

PROSPECTIVA DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

Dr. Fernando Cano Valle¹

Definir no es lo mismo que demostrar, hemos llegado a ser demasiado normativos e incluso demasiado emotivos, demasiado normativos no sólo en el sentido de que, el deber ser suplanta demasiado al ser, al mundo, como es, sino también en el sentido de que perseguimos objetivos sin instrumentos, sin saber cómo y demasiado emotivos en el sentido de que el sentir trastorna la “Ratio” Razón. La solidaridad, está bien; pero no es suficiente.

Giovanni Sartori²

Es cierto la solidaridad, no es suficiente menos aún cuando se pretende plantear el propósito de cobertura universal; es de aceptarse que la cobertura universal de salud se define como el resultado deseado del funcionamiento del sistema de salud, un contexto en el

¹ Profesor de carrera del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

² Giovanni Sartori (1924-2017) fue investigador en el campo de la ciencia política, Doctor *Honoris Causa* por la UNAM especializado en el estudio corporativo de la política.

Prospectiva del sistema de salud en México

que cualquier persona que necesite acceder a los servicios de salud (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y servicios paliativos) pueda hacerlo, sin que ello suponga dificultades financieras.³

La cobertura universal de salud tiene dos componentes interrelacionados; por un lado, todos aquellos factores que intervienen en los servicios de salud esenciales y de calidad, según las necesidades; por el otro, la protección financiera frente a las necesidades de salud, incluyendo las situaciones de pobreza provocadas por los pagos directos en el momento en que se necesita el servicio. Toda la población debería poder beneficiarse de ambos componentes.⁴ Esta aspiración puede verse como una entelequia y sobre ello hay que profundizar.

16 Ante la entelequia, es posible advertir dos enfoques: uno, como cosa irreal que no puede existir en la realidad; se relaciona con la utopía. El segundo enfoque se refiere a cosa real que lleva en sí el principio de su acción y que tiende por sí misma a su fin propio, convierte la posibilidad en realidad.

En este último sentido analicemos primero la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la cual ha cumplido 100 años, y ello no es un asunto trivial. A lo largo de ese periodo ha habido cambios impensados en su origen; organizaciones, gobiernos y sociedad se han visto inmersos en este proceso, se han introducido proyectos, aspiraciones y circunstancias en torno a la salud de la sociedad mexicana, cambios que perfilan y demandan que el sistema y sus retos actuales requieren de una sistematizada renovación.

³ “Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global. Marco de trabajo, medidas y metas”. Mayo de 2014. Organización Mundial de la Salud, grupo del Banco Mundial, organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y fomento /el Banco Mundial 2014. (www.who.int) (http://www.who.int/about/licensing/copyright_from/en/index.html). p. 1

⁴ *Ídem*.

Las insuficiencias estructurales en la administración, los servicios fragmentados, costos que no tienen paralelo en los últimos 30 años, una morbilidad crónica creciente, repunte de infecciones, adicciones en mayor consumo, enfermedades mentales sin abordaje terapéutico eficiente, entre otras necesidades, definen una entelequia.

Ahora la agenda para el cambio requiere un rediseño fundamental, los escenarios y plataformas deben plantearse con claridad y anticipación, más que encontrarlos tardíamente años después con respuestas sencillamente lentas, inapropiadas o inequitativas.

No hay duda, el primer reto para el sistema de salud es la equidad. En México se han acumulado rezagos y persisten dolorosas desigualdades. Baste un ejemplo, con base en el presupuesto de gasto y cobertura para 2017, el IMSS excluyendo las prestaciones presenta un gasto per cápita de \$3 910.00; el ISSSTE \$3 973.00, Sedena, Marina y Pemex \$10 671; y el programa IMSS PROSPERA \$920.00; el Seguro Popular \$1 168.00.

17

Gasto per cápita 2017⁵

SEDENA, MARINA, PEMEX	\$10 671.00
ISSSTE	\$3 973.00
IMSS	\$3 510.00
Seguro Popular	\$1 168.00
IMSS PROSPERA	\$920.00

⁵ www.Transparenciapresupuestaria.gob.mx

Prospectiva del sistema de salud en México

Gasto en salud % PIB⁶

	2000	2013
	Privado	Público
EUA	7.48	9.04
Canadá	2.57	3.28
México	2.7	3.01

Gasto total en salud

18

	Público	Privado
	2000	2013
Canadá	70.35	69.70
EUA	43.04	47.08
México	46.56	51.73

Equidad

La OMS y el grupo del Banco Mundial en el monitoreo del progreso hacia la cobertura universal, dentro de las metas e indicadores hacen referencia a la equidad en forma enfática (mayo 2014). Con anterioridad en 1998 el gobierno mexicano firmó el convenio “Loanagreement” condicionando entre otras políticas:

- La separación entre las áreas de financiamiento y las áreas de atención médica.

⁶ www.Transparenciapresupuestaria.gob.mx

- Alentar el financiamiento y la oferta privada de seguros.
- Alentar la investigación de servicios clínicos del sector privado.

Ello con el firme propósito de romper el círculo vicioso de la inequidad en salud.

Hace más de doscientos años, Adam Smith escribió en su obra *La prosperidad de las naciones*: “Es evidente que ninguna sociedad puede ser próspera y feliz, si la mayoría de sus miembros son pobres y miserable”.⁷ Mientras que para George Alleyne,⁸ “la equidad en materia de salud es fundamentalmente un tema ético moral, y no debemos negarnos a considerarlo tal”.

Se acepta que la salud es esencialmente un concepto social, también condicionado por las características biológicas, pero donde el aspecto social es mucho más importante. Las desigualdades de salud que tienen un origen social son injustas e injustificadas por que representan la distribución de los recursos de la sociedad de tal manera que ciertos grupos no disponen de oportunidades o de libertades humanas básicas.

19

Los sistemas fragmentados de salud, con su acceso compartimentalizado ligado a las fuentes y mecanismos de financiamiento han creado una segmentación desigual de la población en lo concerniente a su cobertura por los servicios de salud. Además, la magnitud de los gastos directos de bolsillo en salud, así como las pronunciadas inequidades en la distribución de la carga financiera entre los distintos quintiles de la población producen brechas aún mayores en el acceso a la provisión de servicios de atención a la salud.

⁷ *A Quest for Equity. En busca de la equidad*, Selected Espeeches/Selección de discursos, George A. O. Washington, D.C.: PAHO, 2002, p. 590.

⁸ George Alleyne, 7 de octubre de 1932 (edad 84). Educación: Universidad de las Indias Occidentales. Born in St. Philip, Barbados) served as United Nations Special Envoy for HIV/AIDS in the Caribbean region 2003-2010. He was appointed to the position by UN Secretary-General Kofi Annan in February 2003.

Prospectiva del sistema de salud en México

Al cabo del tiempo, quizá el impacto negativo más significativo, va en relación a la inequidad, y según Alleyne:

Si se acepta el criterio de que la pobreza es una privación de ciertas capacidades, una de las cuales es la salud, entonces, por definición, todo lo que se haga por mejorar la salud reduce la pobreza.

El progreso se ha visto obstaculizado por una serie de factores entre los que destacan:

- La falta de voluntad política.
- La falta de equidad en el acceso a todos los elementos de atención primaria de salud.
- La persistente baja consideración de las mujeres.
- El desarrollo económico lento.
- La dificultad para conseguir una acción intersectorial en materia de salud.
- La distribución desequilibrada de los recursos humanos y el escaso apoyo a los mismos.
- La inadecuación generalizada de las actividades de promoción de la salud.
- Los sistemas deficientes de información sanitaria.
- La contaminación, la insuficiente inocuidad de los alimentos y la falta de suministro de agua salubre y de saneamiento.
- Los rápidos cambios demográficos y epidemiológicos.
- La inadecuada asignación y utilización de los recursos para tecnologías costosas.
- Los desastres naturales y producidos por el hombre.⁹

20

⁹ *Ibídem*, p. 624.

Salubridad y política

La esperanza de vida como un indicador social se ha incrementado exponencialmente de 36 años en 1910 a 75.5 en 2010, sin embargo esa esperanza de vida no se ha incrementado en los mismos términos para todos, hay lacerantes diferencias, el pobre vive menos.

Del periodo de transformación de las políticas de salud, nace la salubridad en México mediante el fundamento constitucional del presidente Venustiano Carranza,¹⁰ Al proponer el cambio del Consejo Superior de Salubridad a Consejo de Salubridad General, entidad surgida de la Constitución de 1917. Pero los años comprendidos entre 1917 y 1926 pueden considerarse como un periodo de ambigüedades e indefiniciones. En primer lugar, se usan indistintamente los nombres de Consejo Superior de Salubridad y Consejo de Salubridad General, y hasta aparece, por 1922, la denominación Consejo Superior de Salubridad del Distrito Federal.¹¹

21

Carranza y la salubridad

El primero de mayo de 1917 toma posesión de la presidencia de la República Venustiano Carranza y es nombrado jefe del Departamento

¹⁰ Venustiano Carranza cursó sus estudios preparatorios en el Ateneo Fuente de Saltillo, Coah., como el doctor José María Rodríguez. Vino a la ciudad de México para estudiar su carrera de medicina; pero un mal de la vista, atendido por el doctor Carmona y Valle, le impidió continuar sus estudios. Digno hijo de Jesús Carranza, se revela contra la usurpación huertista lanzando el 24 de marzo de 1913 el Plan de Guadalupe, por el que desconoce a Victoriano Huerta como presidente de la República y se da nacimiento al Ejército Constitucionalista cuyo primer jefe será el propio Venustiano Carranza y se establece que cuando este Ejército ocupe la ciudad de México, el primer jefe se encargará interinamente del Poder Ejecutivo.

¹¹ Martínez Cortés, Fernando, Martínez Barbosa, Xóchitl. *Del Consejo Superior de Salubridad al Consejo de Salubridad General*. México: SmithKline Beecham, 2000, Casa de vacunas SB, p. 57.

Prospectiva del sistema de salud en México

de Salubridad Pública el doctor y general José María Rodríguez, que venía fungiendo como presidente del Consejo Superior de Salubridad.¹²

Desde esa fecha surgen los reglamentos y disposiciones para el control de narcóticos, sin embargo es digno de mencionarse un hecho curioso que cursa ya 100 años y que revela un problema de salud específico; un señor de apellido Hermann tenía en su poder dos toneladas de opio que, según él, estaba destinado a la exportación. Pedía licencia al Consejo para conservarlo en tanto lo colocaba en el extranjero. El Consejo accedió a dicha petición a condición de que pudiera comprobar su existencia. El propietario debía reportar las cantidades vendidas al extranjero y las que comprasen los farmacéuticos nacionales para la obtención de sus alcaloides, entre ellos la morfina. En la actualidad aún no existe una estrategia nacional para el control de las adicciones.

22

Ante la carencia de estrategias y de una política nacional de salud se suceden las enfermedades, las epidemias como en 1915, cuando causaron grandes daños a la población, en particular el tifo y el tabardillo las cuales fueron estudiadas y combatidas con base en el reporte de Charles Nicolle que dio luz a los estudios de Ricketts, quien al final falleció en el Hospital General a causa de este mal. Por ello no es de extrañar que grandes hombres estuvieran involucrados en el control de esta epidemia; Gustavo Baz, Abraham Ayala González, Brioso, Edmundo Azcarate, en los 20's. durante la presidencia de Álvaro Obregón.

El país requiere con apremio de reglamentación clara y efectiva sobre el control epidemiológico y de narcóticos, preocupación esencial de la Academia Nacional de Medicina en sus más de cien años de existencia.

¹² *Íbidem*, p. 63.

Academia Nacional de Medicina, más de un centenario¹³

La Academia Nacional de Medicina ha permanecido como una institución vigorosa durante sus 137 años de existencia. Su búsqueda incesante de soluciones a las necesidades de salud de los mexicanos no se ha interrumpido ante las vicisitudes sociopolíticas del México republicano. Sus miembros no dejaron de luchar contra la fiebre amarilla, venciendo las diferencias políticas de algunos de ellos, durante la Intervención Francesa y el Segundo Imperio. La Academia también estuvo presente en la solución al problema del estancamiento insalubre de las aguas de la Ciudad de México y en la campaña contra la peste bubónica en el Puerto de Mazatlán en los albores del siglo XX.

Ha sido testigo y participe en la fundación de las grandes instituciones hospitalarias del México moderno y de los organismos axiales de la medicina mexicana que perduran hasta nuestros días. Sus miembros, mexicanos ilustres, como Miguel F. Jiménez, Rafael Lucio, Gabino Barrera, Eduardo Liceaga, José Terrés, Ignacio Chávez, Manuel Martínez Báez, Gustavo Baz, Salvador Zubirán entre otros, han orientado con su fecunda trayectoria la enseñanza y los servicios médicos.

El ejemplo de Ignacio Chávez, precedido de notables médicos, incidió en el arte de la curación, en la salud pública, en la educación y fue referente de vida ejemplar y de valor.

23

¹³ Academia Nacional de Medicina, es una institución médica mexicana. Fue creada el 30 de abril de 1864 como la Sección Médica de la Comisión Científica Literaria y Artística. Al año siguiente se separó como la Sociedad Médica de México. Miguel Francisco Jiménez fue su primer director. En 1873, recibió el nombre de Academia de Medicina de México y, en 1912, el presidente Francisco I. Madero la “declaró institución oficial y órgano consultor del gobierno mexicano”.

Prospectiva del sistema de salud en México

El derecho a la protección de la salud

En atención a la iniciativa, que incorporó el derecho a la protección de la salud en la Constitución, el doctor Diego Valadés comenta que “en los cincuenta primeros años de la vida independiente mexicana, se fraguó y consolidó el concepto de que la salubridad y los servicios médicos eran competencia de las entidades federativas; no fue hasta 1908 cuando esta tendencia comenzó a invertirse”. Más adelante, el jurista señala “es posible advertir que se abre en México una nueva perspectiva para los servicios de salud y para el federalismo”. Puede afirmarse que a través del Sistema Nacional de Salud será posible imprimir nueva vitalidad al Sistema Federal Mexicano. El doctor Jorge Carpizo señaló que:

24

La Constitución Mexicana de 1917 configura un orden jurídico, político y social que parte de nuestra guerra de independencia con la Constitución de Apatzingán en la cual se configuró un sistema jurídico, político y social basado en: la noción de soberanía y los derechos del hombre, con exclusión de la libertad religiosa, un régimen republicano, el principio de la división de poderes y un sistema representativo indirecto.

La Constitución de 1917 ha asegurado décadas de paz social, ha permitido la creación de una importante clase media, ha asegurado a millones de trabajadores un mínimo de existencia digna, ha presidido el espectacular crecimiento demográfico sin que éste destruya al país, aunque sí lo ha entorpecido grandemente, y ha impulsado el mejoramiento de la población en educación, salud, habitación y oportunidades de superación personal.

La reforma no solamente consagró el derecho a la protección de la salud, adquirió el rango de garantía constitucional. El presidente de

la Madrid y el secretario Soberón modernizaron el Sector; se pasó de una etapa de sanitarismo a una política de salud sensata y viable; se instalaron programas para cambiar a la nación y reducir la desigualdad social. La propuesta fue más allá del paradigma convencional de la enfermedad como consecuencia de agentes patógenos, desnutrición o predisposición genética, y se orientó a la acción social, el acceso al recurso, al reordenamiento para la prevención. Esta reforma intentó modificar la antigua idea de reaccionar apresuradamente ante la emergencia o la epidemia de la peste del cólera. Peste es la metáfora que se ha usado desde tiempos bíblicos como la peor de las calamidades colectivas. Generalmente son las epidemias las que se asocian con las pestes. Es una forma de castigo, es la más vieja idea que se tiene de la causalidad de la enfermedad.

Hemos tenido avances, existen logros, no hay duda. Sin embargo, hay rezago; más aún en las comunidades rurales dispersas y en la periferia de las grandes ciudades; pobreza, adicciones, violencia han salido de la Caja de Pandora y representan un terrible espectro en la salud pública.

25

Antes de 1980 se hicieron esfuerzos tentativos; algunos desordenados, de implantar cambios en la organización de la salud en México, que no necesariamente contaban con diagnósticos previos de las condiciones de salud de enfermedades con un adecuado sustento epidemiológico, con datos poco veraces y acciones carentes de estrategias; hubo lecciones no aprendidas en las diversas reformas en salud que pudieran ayudar a un mejor funcionamiento del Estado.

Por supuesto, en el lado positivo hubo avances con frecuencia lentos y caros. Se ha pretendido un manejo presupuestal propio, cuya intención ha sido hacer competitiva la infraestructura. En realidad el espectro general de los cambios del sistema de salud es difícil de resumir, también no lo es menos tratar de explicar los rezagos tradicionales que apuntan a la desproporción entre recursos invertidos y logros alcanzados. El análisis exhaustivo de los últimos tres y medio

Prospectiva del sistema de salud en México

años de los planes de desarrollo y los programas sectoriales de salud nos muestran serias deficiencias y nula conectividad.

Es necesario aceptar que en el periodo de referencia han existido políticas públicas en México en torno a la salud, también es pertinente aceptar que éstas no han logrado conmover a las áreas fiscales y financieras para que los recursos que aseguran las funciones sean articulados. Las teorías del poder de la burocracia en la toma de decisiones argumentan que el poder burocrático ha crecido exponencialmente al servirse a sí mismo y en servir eficientemente al interés público.

Derechos Humanos

- 26 La incorporación de los derechos humanos a la Constitución Mexicana conlleva una serie de replantamientos orientados a la protección del ser humano. Al revalorizar y hacer suyos los tratados internacionales introduce a todas las autoridades en sus competencias a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos.

La atención efectiva a los derechos humanos implica políticas públicas que dispongan de una fuente presupuestal de ingresos fiscales recurrentes para cubrir los costos. O bien, una hacienda pública con buenas intenciones de acuerdo con las necesidades de la sociedad mexicana.

No es de sorprender que en la actualidad la fragmentación del sistema público de la salud implique la duplicación de funciones, estrechamente relacionada con la inexistencia de un sistema nacional confiable de información, que motivan que la planeación estratégica de los recursos para la salud se desaproveche.

El financiamiento es de carácter presupuestal histórico y no genera incentivos al desempeño y a los resultados en salud.

Aunado a ello existe una multiplicidad de fuentes de financiamiento y cada una con su propia normatividad. El equipamiento de unidades con frecuencia no es el adecuado y, en general, los recur-

tos tecnológicos de apoyo de diagnóstico no se ubican en el nivel hospitalario. Al mismo tiempo, la infraestructura está subutilizada.

A partir del 10 de junio de 2011 México se ubica en el espectro de Estados que acogieron en su Constitución el paradigma de los Derechos Humanos. Sin embargo, uno de estos derechos por excelencia, transversal a otros derechos, el derecho humano a la protección de la salud, no está debidamente regulado en las normas constitucionales y legales.

Administración

El mejor indicador que muestra la existencia de una oportunidad para mejorar el uso de los recursos en salud es el gasto administrativo. De acuerdo con la OCDE (2012), el gasto administrativo en México, que incluye acciones de rectoría y gestión del Sistema Nacional de Salud se ubica en cerca de 10% del gasto total, 2.5 veces más que el promedio de los países de los países de la OCDE que es de 4% (OCDE 2012).¹⁴

27

Es necesario repensar el propósito de las políticas públicas en salud a la luz y necesidad imperiosa de los derechos humanos, la sinergia virtuosa de los derechos humanos representa la semilla del análisis moderno de las políticas públicas en salud, cuyas respuestas hasta el momento han sido insuficientes.¹⁵

La reforma, o bien, los cambios de mayor peso y trascendencia para la protección del ciudadano que puede verse afectado en su salud, ante la inconsistencia de una política de salud, presuponen la existencia de un Estado con capacidad efectiva para ejercer el orden jurídico que garantice el desempeño de su función. No hay

¹⁴ Cano Valle, Fernando, Pantoja Nieves, Mónica, Sánchez Miguel, Martha. *El Péndulo de la medicina. El doble péndulo de la salud. Urge una reforma en el sistema de salud*. México: editorial Prado, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2017. p. 102.

¹⁵ *Ídem*, pp. 123, 124.

Prospectiva del sistema de salud en México

igualdad legal posible ante programas o proyectos limitadamente desarrollados.

Una parte importante del sistema de salud es su financiación. Por tanto, a fin de llevar el sistema hacia el estado de perfección al que aspira, es decir a su entelequia, es necesario revisar las estrategias financieras y mecanismos institucionales de financiación de la salud, así como la administración de los recursos económicos para la salud. Ello implica una financiación suficiente y sostenible, así como una administración eficiente, eficaz y transparente, congruentes con el bien común y, por tanto, éticos desde la perspectiva de la ética política.