenadoras? La primera, es evitar duplicidades entre las instituciones de salud, sobre todo por lo que se refiere a la localización regional de unidades. Segunda, que haya un mismo modelo mínimo de atención, sea en el IMSS, sea en el ISSSTE, sea en el IMSS-COPLAMAR o en la Secretaría de Salubridad. Esas instituciones seguirán existiendo, seguirán teniendo su autonomía, pero bien podrían convenir en cuáles son las normas que deben observar todos. No es posible que se piense que los problemas de salud de los diversos grupos son distintos; son los mismos, y si son los mismos, necesitan las mismas normas básicas. Se necesita, igualmente, como medida ordenadora, un uso más inteligente de dos medios masivos de comunicación, para que haya educación para la salud, para que haya hábitos en el cuidado de la salud; claro que un uso más inteligente de los medios de comunicación, probablemente llegue a limitaciones en la publicidad de ciertos medicamentos de escasísima calidad terapéutica o en la publicidad de ciertos alimentos de escasísima calidad nutricional, y eso necesariamente ofende, molesta y lesiona. Por eso decimos que el problema no es fundamentalmente de recursos; el problema es de medidas ordenadoras y de voluntad política, a diferencia de otros derechos en los que sí se requiere de mayores recursos de gran cuantía.

Cifras del sector salud revelan que entre 10 y 15 millones de mexicanos no tienen acceso real a los servicios de salud en este primer nivel de atención, y el presidente nos ha ordenado que en los cinco años que restan incorporemos a esos 10 ó 15 millones de mexicanos. Si queremos cumplir,

tendremos que ahondar en esas medidas severas para ordenar al sector salud y para ordenar otras actividades que inciden en la salud. Pero todo ello no se podría hacer si no participan los estados y los municipios. Quiero poner aquí algunos ejemplos: el artículo 115 dice que los mercados son, en lo sucesivo, de la competencia municipal; si los mercados como centros de oferta son municipales, debemos insistir en que la película o la dimensión sanitaria de los mercados también debe ser municipal, como también la dimensión fiscal de los mercados debe ser municipal; como dicen los abogados: lo accesorio sigue la suerte de lo principal. Entonces, si los municipios van a cumplir sus obligaciones en materia de mercados —por seguir con este ejemplo—, cumplirán también con su materia y su obligación de vigilancia sanitaria en los mercados.

Ahora, como habrá muchos municipios que no posean la capacidad técnica, lo que conviene ahí son acciones de coordinación, para que la federación, los servicios coordinados o las autoridades estatales, capaciten a los agentes sanitarios municipales. Lo que importa, entonces, es identificar cuáles son las responsabilidades sanitarias de los municipios, para que hagan frente a ellas y que si de momento no tienen capacidad, los ayude la federación.

Yo he puesto algunas veces un ejemplo un poco prosaico: que quien lea de extremo a extremo los casi 600 artículos del código sanitario, no va a encontrar un artículo relativo a la prostitución, porque la prostitución, como una actividad social que incide en la vida sanitaria, no es tema de la legislación federal; es tema del buen gobierno, que es esencialmente municipal. Es ahí donde se encuentra el problema de la prostitución, y sus problemas de control sanitario se encuentran en el bando de policía y buen gobierno. También, quien tenga el ocio suficiente para leer el código sanitario y busque sobre la basura en la vía pública,

tampoco lo va a encontrar, porque eso está en los bandos de policía y buen gobierno y no en la legislación federal. Así pues, resulta que los estados perdieron sus facultades, pero no los municipios; los municipios han seguido conservando responsabilidades en materia de salud. Muchos presidentes municipales han tenido problemas en todo el país por el alejamiento y la recolección de basura y a nadie se le ocurre imputarle esto a la Secretaría de Salubridad.

Por eso necesitamos descentralizarnos, pero descentralizar dentro de un proceso inteligente que divida tres responsabilidades: la federal, la estatal y la municipal. Interesa subrayar esto, porque estamos en una etapa de reglamentación del artículo 115. Los estados, las legislaturas locales, empiezan a organizar el artículo 115 y a la Secretaría de Salubridad le preocupa que se les olvide el ingrediente sanitario.

Por otra parte, no se puede organizar a la comunidad para el cuidado de la salud desde las oficinas federales. La autoridad más inmediata al ciudadano es la autoridad municipal, por eso necesitamos sumar a la autoridad municipal a este proceso y descentralizarle la responsabilidad de la organización de la comunidad; necesitamos que la autoridad municipal participe en los centros de salud.

Quienes van a Cuba regresan muy impresionados de lo que se ha avanzado en la salud, y es que los avances de Cuba se dan fundamentalmente por la participación de la comunidad, a través de las comunas o circunscripciones municipales, por eso queremos que aquí se descentralicen las responsabilidades hasta los municipios mismos.

Por otro lado, también interesa aquí subrayar que mientras no resolvamos el problema financiero, no podemos exigirle ni a los municipios ni a los estados, que asuman sus responsabilidades sanitarias. Yo creo que esto, como fue en 1917, es el gran tema todavía a discutir. Si no le damos una

distribución más equitativa a los recursos fiscales, no podremos también darle una distribución más equitativa a las responsabilidades públicas. Nosotros conjeturamos que mientras eso no se logre, la federación, a través de la Secretaría de Salubridad,

seguirá financiando los programas de salud, aun cuando la prestación recaiga en las autoridades estatales y municipales; no hacerlo así, sería simplemente ignorar el problema y no lo atenderían esos niveles locales.