

Hacia la Universalización de la Salud*

José Narro Robles
Rolando Cordera Campos
Leonardo Lomelí Vanegas

México y sus contrastes

Nuestro país es un ejemplo de enormes contrastes y desigualdades. Las transiciones económica y demográfica, la epidemiológica e incluso la democrática o la que ha ocurrido en la estructura social, no han impedido la reproducción de las grandes brechas entre quienes tienen todo y quienes carecen de lo elemental. En algunos aspectos, incluso, podría decirse que estas mutaciones han contribuido a la ampliación de estas fallas que configuran un panorama de inequidad global.

En México es fácil encontrar casos de avances impresionantes y simultáneamente de situaciones de rezago inaceptable. También es sencillo documentar con datos duros la existencia de las paradojas y las distancias que caracterizan a la sociedad mexicana de la actualidad. Igualmente simple resulta argumentar sobre las consecuencias y peligros que esas brechas representan.

Para ubicar cualquier análisis de la salud y la seguridad social, es indispensable tener presente algunas de las realidades del país. Conviene iniciar este recuento, necesariamente incompleto, con una referencia a lo demográfico. En este sentido hay que hacer notar que en cincuenta años, la población de México se multiplicó casi cuatro veces al pasar, de poco más de 25 millones de habitantes en 1950, a casi cien al inicio del nuevo siglo. Por supuesto que la configuración de la estructura poblacional según grupos de edad, también se transformó de manera importante. Así por ejemplo, en tan sólo las últimas tres décadas y media, la edad mediana de la población pasó de 16.8 años a 24.

De la misma forma, los grupos extremos en la pirámide poblacional se modificaron. En el caso de los menores de cinco años resulta que, mientras en 1970 diez de cada 45 mexicanos pertenecían a ese grupo de edad, treinta años más tarde la relación fue de diez de cada 99. Por lo que toca al caso de los habitantes de 65 años y más, mientras que en 1970 sólo había un millón 790 mil ancianos (3.4 por ciento de la población), en 2005 la cifra se multiplicó más de dos veces y media y ascendió a 5.7 millones, aún cuando su participación en el total fue más modesto y sólo llegó a 5.5 por ciento.

En nuestro país, ancestralmente, nacer y vivir en el medio rural ha sido sinónimo de pobreza y exclusión. Por ello conviene recordar una más de nuestras paradojas demográficas. En unas cuantas décadas pasamos de ser un país eminentemente rural, a uno con predominio de población urbana. En 1950, cerca del 60 por ciento de la población vivía en una localidad rural, esto representaba casi 15 millones de mexicanos en esa condición. Hoy, la ruralidad sólo alcanza al 23 por ciento de los habitantes y, sin embargo, esto incluye a casi 24 millones de personas.

De igual forma, conviene recordar que México cuenta con 33 ciudades de 500 mil habitantes o más y que en ellas residen más de 28 millones de individuos, en tanto que 184 mil 714 localidades menores de 2,500 habitantes alojan a 23.5 millones. Es fácil entender los problemas sociales, de convivencia y de seguridad que se registran en las grandes urbes y también la dificultad para llevar servicios de salud, saneamiento básico, educación, vivienda y empleo a los pobladores de las pequeñas y dispersas localidades rurales de nuestro país.

En el campo de la salud existen situaciones igualmente paradójicas y contrastantes. La mejoría registrada a lo largo del tiempo es fácilmente detectable y sin embargo los rezagos son importantes. Por ejemplo, la esperanza de vida al nacimiento aumentó casi 25 años en la segunda mitad del siglo XX, en tanto que la mortalidad general o la infantil disminuyeron 75 por ciento. Sin embargo, lo que nos falta por avanzar es mucho.

Así, nuestro país ocupó, según el último reporte del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el lugar 53 entre 177 naciones en materia de desarrollo humano, además de que en la región nos superaron en este indicador Canadá, Estados Unidos, Barbados, Argentina, Chile, Uruguay, Costa Rica, Saint Kitts y Nevis, Bahamas o Cuba. La todavía insuficiente disminución de la mortalidad infantil se comprende mejor si se recuerda que nuestra cifra resulta seis veces más alta que la de Japón, cinco tantos superior a la de Alemania, España o Francia, cuatro veces la de Canadá, tres la de Cuba, o el doble que la de Chile o Costa Rica.

A mediados del siglo pasado, seis de cada diez fallecimientos que se registraban en el país se debían a las enfermedades transmisibles y a las muertes maternas y perinatales. Actualmente, estos padecimientos sólo explican una de cada diez defunciones. En tanto que en 1950 fallecieron a causa de las neumonías y las diarreas 142 mil mexicanos, hoy en día esto se ha reducido casi 90 por ciento. A pesar de ello, en 2003 esos padecimientos originaron 18 mil muertes. Igualmente preocupante resulta el hecho de que la tuberculosis haya sido la causa del fallecimiento de nueve mexicanos cada día de ese año. En adición debe señalarse que la inversión pública en salud es pobre y que apenas se acerca al tres por ciento del PIB.

En este contexto hay que reconocer que el proyecto de Estado social, diseñado para proteger a los ciudadanos contra peligros y situaciones diversas derivadas tanto de la vida personal como del sistema social, ha sido insuficiente en su desarrollo y para muchos está hoy francamente en riesgo. La pregunta que debemos formularnos es si una sociedad tan desigual como la mexicana debe resignarse a estas realidades que afectan directamente su sana reproducción. En el fondo, el Estado social debe buscar reducir sistemáticamente las contingencias, disminuir las diferencias entre grupos, sectores y regiones y atender sus consecuencias. En la actualidad los riesgos de enfermedad, incapacidad, desempleo, accidente de trabajo y muerte se han incrementado por muchas razones. Frente a ello, hay una presión creciente para avanzar en la privatización de los servicios de salud y de la seguridad social, o al menos para disminuir la presencia del Estado en esos dos campos.

La salud y su valor

La salud es un requisito imprescindible para lograr el desarrollo de las capacidades y potencialidades de personas y colectividades. Es condición ineludible para la consecución de la seguridad, la democracia y para el ejercicio pleno de la libertad. Sin salud no hay acceso cabal a la educación, la cultura, el entretenimiento, el empleo o la participación política. Por su parte, el desarrollo de las potencialidades del individuo se ve disminuido. La salud, junto con la educación, es palanca del desarrollo humano y en nuestro régimen constitucional se identifica como prototipo de los derechos sociales fundamentales. La dimensión de la salud es tal que la Comisión sobre Inseguridad Humana, coordinada hace algunos años por el premio Nobel de economía Amartya Sen y por un antiguo Comisionado para los Refugiados de la ONU, Sadako Ogata, señaló en su informe que “las amenazas a la salud que están relacionadas con la pobreza se encuentran entre las grandes cargas de inseguridad” y que “la pobreza y la enfermedad configuran un círculo vicioso con consecuencias humanas y económicas negativas”.

Para tener claro el panorama y las realidades que condicionan la salud en México, es indispensable reiterar que en el país se registran profundas transiciones y grandes e indeseables desigualdades. Junto a un sector totalmente asimilado a la modernidad, coexiste otro, más grande por cierto, que tiene profundos rezagos de todo tipo. Al lado de grupos que viven en la opulencia y el despilfarro, se encuentran otros que subsisten en condiciones poco dignas y de enormes carencias y sufrimientos. Hay dos aspectos que desde la perspectiva estructural deben ser considerados: los de origen demográfico y los que se refieren a los rezagos y las brechas en la salud, estas últimas producto de la desigualdad que caracteriza a la sociedad mexicana.

Por otra parte, existen graves problemas relacionados con el financiamiento público de los servicios y con las formas de organización y funcionamiento del sistema de salud, en particular los derivados de la asignación de recursos a las entidades federativas, a las unidades de atención médica y a los programas de salud, así como la

heterogeneidad de la calidad y la existencia de coberturas todavía insuficientes, sobre todo en lo que se refiere a la atención hospitalaria especializada.

Al respecto resulta oportuno indicar que la salud no debe entenderse bajo ninguna condición como una mercancía. Su atención tampoco puede concebirse como una concesión graciosa, como un acto de caridad benevolente o como un servicio disponible sólo para aquellos con capacidad de pago. En consecuencia, no deben ser las fuerzas del mercado o las negociaciones comerciales las que determinen los niveles de salud de una población. Por el contrario, se deben diseñar políticas públicas que aseguren que toda la población cuenta con el respaldo de los servicios públicos de salud. Esto no ocurre hoy y es notoria todavía la insuficiencia de recursos públicos destinados al fortalecimiento y expansión del sistema de salud pública. Esta insuficiencia llega a dañar algunos núcleos importantes del mantenimiento del propio sistema y, en consecuencia, las posibilidades de intentar, en circunstancias de crisis, un uso intensivo de las capacidades instaladas.

Frente a las realidades expuestas, lo único que no debemos hacer es quedarnos cruzados de brazos. Resulta urgente actuar y hacerlo en el fondo de los males que maniatan el sano desarrollo de la salud pública. Se trata de un compromiso de todos, pero toca a los dirigentes del Estado, los partidos políticos y las organizaciones económicas y sociales encabezar esta que no puede sino ser una cruzada: reorganizar el sistema de salud que es ineficiente, mejorar el financiamiento para la salud que no es el que se requiere y formular una gran convocatoria al conjunto de la sociedad. A todos y cada uno de nosotros corresponde una tarea. Sólo con la movilización organizada de todos los sectores, será posible acelerar el proceso de búsqueda de la justicia social y alcanzar mejores niveles de salud.

Evolución de la salud en México

En las páginas que siguen se presentarán datos para contrastar la evolución de la salud en el país a lo largo de poco más de medio siglo. De la misma manera se referirán

algunas comparaciones internacionales con el propósito de ubicar los niveles de salud en el tiempo y respecto de otras sociedades. Para ello se hará uso de la información oficial publicada por fuentes gubernamentales autorizadas. Para la valoración secular se hará uso de cifras de 1950 y de las disponibles y más cercanas a 2004.

Conviene anticipar que la medición de los niveles de salud en una persona o en una sociedad es una tarea compleja. Lo es para empezar, en virtud de que no se dispone de indicadores objetivos y certeros que midan con precisión lo que se pretende. Con frecuencia nos tenemos que conformar con una aproximación a esos niveles. Los indicadores pueden ser del tipo de los llamados “positivos” o de los que miden el impacto negativo sobre la salud de una colectividad. Entre los primeros destaca la esperanza de vida al nacimiento y entre los segundos las distintas variantes de la mortalidad: general, infantil, materna, por grupo de edad y por causa, entre las más frecuentemente utilizadas.

Como ya fue señalado, la población total de México creció cuatro veces al pasar de 25.8 millones de habitantes en 1950, a poco más de 104 millones en la actualidad. En adición a ese cambio, la estructura poblacional también sufrió una transformación muy importante, ya que el porcentaje de menores de cinco años disminuyó y el de población de 65 y más años se incrementó en forma significativa en cada caso.

Otro aspecto de cambio mayúsculo ya mencionado ha sido la transformación de la sociedad mexicana que pasó, en medio siglo, de ser predominantemente rural a ser abrumadoramente urbana. El número de localidades también ha aumentado y el registro muestra que el crecimiento es fundamentalmente de orden rural. El total de localidades al inicio del periodo considerado ascendía a 98,325 mientras que en el último censo fue prácticamente del doble. Por lo que toca al número de localidades rurales, estas pasaron de 97,417 a más de 184 mil.

El crecimiento anual de la población se modificó de 2.7 a 1.0 por ciento al año. Se trata de un cambio muy importante que refleja la disminución de las tasas de natalidad, de mortalidad y la global de fecundidad, así como la emigración. Este cambio permitió tener un decremento del crecimiento poblacional en el país cuyo efecto neto, debido al uso extendido de los métodos de planificación familiar, ha consistido en que, en lugar de tener 140 millones de habitantes o más, tengamos únicamente 104. La tasa de natalidad disminuyó durante el periodo considerado de 45.6 a 18.4 nacimientos por mil habitantes. Vale la pena anotar aquí, que esto se logró en buena parte gracias a las medidas adoptadas por el Estado mexicano a partir de la promulgación de políticas de población en 1974. La estrategia de planeación demográfica puesta en práctica entonces, se ha mantenido en lo fundamental y constituye una buena muestra de que en materia de población y salud, como en el resto de los temas sociales básicos, es posible y necesario acometer los problemas con una perspectiva de política de Estado.

Por lo que toca al caso de la esperanza de vida al nacimiento, que refleja la probabilidad de que los nacidos en un año dado alcancen un determinado número de años de vida, hay que reconocer un cambio dramático. Los mexicanos nacidos en 1950 tenían como expectativa vivir en promedio 50 años, en cambio para quienes nacieron el año pasado, la cifra se aproximó a 76 años. Esto significa que en 55 años el indicador aumentó 26 años, es decir casi seis meses de incremento por cada año calendario transcurrido.

Otra transformación fundamental es la notificada en el caso de las tasas de mortalidad. Esto es especialmente cierto para la mortalidad general que pasó de 16.2 a 4.5 por mil habitantes y en el de la infantil que disminuyó casi 80 por ciento al pasar de 96.2 a 20.5 por mil nacidos vivos registrados. Adicionalmente habría que señalar que no sólo se registró un cambio cuantitativo, sino que el mismo se reflejó también en la estructura por causas de fallecimiento.

En efecto, a la mitad del siglo pasado las infecciones intestinales, las neumonías y otras infecciones respiratorias, las enfermedades de la infancia, los accidentes y el paludismo, configuraban las cinco primeras causas de muerte que además explicaban la mayor parte de las registradas en ese tiempo. En la actualidad, esto se ha transformado y ahora son las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes mellitus, los accidentes y las enfermedades del hígado. Para ilustrar el cambio en las tasas por dos causas específicas que, como ya vimos, son ahora el azote de la salud, a continuación se ofrecen los datos respectivos.

La mortalidad originada por la diabetes ha aumentado de forma impresionante. La tasa era, cinco décadas atrás, de 4.8 por cien mil habitantes y en la actualidad es de 56.8. Esto significa un incremento de prácticamente doce veces. Por lo que corresponde al número de muertes, el aumento ha sido extraordinario, se pasó de 1,250 a más de 60 mil, es decir un crecimiento de 48 veces. Por lo que toca al caso de los tumores pasa algo parecido, si bien no es tan acentuado. La tasa aumentó de 28.8 a 57.6 por cien mil habitantes en el lapso considerado.

Los avances registrados a lo largo de las últimas décadas en materia de salud en nuestro país son indiscutibles. Al respecto se mostraron datos de lo que sucedía en 1950 y lo que acontece en la actualidad. Otra manera de valorar la evolución consiste en comparar nuestro caso con el de otras naciones semejantes en cuanto a niveles de desarrollo o con países que se ubican, en este sentido, por delante de nosotros. En los párrafos siguientes se presentan algunos datos al respecto.

En materia de esperanza de vida al nacimiento aún existe espacio para la mejoría. Comparativamente con Japón, el país con las mejores cifras, estamos más de seis años por debajo. Otros países desarrollados como Suecia, Islandia o Noruega nos superan en este indicador. Sin embargo, en nuestra región también tenemos un rezago importante frente a Costa Rica, Cuba, Puerto Rico o Chile.

Desafortunadamente algunas variables que inciden directamente sobre la salud, todavía no han quedado resueltas en nuestro país. Este es el caso de los niveles de educación, de las correspondientes al acceso al agua potable o el saneamiento, en donde estamos en la tabla media de las naciones. Esto origina en parte que en materia de salud y de desarrollo humano, también nos ubiquemos en la insatisfactoria medianía como ya fue señalado.

Resulta inaceptable que en materia de salud seamos superados no sólo por países que tienen un grado de desarrollo más alto. Este es el caso, por ejemplo, de los Estados Unidos, de España y de Francia, pero también de algunos países de nuestra región como Argentina y Chile e incluso en algunos indicadores de Brasil. Si se compara el caso de la mortalidad en menores de cinco años, la mortalidad materna, el porcentaje de peso bajo al nacimiento o el nivel de tabaquismo entre hombres adultos, se podrán apreciar diferencias y contrastes contrarios a lo que uno desearía.

La organización de los servicios de salud

México es un país que tiene una larga experiencia en la organización de servicios de salud. Esto es válido tanto para el caso de los servicios personales, como para el de aquellos de orden colectivo, pero también para los públicos, los privados o los correspondientes al sector social. El mayor desarrollo de los servicios se ha dado en el sector público, que cuenta con una extraordinaria infraestructura y con cientos de miles de trabajadores responsables de los programas de salud pública y los de atención individual.

Existe una gran segmentación de las instituciones prestadoras de servicios y por tanto de la población a la que están dirigidos sus esfuerzos. Las principales instituciones son: la Secretaría de Salud y los servicios estatales de salud, el IMSS y el ISSSTE. Sin

embargo, existen otras de tipo federal como el caso de los servicios de las secretarías de la Defensa Nacional y de Marina o el de PEMEX, así como otros de tipo estatal o incluso municipal, además de aquellas del sector social, señaladamente la Cruz Roja Mexicana, con servicios primordialmente destinados a la atención de las urgencias.

Esta estructuración segmentada hace muy ineficiente el sistema, ya que existen distintos niveles de organización, aparatos burocráticos y administrativos duplicados e hipertrofiados y, por supuesto, una enorme dificultad para establecer la coordinación que se requiere. Una consecuencia inmediata de esto es que no existe todavía cobertura universal ni siquiera en el caso de los servicios esenciales y menos en el de los de hospitalización que, por otra parte, en ocasiones se mantienen subutilizados. Adicionalmente se puede decir que existen casos en los que alguien tiene derecho a los servicios de dos o tres instituciones y que además utiliza los destinados a la población abierta.

De este panorama emerge el tema crucial de la portabilidad ciudadana del derecho a la salud, así como la falta de precisión constitucional que este derecho tiene cuando se busca concretarlo como un derecho de todos, es decir, efectivamente ciudadano y universal y con propósitos de redistribución y equidad. El sistema, tal y como ha evolucionado hasta la fecha, ha impedido que esta circunstancia de universalidad y equidad se vislumbre como una realidad aunque sea progresivamente y ha confundido la discusión central que debería ser la referente precisamente a los caminos para hacer realidad dicha universalidad.

Por lo que se refiere al caso de la atención médica proporcionada por los servicios privados de salud, es necesario recordar que con frecuencia se trata sólo de atención curativa de tipo episódico, es decir sin continuidad. Dentro del sector privado también existen importantes deficiencias. Entre las más destacadas pueden referirse la enorme heterogeneidad en la calidad, los costos, la baja cobertura que se alcanza y la tendencia creciente al modelo conocido como “medicina administrada”, el cual genera

una distorsión de la relación médico paciente y un predominio de los factores financieros y administrativos por encima de los de orden médico. En términos agregados, hoy se dan la mano servicios de alta calidad, innumerables “gastos catastróficos” y un creciente uso de la medicina privada por parte de todos los sectores sociales. La automedicación y la dependencia de servicios no regulados y sin calidad redundan en el mayor empobrecimiento de los pobres que no tienen acceso a la seguridad social.

Por supuesto que aquí también existe una segmentación entre quienes tienen cobertura con seguros de gastos médicos mayores y quienes no cuentan con ellos y en consecuencia tienen que hacer el desembolso al momento de recibir el servicio. El sistema privado de atención médica, en particular el capítulo del ejercicio liberal de la medicina, se ha distorsionado por completo en razón de la aparición de las aseguradoras y de los consorcios que se están extendiendo por todo el país, en donde la atención se ve como un asunto de “negocio”, al médico como al “proveedor” y al paciente como a un “cliente”.

La medicina se ha convertido entonces en un capítulo de la economía, en una industria, en un nicho de oportunidad. A la deshumanización producto de la mercantilización de los servicios médicos, escudados en un real o supuesto desarrollo tecnológico, se han sumado la organización institucional y más recientemente los tópicos derivados de los aspectos económicos, administrativos y por supuesto de los legales que amenazan a la práctica profesional. Todos estos factores y otros más, han influido negativamente en la relación médico paciente, herramienta de interés fundamental en la medicina y con un valor terapéutico inestimable.

Las instituciones públicas de salud

En los párrafos siguientes se hará una descripción general de los recursos públicos de que se dispone para la atención de la salud de los mexicanos. Antes, unas cuantas palabras para decir que si bien es cierto que la mitad del gasto que en salud se efectúa en el país se origina en el sector privado, esto no corresponde con la fuerza de trabajo ni con la infraestructura disponible ni con el número de servicios que se presta. A pesar de las deficiencias en la información, esto es claro y se mostrará en seguida.

Por cada cuatro médicos y enfermeras de que se dispone en el sector público, existe uno en el privado. El número de egresos hospitalarios del sector privado asciende a menos del 40 por ciento del notificado en el sector público, en tanto que las cirugías únicamente representan el 28 por ciento. Cuando se habla de programas preventivos, la diferencia es mayúscula. Si tomamos el caso de las usuarias activas de métodos de planificación familiar, podemos fácilmente constatarlo. Por cada usuaria del sector privado, se reportan 42 del público. No hay duda de que existe un subregistro importante en el sector privado pero, a pesar de eso, las diferencias son ostensibles.

La dimensión del sistema público de atención a la salud se puede mostrar con facilidad. Sólo hay que recordar que en las instituciones laboran 141,865 médicos y 193,770 enfermeras, es decir más de 330 mil de ellos. Estos profesionales de la salud se distribuyen en miles de centros de trabajo en todas las entidades del país. Para la aplicación de los programas de salud se cuenta asimismo con cerca de 20 mil unidades de salud, la gran mayoría (18,664) destinadas a la consulta externa y 1,150 para la hospitalización de los pacientes.

El sector público dispone de casi 80 mil camas censables, de 54,511 consultorios, de 2,742 quirófanos y de 1,889 laboratorios clínicos. Con la capacidad instalada anualmente se ofrece una enorme cantidad de servicios sin los cuales la población tendría graves problemas. Por ejemplo, se estima que en 2005 se otorgaron cerca de

260 millones de consultas, se hospitalizó a más de cuatro millones y medio de personas, se efectuaron casi tres millones de cirugías y se atendió a diez millones y medio de usuarias activas de métodos de planificación familiar.

El éxito de los programas preventivos se puede ejemplificar con la estabilización de la tasa de crecimiento poblacional y con los programas de vacunación que han permitido que padecimientos que hasta hace muy poco ocasionaban dolor, enfermedad y muerte entre las familias mexicanas, hoy estén erradicados o al menos controlados. Estos son los casos de la poliomielitis, la difteria y el sarampión entre otros. Si a esto se suma la exitosa lucha contra las enfermedades diarreicas, las respiratorias o el paludismo, podremos entender el cambio en la estructura de la mortalidad.

El seguro popular de salud

En 2002 se estableció de forma “piloto” el llamado seguro popular, que al año siguiente mereció su incorporación en la Ley General de Salud en el Título tercero bis “El Sistema de Protección Social en Salud”. Estos cambios entraron en vigor a partir del 1 de enero de 2004, salvo por un apartado que tomó plena vigencia en abril del mismo año. Se trata de un mecanismo de aseguramiento público en materia de gastos médicos, que busca evitar el empobrecimiento de la población a consecuencia de los gastos catastróficos que originan algunos padecimientos, así como de evitar el pago de bolsillo y promover un sistema tripartito de pago anticipado a cargo del gobierno federal, de los gobiernos estatales y de las propias familias que para ello deben contribuir con una cuota. Es un sistema que pretende asegurar de forma voluntaria a la población que no está incorporada a algún sistema de seguridad social.

El propósito del seguro popular es contar con un mecanismo para garantizar a la población que se incorpora al mismo, el acceso efectivo, oportuno, de calidad y sin ningún desembolso al momento de utilizar los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, de tal manera que se facilite la resolución integral de las

necesidades de salud de esa población. Lo anterior debe cumplirse mediante la combinación de un conjunto de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. El número de intervenciones contempladas asciende a 249; veinte de orden preventivo, 83 del ámbito de la atención ambulatoria, ocho del campo odontológico y nueve del de la salud reproductiva, 20 propias del embarazo, la atención del parto y el cuidado del recién nacido, dos de rehabilitación, 20 de urgencias, 22 de hospitalización y las 65 restantes de orden quirúrgico.

Con las acciones definidas se busca que la población cubierta por el programa cuente con las medidas preventivas, de atención ambulatoria y de hospitalización general, quirúrgica, de pediatría, de ginecología y obstetricia, así como de geriatría, e igualmente con una serie de intervenciones para la atención de enfermedades graves como son algunos tipos de cáncer en niños, cáncer cervicouterino, cuidados intensivos neonatales y atención de cataratas entre otros. Se supone que se garantiza la dotación de los medicamentos para el caso de las enfermedades agudas y también de las crónicas cubiertas por el seguro popular.

Por lo que toca al financiamiento, el gobierno federal aporta una cuota social anual por cada familia incorporada, además de que hace una aportación a partir de los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud de la Persona (FASSA) considerados en el presupuesto de la federación. De la misma manera, se supone que está programado el entero de una cuota social, por cada familia, a cargo de las entidades federativas y otra que aporta la familia anualmente y por adelantado. Esta última se fija de conformidad con las condiciones económicas de las familias y las más pobres de las mismas, en este caso las incluidas en los dos primeros deciles de ingreso quedan exentas.

Según las autoridades responsables de esta propuesta, con este sistema es posible atender y corregir algunas de las deficiencias del sistema de salud. Entre las más destacadas se pueden citar: dar contenido pleno a los derechos sociales; transitar de

manera gradual a la lógica del aseguramiento público en materia de salud; corregir paulatinamente los desequilibrios financieros; ordenar las asignaciones y establecer una mejor corresponsabilidad entre los distintos órdenes de gobierno y la propia ciudadanía.

El sistema ha venido operando durante cuatro años y en la actualidad lo hace en la totalidad de las entidades federativas del país. De conformidad con los datos de la Secretaría de Salud, a finales de 2005 existían 3, 555,977 familias afiliadas, de las cuales el 80 por ciento, es decir, 2, 848,606 supuestamente estaban encabezadas por una mujer. Además, se supone que sólo un poco menos del 40 por ciento (1, 416,136 familias) se encontraban afiliadas al programa oportunidades. Se ha estimado en 3.2 el número promedio de integrantes de cada familia, por lo cual se puede decir que en diciembre del año pasado existía un total de once millones 404 mil 861 mexicanos cubiertos por el seguro popular.

También conviene tomar nota que, de acuerdo con la información oficial incluida en la página electrónica del seguro popular, tres millones 374 mil 208 familias, es decir el 95 por ciento de las incorporadas al programa, pertenecían a los dos primeros deciles y por lo tanto quedaron exentas de cubrir la cuota familiar. El número de unidades médicas participantes en el programa ascendió a 4,259. De ellas, la gran mayoría (3,977) fueron centros de salud y los restantes 204, hospitales. Por lo que se refiere a algunos de los servicios prestados, se informa que se otorgaron 14 millones 581 mil 352 consultas, se notificaron 195,056 egresos hospitalarios, se atendieron 24,980 partos y se registraron únicamente 7,482 defunciones entre la población cubierta por el seguro popular.

Es oportuno señalar que las cifras reportadas corresponden, salvo en el caso de los hogares encabezados por una mujer, a una fracción mucho menor de la que se esperaría de acuerdo con los datos del resto de la población atendida por la Secretaría de Salud y los servicios estatales de salud, ya que el número estimado de consultas proporcionada por la institución y que incluye a las del seguro popular ascendió a 102 millones 280 mil, en tanto que los egresos hospitalarios sumaron dos millones 108 mil.

Entre la población total del país el número de partos atendidos fue superior a un millón 250 mil y las defunciones registradas ascendieron a 472 mil.

El programa ha tenido, sin duda, como beneficio más importante el incremento del financiamiento federal a los servicios de salud para la población no derechohabiente de los sistemas de seguridad social, así como la extensión de una conciencia ciudadana de derechos y responsabilidades cuya profundidad está aún por precisarse y estudiarse.

Por otra parte, el programa ha recibido críticas que no conviene pasar por alto en esta comunicación. Las más importantes, serán enunciadas a continuación.

En primer término deben citarse las de carácter doctrinario. Debe discutirse si el modelo puesto en operación contribuye o no a fortalecer la idea de que existe un derecho a la protección de la salud, cuyo cumplimiento es responsabilidad primaria del Estado y, en consecuencia, si la idea de la cuota familiar y la de un pago anticipado no es contraria al espíritu del artículo cuarto constitucional. Por otra parte, se corre el riesgo eminente de que con el seguro popular se dé una nueva segmentación de la población. Además, al ser de carácter voluntario, no parece tomar en cuenta que existe una inclinación para que se aseguren quienes ya están enfermos y que por tanto son más proclives a utilizar los servicios, además de que, por su manejo estatal, no se aprovecha la agregación de riesgos entre poblaciones.

Por otra parte, este modelo parece tener un efecto paradójico. Se renuncia aparentemente a combatir la informalidad laboral y se restan en posibilidades a la incorporación de la persona y su familia a los sistemas de seguridad social completos y bien establecidos, aunque sumamente segmentados y con serios problemas de financiamiento. Con el seguro popular se duplica el seguro de salud familiar establecido por el IMSS desde hace varios años. Para el desarrollo de un sistema de atención homogénea y de cobertura universal, puede no ser la mejor opción.

Otra de las áreas de incertidumbre y crítica es la que tiene que ver con los asuntos financieros del seguro popular. Queda claro que hay posibles contingencias financieras, que no existen las reservas para contender con la demanda potencial de los servicios que se ofrecen, que la naturaleza de las cuotas familiares es, por decir lo menos, intrascendente, y que la participación presupuestal de los gobiernos estatales al financiamiento del sistema de salud, tampoco parece haberse modificado.

Desde el punto de vista administrativo también existen problemas. La doble contabilidad, el sistema de información duplicado y el crecimiento del aparato burocrático son algunos de los inconvenientes que se pueden apuntar. Pero sin duda los comentarios más críticos tienen que ver con la prestación de los servicios. Se ha dicho que se trata de sectores de la población que previamente no tenían ningún tipo de cobertura lo que no es exacto. Se han comprometido servicios como la atención de todos los menores de 18 años con cáncer y esto es, en la actualidad, imposible de cumplir en virtud de que no se cuenta ni con la infraestructura ni con los recursos humanos necesarios para hacerlo. Por último, los servicios disponibles no han crecido lo suficiente para atender los compromisos contraídos. Los datos oficiales dan cuenta de esta argumentación.

Problemas del sistema de salud

En los párrafos que siguen se enunciarán algunos de los problemas más importantes de nuestro sistema de salud. Para iniciar, habría que reiterar que no existe una cobertura de toda la población en materia de salud. Esto es verdad incluso en cuanto a los servicios esenciales. Los esfuerzos realizados en este sentido se abandonaron y el proyecto quedó trunco. En el caso de las áreas rurales, un número importante de comunidades aún no cuenta con la cobertura requerida. Las barreras geográficas, culturales, o económicas lo impiden. Parecería oportuno un análisis de micro regionalización que permita considerar la posible extensión de los servicios y también la sustitución de médicos en servicio social por personal profesional de base. Igualmente

debe decirse que en materia de atención hospitalaria se enfrenta una situación paradójica, por un lado existe una pobre utilización de las unidades existentes, y por el otro, grupos importantes de población sin cobertura.

Junto a lo anterior existe una enorme heterogeneidad en la calidad de los servicios que se prestan. Además, el financiamiento de los mismos es absolutamente insuficiente, lo que origina que con frecuencia no se cuente con los apoyos de laboratorio, gabinete, medicamentos, mantenimiento y equipamiento que se necesitan. La organización y la administración de los servicios tienen igualmente problemas importantes que incluyen lo mismo la capacitación del personal, que los mecanismos de supervisión y evaluación o los sistemas de información.

Hay que tener en cuenta, además, el efecto de la transición demográfica y de la epidemiológica sobre los costos de atención. Estos fenómenos ya está presente en los organismos de seguridad social para los trabajadores, cuyos seguros de enfermedad y maternidad tienden al déficit crónico. Este déficit se subsana con recursos fiscales e implica una socialización de pérdidas en beneficio de grupos específicos de la población, lo que trae consigo un insoslayable problema de equidad. Si se quiere legitimar esta asignación de recursos públicos y superar este problema de equidad, sólo queda un camino: socializar también los beneficios de acceso a la salud y financiarlos con cargo a impuestos generales.

Otro de los campos en que parecería conveniente realizar esfuerzos adicionales, es el de la formación de recursos humanos. Tanto en lo que se refiere a aspectos cuantitativos, como en los correspondientes a la calidad de los procesos, se debe mejorar. No es este el sitio para comentar sobre los asuntos de regulación sanitaria y coordinación del sistema, pero se debe señalar que hay problemas importantes, a pesar de los avances que se han registrado.

En materia de salud se requiere una definición

En la función pública las definiciones son indispensables. Por esto, las medias tintas resultan censurables. Esto viene a cuento porque en materia de salud se necesita saber, con claridad, a dónde se quiere llevar a los servicios públicos y a la política sanitaria del Estado.

Esto tiene muchas implicaciones y hoy, más que nunca, requerimos de la determinación correspondiente, misma que por supuesto no involucra sólo a las autoridades. Hasta hace poco tiempo parecía que no había duda en el rumbo. Que las condiciones y necesidades de nuestra población, así como la historia de la salud pública y de sus instituciones, no dejaban espacio para la incertidumbre. Hasta hace poco quedaba claro que el artículo cuarto constitucional y la Ley General de Salud, con todo y sus imprecisiones en materia de exigibilidad, podrían constituir la base para concretar y tutelar el derecho de toda persona a la protección de la salud, con la consecuente obligación estatal al respecto.

El artículo cuarto de la Constitución recoge un derecho ganado por la sociedad, un derecho fundamental cuyo cumplimiento es obviamente responsabilidad del gobierno y al que, aun en medio de las numerosas y graves crisis financieras de los últimos años, no se había puesto en tela de juicio. Sin embargo, hoy es claro que urge avanzar en la revisión jurídica de este derecho para volverlo inequívocamente universal y exigible. De aquí la necesidad de que el Estado y la sociedad se comprometan sin ambages con el objetivo de una salud pública universal. Esto, a la vez, debe tener su obligada contraparte en un pacto fiscal que permita superar pronto la grave debilidad financiera, organizativa e institucional en que ha caído el Estado.

Conclusiones

La atención de los problemas derivados de la organización de los servicios de salud requiere de planteamientos novedosos y de fondo. Esto pasa por el establecimiento del

Servicio Nacional de Salud que tendría como propósito central garantizar la cobertura universal de los servicios de salud de tipo preventivo, curativo y de rehabilitación, tanto de orden ambulatorio como de hospitalización. Para alcanzar este objetivo, será necesario integrar la totalidad de las instituciones y programas públicos de salud en una sola institución. Conviene no olvidar que el sistema actual se ha reproducido como un sistema segmentado que impone muy serios obstáculos corporativos y de concepto para avanzar en firme hacia una unificación efectiva y productiva. A este respecto, habría que añadir que en esta perspectiva el seguro popular debe verse como un vehículo para arribar y converger en este propósito integrador. Más que una alternativa hay que entenderlo como una vía opcional cuyo valor y legitimidad estriban en la búsqueda consistente del objetivo enunciado arriba.

Junto con los trabajos de tipo político que permitan dar un paso de esta naturaleza, se deberá incrementar sustancialmente el financiamiento de los servicios con recursos fiscales. El diseño administrativo y de operación de los servicios deberá asegurar una disminución de la carga burocrática, la existencia de procesos de desconcentración y descentralización y la puesta en práctica de un mecanismo de distribución equitativo de los recursos que rompa la asignación inercial y combata los enormes rezagos existentes.

Es necesario buscar que la operación de los programas de salud se complemente con la de programas sociales que inciden en la salud de la población, en especial educación, alimentación, dotación de vivienda, agua potable y drenaje, por sólo citar los más importantes. Los asuntos de la salud pública no pueden prescindir de la puesta en práctica de otros programas de apoyo social. Un adecuado planteamiento puede lograr

mejorías en los niveles de vida y salud de una población, aún cuando no exista un crecimiento acelerado de su economía.

En efecto, el mejoramiento de los niveles de salud de la población no es un asunto que se resuelva sólo con recursos financieros o mediante el efecto directo e instantáneo del progreso económico. La relación de la salud con el desarrollo es más compleja, es

bidireccional, ya que mutuamente se refuerzan o condicionan. En consecuencia, niveles inadecuados de salud son un freno al desarrollo y éste, por sí solo, no garantiza la existencia de mejores niveles de salud en la población.

Por otro lado, si la presencia de mayor ingreso tiene efectos positivos en los niveles, condiciones y calidad de vida, ello no puede llevarnos a sostener que los problemas de salud puedan resolverse con el único expediente del aumento del ingreso individual. Algunos estudios demuestran que el efecto positivo del ingreso sobre los niveles de salud depende, también, de que se sostenga o se incremente el gasto público específico destinado a la salud y a la educación. Esto permite ratificar que en una sociedad como la nuestra, es imprescindible la acción social del Estado.

Para combatir la pobreza y seguir promoviendo el desarrollo de la sociedad, se requiere de una política social activa y de un incremento en el gasto público. Es necesario señalar una vez más que no se defiende la visión simplista y retardada de regresar al Estado asistencial, burocratizado e ineficiente. Se está a favor de reformar y fortalecer un Estado que tutele las necesidades humanas básicas, que promueva la solidaridad con los más necesitados. Todo esto no está reñido con un Estado eficiente, comprometido con la calidad y, por supuesto, con el manejo transparente de los recursos y la rendición de cuentas.

Por ello, se puede dejar establecido que la atención a la salud y la seguridad social deben conservar su predominante carácter público y su sentido prioritario y estratégico. Resulta indispensable avanzar en la reforma integral de nuestras instituciones de salud y seguridad social. Esta reforma debe ser profunda y las acciones que se instrumenten deberán ser concertadas y graduales, de tal manera que se aseguren las mayores posibilidades de éxito en la tarea.

La faena es intrincada y el éxito en la empresa demanda de inteligencia, sensibilidad y capacidad para llegar a acuerdos colectivos. Sólo así, y con trabajo, se responderá de manera adecuada al reto de las generaciones; esto es, consolidar y reformar las instituciones de salud y seguridad social que otros crearon para nuestra tranquilidad, y que tendremos que entregar en mejores condiciones a las generaciones siguientes.

*Elaborado parcialmente a partir de algunos trabajos publicados previamente o que se encuentran en prensa.