
La Reforma Mexicana de la Salud

HÉCTOR OCHOA, PhD*

Los orígenes de la reforma de la salud en México se remontan al sexenio de 1982 a 1988 del Presidente Miguel de la Madrid Hurtado, el sexenio de la llamada “modernización” o del “cambio estructural de la salud”. El impacto del nuevo entorno económico mundial y el agotamiento estructural que enfrentaba la economía mexicana en ese entonces, reflejado de manera dramática en las devaluaciones de 1982, que impactaron de manera grave los servicios de salud y de la seguridad social, impuso criterios económicos en las decisiones de gobierno respecto al sector salud y la seguridad social. La respuesta del gobierno de De la Madrid fue nombrar a un académico del campo biomédico como secretario de salud: Guillermo Soberón, fue a él quien correspondió estrenar la partitura de la “reforma” de la salud y el cambio estructural, fue él quien aconsejado por su equipo de asesores, particularmente por Julio Frenk; a quien le tocó imprimir el sello “sistémico” de la incipiente reforma, perdiéndose desde ese momento el sentido humano de la misma.

La política del cambio estructural no significaba otra cosa más que austeridad como una forma de gobierno. La política de reforma fue adoptada como una forma de modernización en el marco del principio descrito por Crozier como: “Estado moderno, Estado modesto” (1).

De acuerdo a Gustavo Leal (2001): “...el Sistema Nacional de Salud se ha revelado más bien como la resultante de la acción de un conjunto de fuerzas que han terminado por conformar una política pública impuesta y de compromiso frente a las necesidades de la nación del Estado y los requerimientos de un proyecto de modernización.”

Durante el sexenio las fracciones sociomédica y biomédica confluyeron –por vez primera- en un itinerario común: el llamado “cambio estructural de la salud”. Hasta ese momento la corriente médico-clínica, predominante en el escenario de la salud había privilegiado el principio humanitario en las tareas del sector salud. Con este hecho se inaugura una forma de legitimación estatal (2). El saldo final de las reformas del sexenio del cambio estructural puede resumirse fundamentalmente en tres:

- La elevación a rango constitucional del derecho a la salud, mediante modificación constitucional y promulgación de la Ley General de Salud, que constituye el marco jurídico para regular la coordinación entre la federación y las entidades federativas.
- Entre los cambios más importantes establecidos por este ordenamiento jurídico que es menester destacar, están la conformación del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la definición del carácter normativo de la Secretaría de Salud Federal.
- La aplicación de la estrategia de la descentralización en catorce entidades federativas, programa que por diversas razones se interrumpió en las dieciocho entidades restantes.

Durante el sexenio (1982-1988) el Sistema Nacional de Salud era un conjunto mal integrado de distintas instituciones, que fueron surgiendo a lo largo del siglo, cada una con historias y trayectorias propias. El sector público estaba constituido por dos sistemas: el sistema de atención a la salud pública y el sistema de seguridad social. En el primero, los más notables eran la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el Programa IMSS-COPLAMAR, a cuyo cargo estaba la prestación de servicios básicos de salud a la población de zonas marginadas y el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) a cargo de la prestación de servicios de bienestar. Mientras que el segundo sistema estaba conformado por los dos grandes institutos de seguridad social: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Al crearse el SNS tuvo como propósito principal el de articular los programas federales, estatales y privados (3). No obstante, al final del sexenio de Miguel de la Madrid eran muy evidentes los desequilibrios existentes en materia de recursos financieros respecto a las coberturas poblacionales asignados a las distintas instituciones del sector. Por ejemplo, al IMSS que atendía el 49% de la población le correspondió el 83.5% del presupuesto de 1986, mientras que a la SSA y otras instituciones encargadas de atender a la población abierta (33%) de la población le tocó tan sólo el 16.5%. El sector privado, por su parte, atendía sólo el 5% de la población (4).

* Del Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR), Departamento de Salud, División de Población y Salud, Chiapas, México.

La distribución de los recursos y servicios del SNS exhibía marcadas asimetrías geográficas y ocupacionales, siguiendo un patrón inverso al de la magnitud de las necesidades y problemas de salud de la población. Por ejemplo, las áreas urbanas y en general las más favorecidas en cuanto a condiciones de vida y recursos económicos, concentraban más recursos y de mayor complejidad. Muchas de las áreas rurales más pobres prácticamente carecían de acceso a los servicios más elementales. El sistema de salud en México se desarrolló en los últimos cincuenta años como un sistema orientado y estratificado socialmente, a tal grado que era posible identificar la clase social u ocupación a través del conocimiento de su fuente habitual de atención médica (5). El ISSSTE por su parte, atendía a los trabajadores del estado.

En cuanto al proceso descentralizador, el gobierno federal retuvo la facultad financiera, la cual resolvió a través de convenios bilaterales entre la federación y los estados, los que promovieron la aportación de las entidades como complemento a los aportes federales, de acuerdo a las posibilidades financieras de cada una de las entidades. En tan sólo tres años la contribución en el gasto de salud de los estados descentralizados pasó del 17.4% a casi el 21%. Pero también las entidades de los estados no descentralizados también incrementaron la aportación de 5.6% en 1984 a 11.1% en 1987 (6). Es interesante observar que las entidades seleccionadas para iniciar la descentralización, de por sí ya dependían menos del financiamiento federal. Cabe preguntarse si este incremento correspondió a un esfuerzo para enfrentar la crisis económica, particularmente para subsidiar el sistema hospitalario, que fue el sector más afectado por la crisis económica.

No obstante, los incrementos en los aportes estatales, el gasto en salud sufrió un retroceso sustancial, en el orden del 47% durante el periodo sexenal de 1982-1988 (4). Como respuesta a la escasez de recursos y crecientes costos de los servicios curativos, se introdujo el principio de autocuidado de la salud que no ha pasado del terreno declarativo.

Al final del sexenio del cambio estructural y de la modernización cabe preguntarse si la reforma consiguió hacer los cambios y ajustes estructurales que se planteó, es decir, si modernizó lo suficiente. Si bien, se introdujeron cambios necesarios en los ordenamientos jurídicos y se inició la descentralización de los servicios de salud, el saldo es negativo, al persistir, e incluso aumentar, las profundas disparidades y desequilibrios existentes. El propio sucesor de Guillermo Soberón en la Secretaría de Salud, el infectólogo Jesús Kumate, describió el saldo del sexenio del cambio estructural en la salud como la “deuda sanitaria (4) y la resumió del siguiente modo:

- nueve millones de mexicanos sin acceso a los servicios de salud
- concentración del presupuesto para la salud por debajo de otros países subdesarrollados
- concentración del presupuesto (75%) en pagar “servicios curativos ineficientes”
- dos terceras partes del total de las muertes causadas por padecimientos prevenibles, podrían evitarse mediante medidas de bajo costo
- inequidades rural / urbanas profundas: 90 pesos de cada 100 pesos del gasto en salud se ejercen en las áreas urbanas.

Administración Federal de 1984-1994

Durante el segundo periodo conocido como el Sexenio de la Solidaridad al Dr. Kumate le tocó pagar la “deuda sanitaria” a través de las siguientes políticas: Primero, la instrumentación de dos programas verticales que recibieron privilegiado apoyo durante la administración del presidente Salinas, también llamado sexenio “de la rehidratación y las vacunas”:

- El programa ampliado de inmunizaciones (PAI)
- El programa de rehidratación oral en diarreas

El primero consistió en la extensión de la cobertura del PAI a través de jornadas intensivas de vacunación, mejor conocidas como “semanas nacionales de salud”; mientras que el segundo residió en la distribución de sobres de sales de hidratación oral, los famosos “sobres de vida suero oral”. Curiosamente ambos programas coincidieron con los compromisos contraídos ante la Cumbre Mundial de la Infancia de la UNICEF.

Segundo, suspensión del programa de descentralización de los servicios en cuanto a la gestión financiera a nivel de las entidades federativas, impulsándose la estrategia de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) o descentralización regional, respondiendo a la entonces moda dictada desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (7). Es ilustrativo el dato aportado por una evaluación realizada en las doscientos cuarenta y cinco jurisdicciones sanitarias del país, en el que destaca la baja capacidad técnica y la ineficiencia y grave escasez de recursos en el nivel operativo local (2). No obstante, el presupuesto jurisdiccional se siguió decidiendo en los niveles federales y estatal, por ejemplo, la relación presupuesto autorizado / presupuesto solicitado pasó de un 44% a sólo 55% (6).

La propuesta de la administración del secretario Kumate, expresada en el Plan Nacional de Salud (1990-1994), esbozaba un sentido médico-clínico que se apartaba del proyecto sistémico de la administración soberonista (1982-

1988), que de haberse consolidado hubiese significado un regreso al eje clínico que, a su vez, hubiese permitido anclarse a los grandes problemas de la nación al asumir los perfiles de riesgo y daños como el objeto principal y el centro del quehacer médico (8). Sin embargo, las oportunidades correctivas del programa de salud sexenal se frustraron como consecuencia de los intereses en disputa y las inercias heredadas por la administración soberonista (2).

El rasgo más sobresaliente de la administración de Salinas en el tema sanitario, fue la subordinación de lo técnico a lo político, es decir, los asuntos de la salud, al igual que otros temas, estuvieron encadenados al programa “estrella del sexenio: *Solidaridad*.”

Todos los recursos disponibles para el sector social fueron apostados a *Solidaridad*, concentrándose todo el poder político en el mismo. El saldo del sexenio fue por demás mediocre por cuanto se refiere al gasto en salud y coberturas poblacionales, en lo que se refiere al gasto, se redujo la aportación federal, incrementándose la estatal, la cual favoreció a las burocracias estatales a expensas de la población no asegurada. En lo que refiere a las coberturas poblacionales, éstas también se contrajeron, por ejemplo la población cubierta por la seguridad social pasó de un 59.1% en 1990 a 50.2% en 1995.

Administración 1994-2000

Durante el gobierno del presidente Zedillo, el gremio médico mantuvo su lugar privilegiado en la arena política del sexenio, al nombrar el presidente a un clínico “moderno” (el Dr. Juan Ramón de la Fuente) al frente del sector, cuando las predicciones eran de que se pusiera a un economista o administrados a cargo, que fuese capaz de manejar y, en cierta medida, reconfigurar la agenda sectorial de acuerdo al tablero ejecutivo. La agenda de De la Fuente, sensiblemente afectada por los asesinatos políticos del ‘94 y la devaluación de fin de año, eufemísticamente llamada como “el error de diciembre”, fue precisamente diseñada por el entonces coordinador de asesores de la presidencia (Luis Téllez) en colaboración con el “think tank” Funsalud, creado y encabezado por Soberón y que a postre se convirtió en defensor radical del mercado libre de la salud (9). Aunque la propuesta de De la Fuente planteaba la conciliación entre las tres principales corrientes del gremio médico (clínicos, biomédicos y sociomédicos), la agenda presidencial (Zedillo-Téllez), en atención a recomendaciones del Banco Mundial y de Funsalud, priorizó cuatro estrategias básicas para sacar del bache en que se encontraba el Sistema Nacional de Salud y que conformaron el Programa de Reforma del Sector, estas eran:

La ampliación de la cobertura de servicios de salud a la población abierta, mediante el magro Paquete Básico de Servicios de Salud (PABS); la descentralización de los servicios a población abierta que la administración de De la Madrid había dejado inconclusa y el mejoramiento de la calidad de los servicios con la modernización del mercado de los servicios de salud (10).

Hacia el fin del sexenio, el presidente Zedillo en una decisión sin precedente, designó por primera vez en la historia de la secretaría de salud, a un abogado como su titular: José Antonio González-Fernández, a quien le tocó hacer el balance del sexenio de la manera siguiente (11):

- En 1994 había 10 millones de mexicanos sin acceso a los servicios, mientras que en el 2000 el 99.5% de la población lo tiene.
- Certificación de cobertura universal en veintidós entidades federativas.
- Entre los años de 1995 y 2000, se incrementó el gasto programable en salud en un 8.9% (11.2% en la SSA).
- En 1999 las entidades ejercieron casi el 74% del presupuesto disponible para población abierta en comparación con 59% ejercido en 1996.
- Entre los logros de la administración, González-Fernández se menciona: la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED, instancia para la resolución de conflictos entre médicos y pacientes; la emisión de ciento veintidós normas oficiales mexicanas), con el propósito de regular y vigilar la calidad y seguridad de los medicamentos, las condiciones sanitarias de productos y alimentos y regular las actividades médicas y los establecimientos de atención a la salud.

No obstante estos avances, el propio secretario admitió los siguientes saldos rojos del sexenio:

- el paquete básico de servicios de salud (PABS) fue insuficiente para satisfacer las necesidades de la población
- es necesario una mayor inversión para mantener y ampliar la infraestructura hospitalaria
- queda pendiente la tarea de instrumentar un programa de atención a la salud de los adultos
- el fondo para atender el SIDA no logró resolver la demanda de medicamentos
- el gasto programable observado entre 1995-2000 fue el más bajo en los últimos 21 años
- Se requiere la subrogación de servicios para enfrentar la creciente demanda de atención en el IMSS, el cual, en el futuro no tendrá la capacidad

para atender a la totalidad de sus derechohabientes. Aquí es necesario subrayar que González-Fernández puntualizó la importancia de no privatizar estos servicios (12).

Al diagnóstico del SNS elaborado por González-Fernández habría que agregar el deplorable estado y obsolescencia de la red pública de los servicios médico, la difícil situación laboral de los trabajadores de la salud y el desfinanciamiento de las instituciones de salud del país, y por ende, la insatisfacción de las crecientes necesidades de salud de la población. Al final de los noventa el SNS era una red amorfa de servicios públicos y privados, consecuencia de un crecimiento anárquico de las instituciones del sector, que refleja, a su vez, la ausencia de políticas sectoriales, o como mejor describe Leal (2000), "la política de la no-política".

La prioridad principal durante el sexenio fue el gasto social, que alcanzó niveles históricos como proporción del PIB. Por ejemplo, respecto a 1994, creció 21% en el año 2000. La participación del gasto social en el gasto programable fue de 61.5%. Los estados y municipios se convirtieron en los principales ejecutores del gasto social (13).

Reformas al Seguro Social

En el mes de noviembre de 1995, Zedillo envió a la Cámara de Diputados la iniciativa de modificación de la Ley de Seguro Social (LSS), siendo aprobada el 8 de diciembre de 1 mismo año (14, 15). Las reformas aprobadas, que constituyen las más importantes en medio siglo, implicaron el abandono del fundamento público, solidario y redistribuido de la seguridad social establecido en la Constitución de la República y aunque fueron más notorias en el sistema de pensiones, también afectaron a los servicios médicos y otras prestaciones. En forma resumida, las principales reformas a la LSS, implican los siguientes cambios:

- reestructuración del esquema de seguros
- reparación del IMSS del seguro de retiro, cesantía y vejez (RCV), pasando a la administración privada.
- los fondos de pensión depositados en cuentas privadas quedan bajo el control de las Administradoras de Fondos de Retiro (Afores) y de las Sociedades de Inversión de Fondos de Retiro (Siefores) para efectos de inversión.
- los fondos del seguro de invalidez y vida quedan bajo la administración del IMSS, pero las pensiones derivadas se contratan con una aseguradora privada, a través de los fondos acumulados en las cuentas individuales.

- la responsabilidad del pago del seguro de riesgos de trabajo pasa del patrón a los trabajadores, absorbiendo los ahorros de éstos en los fondos de RCV.

En cuanto a las reformas en el seguro de servicios médicos (enfermedad general y maternidad), primero, se adopta un nuevo modelo de financiamiento y segundo, se crea un seguro voluntario de salud para los trabajadores no-asalariados: el Seguro de Salud de la Familia (SSF). El nuevo modelo de financiamiento consistió en sustituir la cotización proporcional al salario por una cuota única, independiente del salario. La mitad de la cuota única es aportada por el Estado y la otra mitad por el patrón. Dentro de este esquema, se incluye la posibilidad de optar por un seguro privado, bajo los llamados convenios de reversión de cuotas. El SSF en dos tercios por el asegurado y en un tercio por el Estado.

Como consecuencia de las reformas, la participación del Estado en el financiamiento del periodo de transición de las reformas a la seguridad social se eleva del 5 al 25% (equivalente a unos 1,500 millones de dólares por año), es decir se sustituye la nómina por los impuestos generales como fuente de financiamiento, con fuertes implicaciones en el costo de la reforma (11). Como resulta evidente, las reformas a los principales beneficios de la seguridad social: pensiones y servicios de salud, implican la introducción de un enfoque diferente, basado en los principios de la privatización e individualización. Donde la idea dominante es que cada persona es responsable de su propia jubilación y salud, eliminándose la responsabilidad pública en el derecho ciudadano a una seguridad económica y vida digna (14). La concepción del bienestar es sustituida por la de rentabilidad económica. La reforma mexicana a la seguridad social, constituye una reforma de corte eminentemente hacendario, cuyo principal objetivo fue el de incrementar el ahorro interno, desplazando los objetivos e intereses sociales a un lugar secundario. En este sentido, resultan muy elocuentes las palabras de Zedillo dirigidas a financieros de la ciudad de Nueva York refiriéndose a la reforma del seguro social "*Esta tiene tres objetivos: la expansión del ahorro, un mejor desarrollo de los mercados financieros y la constitución de una fuerte amplia y permanente de capital a largo plazo*" (14). Es más que evidente la subdimensión social y sanitario en los motivos de la reforma a la seguridad social de Zedillo.

Administración 2000-2006

Vicente Fox llega a la presidencia en diciembre de 2000, en medio de grandes expectativas de cambio, de hecho la palabra "*cambio*" junto al no menos famoso "*¡ya!*" fue el centro de la exitosa campaña electoral de Fox, que al final

conseguió que 42.7% de los votantes decidieran que ya habían tenido suficiente con setenta y un años de gobiernos del PRI y que había llegado el momento de cambiar y pensaron que Fox era el indicado para hacerlo (16). Pero, la pregunta sería ¿qué quiso decir Fox con cambio? La oferta en salud de la “*Alianza por el Cambio*” se describe de la siguiente forma:

Primero, la transición y arranque de la administración foxista estuvo marcado por la contienda entre dos bloques: a) el sanitarismo panista (Partido Acción Nacional, PAN, el partido en el poder), representado por los secretarios de salud donde gobierna el PAN y expertos de extracción panista, cuya agenda era la descentralización de los servicios de salud a la población abierta y b) el soberonismo foxista, representado por Julio Frenk, cuya agenda es la reforma “sistémica” del SNS y que recibe el apoyo de la cúpula empresarial del país y sigue al pie de la letra las recomendaciones del Banco Mundial y Funsalud como analizaremos adelante.

Finalmente, la contienda por la conducción de sector salud, fue resuelta a favor del segundo bloque, y Frenk es designado secretario de salud del gobierno foxista, quien desde su discurso inaugural describió los principios que guiarían sus planes para el sector salud: 1) “democratización” de la salud, en cuanto a que, en sus propias palabras, “si los mexicanos ya pudieron elegir su presidente, por qué no van a elegir a su médico”; 2) creación de un fondo público (vía fiscal) para garantizar la atención a toda la población; y 3) de nuevo en sus propias palabras “...se necesita más dinero para la salud, pero sobre todo más salud por el dinero...” Es decir, en forma resumida dichas ideas están basadas en principios tales como: libre elección, contratación de servicios, y costo-eficiencia.

Segundo, la propuesta adoptada por la administración foxista para la reforma en la organización, financiamiento y prestación de servicios es la del Banco Mundial, en la que destacan los ocho principios.

De la propuesta del BM resalta la integración de una gran bolsa con todos los recursos públicos (el Fondo Nacional de Salud –equivalente al 2% del PIB– con cuyos fondos se compararían servicios de salud en una estructural plural de prestadores de servicios (organizaciones de atención administrada, públicas y privadas). De acuerdo a la propuesta del Banco Mundial– Funsalud las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrían que reorganizarse, separando compra y prestación. El propio BM admite que esta reforma podría tomar una década por lo meno, y ofrece como alternativa una reforma más gradual y menos agresiva, pero sosteniendo la descentralización y la separación entre el

financiamiento y la prestación en el IMSS y la SSA. La pregunta respecto a la propuesta del BM (favorecida por el gobierno foxista) es: ¿quién regularía el monto, administración y destino de tan atractiva bolsa? ¿quién sería capaz de regular el enorme sistema de prestadores autónomos (Instituciones de Seguros Especializados en la Salud, ISES)? Es necesario recordar que la operación de las ISES es regulada por la Comisión Nacional de Seguros y Finanzas (CNSF) dependencia de la Secretaría de Hacienda (El Financiamiento, 2002). Es difícil de entender que siendo las ISES entidades de salud, la Secretaría de Salud sólo tenga un papel secundario en su supervisión. Además, la mitad de las empresas (ISES) que hasta el momento han pedido autorización para operar, tienen como origen una compañía de seguros y el resto son independientes, y sólo una nació de la iniciativa de un centro hospitalario. Por si esto fuera poco, ninguna de las ISES ha cumplido con el requisito de certificación de sus hospitales, la SSA había establecido realizar convenios sólo con ISES cuyos hospitales estuviesen certificados. Sin embargo, los planes siguen en marcha, esperándose captar por lo menos 300 mil nuevos asegurados en el primer año de operación (17).

Tercero, la propuesta del Banco Mundial curiosamente guarda gran similitud con la Funsalud, que por cierto ya había avanzado una propuesta en 1995, misma que amoldó a los tiempos políticos en 1999.

Cuarto, tanto en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 (PND) (Poder Ejecutivo Federal, 2001a) como en el Programa Nacional de Salud (PNS) (Poder Ejecutivo Federal, 2001b), ambos documentos oficiales del gobierno federal, coinciden fielmente en sus planteamientos con los lineamientos del Banco Mundial y Funsalud en cuanto a: las estrategias para integrar el sistema nacional de salud, reglas de acceso de la población a los servicios, carácter plural del sistema y, de manera especial, la propuesta para un seguro nacional de salud (el “Seguro Popular”), subsidiado de acuerdo a la capacidad de pago de la población. Igualmente, el PNS asume claramente los postulados de los Informes Mundiales sobre la Salud en el Mundo (1999 y 2000) de la Organización Mundial de la Salud en cuanto a la libertad de elección del proveedor, pluralismo en la oferta, competencia, criterios de pago de los servicios, fomento de la modalidad de pago anticipado y paquete de beneficios (18, 19).

Quinto, en el 2001 Fox anuncia la puesta en marcha, en forma piloto, del Seguro Popular en las zonas urbanas de cinco estados del país, a fin de iniciar su extensión a todo el país en el presente año. Es evidente que esta decisión se hizo en forma apresurada sin tener suficiente evidencia de la viabilidad del esquema propuesto.

Impacto, Resultados y Desafíos

Aunque todavía es un tanto prematuro tener una idea clara y precisa del saldo neto que han de dejar los cambios en la organización, producción y financiamiento de los servicios de salud y en la seguridad social realizados en México en dicho periodo, es posible y razonable prever que éstos dejarán sentir sus principales efectos a varios niveles, que para efectos prácticos dividiremos en sectoriales y extra o macro-sectoriales.

Primero, comenzaré por analizar el impacto en el estado de salud que constituye el *leitmotiv* de la reforma. Aunque es muy difícil poder distinguir los efectos directos de los cambios en la organización y financiamiento de los servicios de salud, de las influencias de otros factores extra-sectoriales en la salud, además de que la evidencia internacional indica que se requiere un periodo largo, una década al menos, para poder observar y medir el impacto de tales cambios, intentaré hacer un breve resumen de los avances y retrocesos en los principales indicadores de salud del país durante el periodo. En el periodo comprendido entre 1980 y 1999, se observan importantes mejoras en la esperanza de vida, en la cual se ganaron cinco años, la mortalidad infantil se redujo en 40%, y la mortalidad en menores de cinco años se redujo a más de la mitad. Por lo que respecta a los indicadores de servicios y recursos para la salud, los avances no son tan impresionantes, si bien debe reconocerse que éstos han mejorado, particularmente en las coberturas del programa de inmunizaciones y en el acceso a los servicios de salud se aprecian los mayores logros. Sin embargo, si comparamos algunos indicadores de las condiciones de salud de México con los de otros países de la región latinoamericana, aún hay mucho espacio para mejorar. Por ejemplo, la esperanza de vida en México es 3.5 años menor que la de Cuba y casi tres y dos años menor que la de Chile y Puerto Rico, respectivamente. Del mismo modo, existe un importante rezago del país en cuanto a: disponibilidad de recursos para la salud, coberturas poblacionales de los programas prioritarios de salud y en el monto de los recursos financieros destinados al sector.

Por otro lado, cualquier optimismo que pudiesen generar los avances en las tendencias de los indicadores de salud en las dos últimas décadas, desaparece cuando observamos su comportamiento hacia el interior del país. Es inobjetable –además de inaceptable– la evidencia existente sobre las marcadas inequidades existentes entre las diversas entidades federativas y regiones del país tanto en el estado de salud como en la prestación de servicios de salud. A lo largo de varias décadas se construyó una amplia red de servicios públicos de salud y seguridad social. Sin embargo, destaca en la política sanitaria foxista,

el ignorar o pasar sobre la extensa red pública de salud y seguridad social construida a lo largo de varias décadas.

- En contradicción con el discurso que habla de una supuesta “democratización de la salud”, la agenda actual de la reforma se impone desde ‘arriba’, marginándose la participación de la amplia base poblacional que en el 2000 votó por el cambio. En esta misma dirección, tampoco se discute dicha agenda con ninguno de los dos elementos fundamentales del Sistema Nacional de Salud: los trabajadores de la salud (médicos y enfermeras) y los pacientes. Por ejemplo, el representante de los colegios médicos declaró recientemente, entre otras cosas, que los pacientes sólo pueden elegir a un médico de la red de aseguradoras, los médicos han visto afectados sus ingresos en un 80% lo que repercute en la calidad de la atención, tampoco se fomenta la investigación ni la actualización médica.
- El tema del financiamiento en la reforma que debe ser dimensionado como lo que es: sólo un medio, se le considera como un fin en sí mismo. En cambio, las mayorías –a las que por cierto hacía referencia ayer la Dra. Ramírez de Arellano– a quienes lo deben todo, las marginan, cediéndolo todo a la “industria de salud”. Por ejemplo, recientemente la propia Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) declaró que un total de 11 mil 390 millones de pesos por concepto de primas de los seguros de accidentes y enfermedad, las compañías de seguros sólo gastaron la tercera parte de dicho total (17).
- Así, el criterio orientador que ha iluminado el camino de la reforma ha sido el económico, como la propia directora general de la Organización Mundial de la Salud lo afirma: “...la apropiada inversión... representa un poderoso motor para el crecimiento económico. Sencillo, la buena salud es prerrequisito esencial para...una globalización limpia”(20).
- Se apuesta todo a un esquema de aseguramiento (el seguro popular) cuando su viabilidad aún está por comprobarse. Hay que recordar que este seguro dependerá en gran medida del presupuesto federal de egresos, por el alto grado de subsidio federal que requiere.
- A 20 años de haberse consagrado al derecho a la salud como un derecho Constitucional, éste se ha convertido en una lejana utopía en vías de extinción, pues la actual administración federal en salud, intenta sustituirlo por “el nuevo universalismo”, reservando el derecho ciudadano a la salud, a un mínimo paquete de servicios, mientras que la prestación de los servicios curativos integrales y

de mayor complejidad se deja en función a la capacidad de pago de las familias”.

En forma resumida, el impacto esperado (y más buscado por los estrategas del gabinete económico Zedillista) a nivel macrosectorial, sería el hacendario. Esto en razón de la importancia de la reforma en el sistema de pensiones, la cual como se recordará, tuvo como principal propósito incrementar el ahorro interno.

Finalmente, dentro de los principales desafíos que enfrenta la reforma de la salud en México, podrían destacarse los siguientes tres:

- Ubicar al paciente en el centro de la política sanitaria
- Dignificar el lugar de los médicos en el proceso de la reforma
- Que la agenda de la reforma se formule, discuta y apruebe por todos los actores de la arena política, se tomen en cuenta todos los puntos de vista y no se imponga desde ‘arriba’.

A manera de corolario, en forma metafórica, el cuadro completo de la reforma mexicana de la salud en las últimas dos décadas, con un fragmento del Mural de las Cuatro Eras del sitio arqueológico maya de Toniná, Chiapas en el sur de México, el cual en forma resumida representa a un gran códice de cuatro páginas, el centro de las cuales, se observa una cabeza decapitada de un prisionero, su sangre se convierte en un círculo de plumas que dan lugar a un sol que irradia su fuerza a los cuatro cuadrantes. Los cuatro soles representan la repetición del tiempo. La cabeza decapitada sería la del SNS, en cuanto a su extensa red de servicios de salud y seguridad social, construida a lo largo de muchos años y en riesgo de ser decapitada; los cuatro soles representarían los cuatro momentos de la reforma que pueden describirse como oportunidades perdidas.

Referencias

1. Crozier M. Estado modesto, estado moderno. México: Fondo de Cultura Económica, 1989.
2. Leal G, Martínez C. Salud y seguridad social en el foxismo ¿Otra oportunidad perdida? Mimeo: México, 2002.
3. Soberón G, Kumate J, Laguna J. La Salud en México: Testimonios 1988. Tomo I, Fundamentos del cambio estructural. México: Fondo de Cultura Económica, 1988.
4. Córdova A, Legal G, Martínez C. La salud en crisis: un balance sexenal. La Jornada Semanal 1988 feb 7.
5. Roemer MI. Medical care and social class in Latin America. Milbank Memorial Fund Quarterly 1964;42:56-64.
6. González-Block MA. Las cuentas estatales de salud: el gasto de las entidades federativas. Observatorio de la Salud, 1997.
7. Anónimo. Sistemas Locales de Salud, México: Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias (Editorial). Secretaría de Salud de México, 1993.
8. Anónimo. Poder ejecutivo federal (Editorial). Programa Nacional de Salud, 1990-1994.
9. Anónimo. Economía y salud: propuesta para el avance del Sistema de Salud de México (Editorial) FUNSALUD, 1995.
10. Anónimo. Poder ejecutivo federal (Editorial). Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000.
11. Leal G. Agenda y diseño de la Reforma Mexicana de la salud y la Seguridad Social. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2000.
12. González-Fernández JA. La jornada 2000 sep 19. Citado por Leal, 2001.
13. Milenio (Diario) (2000). El presupuesto de egresos de la federación 1995-2000". 15 de septiembre, 2000.
14. Laurell AC. La reforma contra la salud y la seguridad social. México: Coedición de Fundación Friedrich Ebert y Ediciones Era, 1997.
15. Osorio S, Ramírez B. Seguridad o inseguridad social: los riesgos de la Reforma. México: Universidad Nacional Autónoma México, 1997.
16. Anónimo. Mexico, after the revolution: a special report (Editorial). The Economist, 2000.
17. Anónimo. "Hacienda da visto bueno a las ISES". (Editorial) El Financiero, 2002.
18. World Health Organization. The World Health Report 1999. WHO, 1999.
19. World Health Organization. The World Health Report 2000. WHO, 2000.
20. Sachs JD, Brundtland GH. Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico-2001. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001.