

LA SALUD Y EL FEDERALISMO SOCIAL

Juan Ramón de la Fuente

INTRODUCCIÓN

El panorama de la salud en México en 1994 era de considerables contrastes. De una parte había avances inobjetable: la esperanza de vida al nacimiento rebasaba los 72 años y la mortalidad infantil había disminuido a cerca de la mitad de la que existía en 1970. Previamente se habían concebido y ejecutado programas eficaces con logros contundentes: sólo había que darles continuidad. Por otro lado, subsistían algunos problemas estructurales serios, con amplios segmentos de la población, tanto en zonas urbanas marginales, como en zonas rurales dispersas que carecían de servicios básicos, y la coordinación del sector estaba fragmentada.

El 12 por ciento de la población abierta, es decir no derechohabiente de la seguridad social, no contaba con acceso geográfico a los servicios de salud, y cerca de una tercera parte de esa población que sí tenía acceso geográfico, no estaba funcionalmente cubierta. Para fines prácticos, su acceso a los servicios médicos estaba limitado.

La dispersión de localidades con menos de 500 habitantes supone un problema complejo y aún no del todo resuelto: proveer de servicios básicos a esas comunidades es costoso y complicado. La experiencia de las brigadas de vacunación que se impulsaron eficientemente durante las gestiones de los doctores Guillermo Soberón y Jesús Kumate, mos-

traban que era posible llegar a esas comunidades, si bien no con una infraestructura permanente, sí a través de unidades móviles con un Paquete Básico de Servicios.

Mejorar la cobertura funcional en las zonas urbanas y suburbanas, en ciudades de 15 mil o más habitantes, requería a su vez de una coordinación sectorial mucho más eficiente, de estructuras regionales y locales con mayor autoridad, más responsabilidad y más recursos. Era necesaria también una mayor eficacia en el uso de la infraestructura disponible, mejor capacitación del personal, así como intervenciones más focalizadas.

La trama, de por sí imbricada, debió cargar además con el hecho de la transición epidemiológica: en realidad una yuxtaposición epidemiológica en la que convergían problemas derivados de la insalubridad y la ignorancia (factores ligados casi siempre a la pobreza y a la marginación) y, en las zonas urbanas más desarrolladas, la creciente incidencia de problemas crónicos, metabólicos y degenerativos, que ya mostraban para entonces un crecimiento acelerado. Todo ello sucedía en un marco estricto de austeridad y de grandes limitaciones presupuestales.

¿Cómo dar continuidad a aquellos programas que habían mostrado sus bondades y emprender, simultáneamente, nuevas acciones para reorientar a aquéllos que habían tenido menor rendimiento? ¿Cómo promover el desarrollo de otros programas capaces de atender de manera oportuna problemas locales, que no necesariamente son nacionales? Para dar respuesta a esas y otras interrogantes similares, se planteó un programa de reformas con el propósito de encontrar soluciones al complejo entorno en el que se encontraba la salud de la población mexicana en las postrimerías del siglo xx.

LA REFORMA DEL SECTOR SALUD 1995-2000

El Programa de Reforma del Sector Salud fue el instrumento mediante el cual el gobierno de la República se propuso alcanzar los principales objetivos que, en materia de salud, se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo. Los objetivos fueron: a) ampliar la cobertura de los servicios de salud, tanto para la población derechohabiente de la seguridad social como para la población abierta; b) impulsar la coordinación sec-

torial para mejorar la calidad y la eficiencia; c) descentralizar los servicios de salud en el marco de un nuevo federalismo que pudiera redistribuir atribuciones, recursos y responsabilidades, y fortalecer los sistemas locales de salud; d) dar prioridad a las acciones preventivas, así como establecer y desarrollar programas prioritarios con indicadores de desempeño específicos que permitiesen su evaluación periódica.

Con el propósito de fortalecer la coordinación sectorial, se rescató la idea de conformar un gabinete de salud para establecer políticas generales y acuerdos conjuntos en la solución de problemas comunes.

El gabinete de salud, presidido por el Secretario, contó con la participación de los titulares del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), así como de los Institutos de Salud de las Fuerzas Armadas (ISSFAM). Se trataba de hacer más funcional el concepto de sector salud y facilitar, con ello, la aplicación de políticas públicas en la materia. El gabinete de salud fue también fundamental para el desarrollo de programas como Progresá, y para la aplicación de la Ley del Seguro Social de 1995, sobre todo en lo referente a la prestación de servicios médicos, que permitió ampliar de modo significativo la cobertura para la población derechohabiente. Para 1999, por ejemplo, el número de afiliados al IMSS había crecido en 21.9 por ciento, llegando a 44.5 millones de derechohabientes; en tanto que en el ISSSTE el crecimiento fue de 8.7 por ciento, con una cifra de 9.8 millones de derechohabientes. La política consistió en aumentar la cobertura para la población abierta, sin menoscabo de la seguridad social, por el contrario, fortaleciéndola. Se trataba de llevar servicios de salud de buena calidad, tanto preventivos como curativos, al mayor número posible de personas.

Para la descentralización de los servicios a la población abierta, se contaba con un antecedente importante en la década de 1980, cuando se desconcentraron algunas entidades federativas. El objetivo fue llevar la descentralización hasta sus últimas consecuencias: responder con mayor agilidad y oportunidad a las necesidades propias de cada entidad federativa y de cada región; eliminar la existencia de sistemas paralelos para atender a una misma población; involucrar a los municipios en tareas sanitarias y preventivas; redistribuir con mayor eficiencia el gasto federal en

salud y dejar su ejecución a las autoridades estatales, y su vigilancia a los Congresos locales. En suma, se buscó reconocer la gran heterogeneidad de los problemas de salud y de los servicios, de modo que pudieran generarse las condiciones para que los problemas se atendieran y resolvieran de manera oportuna, en el lugar en el que se presentaban, con recursos materiales y humanos suficientes tanto en cantidad como en calidad.

Para llevar servicios de salud a las zonas urbanas de más alta marginación y a las zonas rurales más dispersas, se diseñó un Paquete Básico de Servicios de Salud, con intervenciones de bajo costo y de alto impacto que, si bien tenían elementos comunes para todo el territorio nacional, permitían a las entidades federativas añadir aquellas que fueran pertinentes en la región.

Se gestó así un nuevo modelo asistencial, en el que se privilegiaba lo preventivo sobre lo curativo, tomando en consideración las distintas etapas del ciclo vital, la distribución regional de las tasas de morbimortalidad, y una mayor corresponsabilidad con la participación de los tres órdenes de gobierno: el municipal, el estatal y el federal.

Para mantener la rectoría del Estado, mejorar la calidad y establecer mecanismos de evaluación, se creó el Consejo Nacional de Salud por Acuerdo Presidencial del 27 de enero de 1995. Al Consejo, presidido por el Secretario de Salud, se incorporarían los 32 secretarios estatales de Salud, toda vez que la descentralización contemplaba la creación de estas figuras (en muchos estados inexistentes) para reemplazar a la de los Servicios Coordinados de Salud Pública, que eran en realidad delegados, nombrados y removidos en el nivel central. En contraparte, los secretarios estatales de Salud fueron nombrados por los gobernadores, aunque en muchos casos, no de manera obligada, previa consulta con el Secretario federal.

El Consejo también impulsó mecanismos de vinculación entre las jurisdicciones sanitarias y los municipios, lo que permitió eventualmente el desarrollo de un programa de suyo exitoso: el Programa de Municipios Saludables.

Los alcaldes participarían por primera vez de manera sistemática en tareas propias de los ayuntamientos (como el alcantarillado, agua potable, control de la fauna nociva, manejo de residuos, etc.), pero

ahora vinculados a las jurisdicciones sanitarias, con recursos específicos y como parte de una política nacional.

LA DESCENTRALIZACIÓN

La descentralización fue el eje fundamental de la política de salud durante el periodo de 1995-2000. La convicción del gobierno federal fue impulsar un nuevo federalismo en todas las tareas de gobierno. El esquema centralista acusaba signos claros de insuficiencia y, en materia de salud, era ya impensable seguir tomando decisiones de manera oportuna y efectiva desde la capital de la República, sobre todo considerando la gran diversidad de las distintas regiones que conforman nuestro territorio. Había que descentralizar y, a la vez, mantener la rectoría del Estado en materia de salud; redistribuir atribuciones y recursos, pero también responsabilidades y compromisos.

El proceso de descentralización fue largo y planteó retos formidables. La firma de los acuerdos de coordinación suscritos entre el gobierno federal y las 32 entidades federativas, requirió de un trabajo político minucioso con cada uno de los gobiernos estatales y con el gobierno del entonces Distrito Federal. Dicho Acuerdo comprendió la transferencia de 7,400 unidades médicas y administrativas, incluidas todas las instalaciones y el equipamiento correspondiente, así como más de 100 mil trabajadores a los que se homologó en salarios y prestaciones, lo cual requirió de una importante suma de recursos económicos.

Después de casi dos años de negociaciones, en agosto de 1996 se suscribió el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, con el apoyo decidido del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud, y la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado. Este marco jurídico permitió a los estados operar los servicios en forma autónoma, a través de un organismo público descentralizado que fue el responsable de recibir los recursos humanos, materiales y financieros que fueron transferidos por el gobierno federal.

De manera paralela se reformó la Ley de Coordinación Fiscal, lo que permitió que los recursos transferidos fueran canalizados a través

de un fondo específico destinado a salud, denominado Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, el cual se ubicó en el ramo 33: “Aportaciones Federales a Entidades y Municipios”. Fue así como los estados y la ahora Ciudad de México, ejercieron a partir de entonces 70 por ciento del presupuesto total del Sector Salud para la población abierta.

Para garantizar la equidad en la distribución de los recursos financieros, en la misma Ley de Coordinación Fiscal se especificó una fórmula de asignación presupuestaria *per cápita* que incluyó variables como mortalidad, marginalidad y necesidades prioritarias de salud, sin afectar los irreductibles necesarios para la operación de los servicios.

En lo referente a los recursos materiales, las entidades federativas tuvieron, a partir de entonces, la posibilidad de llevar a cabo sus propios procesos de adquisición de bienes e insumos. Obviamente se impulsaron en paralelo los mecanismos de compras consolidadas de medicamentos y materiales de curación, pero las responsabilidades en la adquisición y pago de los insumos quedaron descentralizadas. Asimismo, se estableció, en el marco de la Ley, la responsabilidad para fiscalizar dichos recursos por parte de los Congresos Estatales.

La descentralización fortaleció el federalismo y fue un paso decisivo para mejorar los indicadores de salud en prácticamente todo el territorio nacional. Obviamente, algunos estados lo hicieron mejor que otros; tuvieron apoyos adicionales de sus gobiernos; responsabilizaron de la operación de los servicios a personas mejor capacitadas, más competentes, más comprometidas; en tanto que otros le dieron menos prioridad a sus políticas de salud y, en consecuencia, tuvieron avances menos significativos.

A través del Consejo Nacional de Salud se crearon los Comités Estatales de Planeación, Desarrollo y Control de Infraestructura Física en Salud. Estos fueron los responsables de planear, programar, coordinar, evaluar y controlar las acciones inherentes que permitieran mantener e incrementar la infraestructura física y coordinar los programas con las diferentes instituciones del sector, con el propósito de minimizar las multiplicidades y aprovechar mejor la infraestructura disponible. Por su parte, los Programas Estatales Maestros de Infraestructura Física en Salud para la población abierta, fueron los encargados de definir las necesidades de obra, conservación y mantenimiento, lo cual permi-

tió a los organismos públicos descentralizados insertar sus programas y prioridades de obra pública en los mecanismos de coordinación ya existentes (como los COPLADE), para captar recursos adicionales a los fondos federales. En todo caso, se privilegió la funcionalidad de la infraestructura existente en los tres niveles de atención y el trabajo sistemático en las zonas de mayor marginación.

El costo y los riesgos de la descentralización son altos, pero son aún mayores los de mantener un esquema centralista. Al concluir el periodo de gobierno en el año 2000, la descentralización dejó de ser prioritaria, y no tuvo la continuidad y la supervisión que requiere un programa de esta naturaleza, cuyos beneficios cabales sólo pueden percibirse en el mediano y largo plazo. En el campo de la salud tenemos muy buenos ejemplos de programas que han tenido continuidad en el tiempo, se han convertido en verdaderas políticas de Estado, y han mostrado reiteradamente sus beneficios sociales. También hay otros que por no haber tenido la continuidad y el apoyo necesarios, han evolucionado de forma más accidentada, con avances y retrocesos.

Ocurre que, descentralizar, implica también, en términos políticos, transferir parte del poder a las entidades federativas, implica gobernar con autoridad y no sólo con el poder de los recursos financieros y de la nómina. El Consejo Nacional de Salud permitió durante estos años la toma de decisiones verdaderamente colegiadas y, en consecuencia, de compromisos colectivos firmes, de la persecución de objetivos comunes y esfuerzos mejor coordinados en el ámbito propio del federalismo, respetando la autonomía de los estados y municipios.

LA AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA

La ampliación de la cobertura de los servicios de salud para la población abierta, no derechohabiente de la seguridad social, se sustentó sobre todo, aunque no exclusivamente, en la distribución masiva y gratuita de un Paquete Básico de Servicios de Salud. El objetivo fue llegar a los grupos más dispersos y marginales, pero también a los más vulnerables: grupos indígenas, mujeres y niños. El Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) fue el principal instrumento de estrategia global de extensión de la cobertura.

Conceptualmente, el PAC se sustentó en la eficacia y eficiencia de los programas de atención primaria de salud; y a nivel comunitario, en el hecho de que éstos tenían como objeto fundamental los núcleos familiares, a partir de los cuales se pudieron universalizar una serie de intervenciones de atención primaria con carácter preventivo y, en algunos casos, también curativo.

Para 1999 el PAC cubría a cerca de 18 millones de personas, y su universalización fue certificada por la Organización Panamericana de la Salud en los estados de Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala y Yucatán.

Por eso, al hablar de universalización de los servicios de salud, es conveniente especificar qué servicios, qué acciones y qué programas alcanzan esa cobertura universal. Así, por ejemplo, el Paquete Básico llegó por primera vez a poco más de nueve millones de habitantes que recibían atención médica. A ellos, ¿se les curó de todo? Por supuesto que no. Sus necesidades básicas fueron atendidas en su mayoría por brigadas sanitarias en unidades móviles, o en casas de salud y centros de atención que podían ofrecer una gama limitada y modesta de servicios, pero con un impacto importante en las condiciones de salud de esas pequeñas localidades. En algunos casos, la ampliación de la cobertura se dio a través de las instituciones de seguridad social, como ya se mencionó, en tanto que en otros, los servicios en forma ampliada se otorgaron a través de los programas prioritarios, o en las unidades de segundo y de tercer nivel.

El Paquete Básico fue, en esencia, un conjunto de intervenciones de salud dirigido a la población más pobre y marginal, capaz de satisfacer sus necesidades primarias que eran, por tanto, prioritarias. Operó bajo una normatividad acordada por el Consejo Nacional, pero su ejecución fue, desde su origen, una ejecución descentralizada. La definición de las intervenciones del Paquete Básico fue producto del análisis realizado por todas las secretarías estatales de salud, y su contenido fue flexible, precisamente para atender las necesidades propias de cada región, bajo la asesoría de expertos en diversos campos de la salud pública, y bajo criterios de costo-efectividad. Las prioridades fueron las derivadas de la morbilidad propia de cada región, es decir, las causas más im-

portantes de enfermedad, discapacidad o muerte, tomando en cuenta que para su prevención o control, se emplearían medidas preventivas o terapéuticas efectivas y de bajo costo.

El Paquete Básico de Servicios de Salud constó de 12 intervenciones en promedio, que buscaban ofrecer una atención primaria integral. Se incluyeron ocho de las diez principales causas de muerte en el país, prevalentes en esos años. Fue tan el Paquete fue efectivo, que hoy esas causas han cambiado sustancialmente.

El mérito, en todo caso, fue haber llegado a través de equipos de salud itinerantes a aquellas regiones a las que históricamente no llegaban los servicios, salvo algunas campañas intensivas, como había sido el caso de las de vacunación. Con unidades móviles, brigadistas y un enorme compromiso social, se llegó a las localidades más pequeñas y dispersas, hasta entonces inaccesibles.

En 1999, en el Programa de Ampliación de Cobertura, trabajaban 1,632 médicos, 1,598 enfermeras, 1,614 paramédicos, 489 técnicos y auxiliares; se contaba con 960 vehículos, 412 de ellos eran unidades móviles terrestres mediante las cuales se movilizaron quienes trabajaban en el Programa, aunque también fueron fundamentales para el abasto y distribución de insumos. Cuando se visitan esas localidades y queda de manifiesto la dificultad que existe para llegar a ellas, se comprende a cabalidad el fenómeno de la marginación. Es obvio que ninguno de los distribuidores de medicamentos disponibles en el mercado está interesado en cubrir estas regiones.

La participación municipal en los programas de salud significó un complemento importante en la ampliación de la cobertura. La filosofía fue, en esencia, la misma: la toma de decisiones debe estar lo más cerca posible del lugar en donde se originen los problemas. Los organismos centralizados no conocen a fondo esos problemas y, por estar lejos de donde ocurren, muchas veces tampoco se interesan en ellos.

El Programa de Municipios Saludables fue el instrumento rector para impulsar una serie de actividades que propiciaron la participación organizada de la comunidad, no sólo en la definición de prioridades, sino también en la elaboración de programas de salud local y en su evaluación. Los comités de salud, integrados sobre todo por mujeres, se multiplicaron por todo el país.

Muchas tareas sanitarias son propias de la actividad municipal: los servicios de agua potable, el manejo adecuado de desechos, diversos programas de educación para la salud, el control de las zoonosis, etc. Involucrar a los ayuntamientos y entusiasmarlos con el Programa no fue tarea sencilla, pero resultó altamente estimulante. A finales de 1999 había 1,246 municipios inscritos voluntariamente en el Programa.

Ya la Organización Panamericana de la Salud había planteado años atrás la necesidad de fortalecer los sistemas locales de salud, lo cual es imposible sin el compromiso decidido de las autoridades municipales. Todos los presidentes municipales que yo conozco quieren un hospital en su cabecera municipal y, si es de tercer nivel, tanto mejor. Muchos lo tienen, pero son más quienes no. Eso no implica que no se pueda mejorar la salud de los habitantes de una municipalidad, con independencia de sus dimensiones poblacionales, su ubicación geográfica o su infraestructura.

Ampliación de la Cobertura, Paquete Básico de Servicios, Saneamiento Comunitario, Ejecución Descentralizada de los Programas, fueron incidiendo gradualmente en las condiciones de salud de muchas y muy diversas comunidades. Todo lo anterior fue reforzado con el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), hoy conocido como “Oportunidades”. Su principio rector fue el de mantener activas diversas acciones intersectoriales encaminadas a la promoción de la salud, como parte de un enfoque integral junto con la educación y la alimentación. Hubo en Progresá una gran operación que inició en 11 entidades federativas con muchas expectativas y buenos resultados. Pero también había una filosofía: salud no es la ausencia de enfermedad, sino la disposición de los elementos necesarios para poder tener una vida digna, con calidad, que permita acercar la realidad cotidiana de muchas comunidades a la definición que ha sustentado la Organización Mundial de la Salud desde hace ya varias décadas.

También contribuyeron a reforzar la ampliación de la cobertura algunos programas prioritarios que se dividieron en dos grandes grupos: uno orientado a la salud del niño, a la salud reproductiva y a la salud del adulto y del anciano; en tanto que el otro concentró diversas acciones de prevención y control de enfermedades, así como de vigilancia epidemiológica.

El Programa de Atención a la Salud del Niño se enfocó en alcanzar la vacunación universal y fortalecer la prevención y el control de enfermedades diarreicas y de infecciones respiratorias agudas y nutricionales. Para todos ellos se fijaron metas y se definieron indicadores que permitieran su evaluación. Por ejemplo, en el caso de salud reproductiva, se logró un descenso significativo en la tasa global de fertilidad que era de 3.5 hijos por mujer, y que bajó a 2.7 en el año 2000. Esquemas similares se siguieron para lograr una disminución en las tasas de mortalidad materna y de mortalidad por cáncer mamario y cérvico-uterino.

Las enfermedades transmitidas por vectores fueron consideradas también como prioritarias por su mayor incidencia en los sectores más desprotegidos.

Paludismo, dengue, Chagas, oncocercosis, diversas zoonosis, mycobacteriosis resistentes, y VIH/SIDA, entre otros, fueron considerados como programas prioritarios. Se abatió la epidemia de cólera y se desarrollaron las primeras encuestas sobre adicciones. Los 71 indicadores, las metas establecidas para el año 2000 y el grado de avance que se obtuvo en cada uno de los programas, están debidamente documentados en las publicaciones que se incluyen en la bibliografía.

En los programas nacionales de vacunación se introdujeron seis nuevas vacunas, así como otras combinadas, con diferentes tipos de protección como la triple viral y la pentavalente. En 1999, 94 por ciento de los niños de 1 año y 97 por ciento en el rango de 1 a 4 años contaban con esquemas completos de vacunación.

LA CALIDAD COMO EJE TRANSVERSAL

La descentralización y todo lo que se requirió para llevarla a cabo, trajo como consecuencia que la Secretaría de Salud cambiara radicalmente en su estructura y, en buena parte, en sus funciones. La nueva estructura orgánica de la Secretaría reconoció el papel que, a partir de entonces, le correspondería a las entidades federativas, pero también sus responsabilidades indeclinables de normar, coordinar, asesorar, supervisar y evaluar los diversos programas en marcha, y fortalecer su propio papel como órgano rector de las políticas de salud del país.

La calidad de los servicios de salud fue un referente en la reforma de 1995. Pero la calidad es un proceso más que un fin en sí mismo. Se trata de hacer las cosas lo mejor posible, y de superarlas al paso del tiempo. Es así como se tomaron diversas medidas y se crearon programas específicos para incentivar la calidad en los servicios médicos, en su administración y gestión.

La homologación salarial que benefició a 43 mil trabajadores de las ramas médica y paramédica, y los incrementos paulatinos pero constantes en los salarios permitieron incrementos reales superiores al 70 por ciento. De manera paralela, se estableció un programa de estímulos a la productividad y calidad a favor del personal de enfermería, mismo que permitió el desarrollo y la superación de este recurso invaluable e insustituible del Sistema de Salud. Asimismo, con los trabajadores administrativos y su representación sindical, hubo diversos programas de estímulos y capacitación, además del de recodificación que benefició a más de 18 mil trabajadores, todo lo cual redundó en una mayor productividad y mejor desempeño. El Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud fue un aliado fundamental en el proceso federalista.

Otros proyectos que ilustran la importancia que se le dio a la calidad durante estos años fueron: el Programa de Certificación de Hospitales, La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), y el Programa de Medicamentos Genéricos Intercambiables. Los tres siguen vigentes.

El Programa de Certificación de Hospitales, instrumentado por el Consejo de Salubridad General, venció las resistencias naturales de las instituciones hospitalarias a ser sujetos de una evaluación externa. Hoy, prácticamente todos los hospitales tantos públicos como privados, lo aceptan, y quienes ya han sido certificados, que por fortuna son muchos, ostentan su certificación con orgullo. En poco tiempo se logró desarrollar una metodología que se ha ido perfeccionando, pero que fue inédita en su momento. El trabajo sigiloso pero eficiente de los evaluadores comenzó a incidir paulatinamente en la vida de las estructuras hospitalarias. En forma paralela se trabajó con la Academia Nacional de Medicina y la Secretaría de Educación Pública para fortalecer el valor de la certificación que otorgan los consejos de especialidades médicas

reconocidos por las Academias de Medicina y Cirugía. Se lograron, por cierto, avances sustantivos en este tema.

La idea detrás de estas acciones es muy sencilla: médicos certificados que trabajan en hospitales certificados, tiene como consecuencia un servicio de mejor calidad. También los médicos generales recibieron estímulos para certificarse y actualizarse a través de diversos programas desarrollados conjuntamente con las instituciones académicas.

El programa de medicamentos genéricos intercambiables tuvo como propósito fundamental estimular, en nuestro país, un nuevo mercado de medicamentos de alta calidad (de ahí el término intercambiable) a un costo más accesible para la población. Nuevamente su inicio fue complicado. Los laboratorios farmacéuticos transnacionales se opusieron y demandaron a la Secretaría. El asunto se dirimió en los tribunales, conforme a derecho, y al darle razón jurídica a la Secretaría de Salud se abrió la posibilidad de ofrecer medicamentos entre 30 y 40 por ciento más baratos que los medicamentos de patente. La clave fue una vez más, la calidad del producto. Por ello se exigieron pruebas de bioequivalencia, biodisponibilidad y otras, de acuerdo con los estándares internacionales por laboratorios externos autorizados. En los últimos años el programa volvió a adquirir prioridad, y hoy el mercado de genéricos intercambiables en nuestro país es una realidad irreversible con enormes beneficios sociales.

Por su parte, CONAMED, fue resultado de largas sesiones de análisis con diversos organismos representativos del gremio médico. Es un hecho que los jueces ineludibles de la calidad de los servicios médicos son los propios usuarios, es decir, los pacientes. Lo es también el que a veces las cosas no salgan bien; me refiero a que en ocasiones puede o no haber responsabilidad del médico respecto de sus funciones, de modo que hubo que construir el espacio apropiado para dirimir tales controversias, ya que las demandas en los juzgados civiles y penales contra los médicos iban en aumento. Muchas de esas disputas podían resolverse fuera del ámbito judicial.

Hoy la CONAMED es una institución acreditada para tutelar el derecho a la protección de la salud, pero también para mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos. El modelo fue bien aceptado y se crearon comisiones estatales en diversas entidades federativas.

La idea original fue que la Comisión fuera teniendo cada vez mayor autonomía y también mayores atribuciones. Eso no ha ocurrido, pero tendrá que ocurrir si se quiere tener una institución más sólida, con mayor autoridad y márgenes más amplios para emitir resoluciones capaces de incidir con más fuerza en la calidad del servicio, y en la información a la que tiene derecho todo paciente, como parte de sus derechos fundamentales.

Estos son algunos ejemplos de programas que se concibieron para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos por las instituciones de salud. Obviamente el tema de la calidad seguirá siendo imprescindible en la elaboración y ejecución de cualquier política de salud, y es seguro que siempre habrá nuevas propuestas.

COLOFÓN

En noviembre de 1999 fui invitado por la Junta de Gobierno de la UNAM a participar en la auscultación para la designación de Rector. Faltaba un año para concluir mi responsabilidad como Secretario de Salud. Tras una cuidadosa reflexión, le pedí al Presidente de la República que me relevara de la honrosa y delicada tarea que me había encomendado, para presentarme ante la Junta de Gobierno, ya sin cargo público alguno y solo con mi bagaje de universitario a cuestas. La Junta me confió la responsabilidad de asumir las riendas de la Universidad en medio de una situación compleja. Así concluí mi gestión. Llevo desde entonces a la emblemática casona de Lieja y Reforma en mi memoria y en mi afecto. Guardo un gran respeto por esa singular institución, y procuro servirle, cuando se me requiere, con mi mayor lealtad.

Tuve el privilegio de contar con un grupo extraordinario de colaboradoras y colaboradores durante el tiempo que estuve al frente de la Secretaría de Salud. A todos, sin excepción, mi reconocimiento y gratitud. Sin el trabajo en equipo y el compromiso compartido, lo aquí descrito no habría sido posible.

FUENTES CONSULTADAS

- CONSEJO NACIONAL DE SALUD, *Hacia la federalización de la salud en México*, México, 2a. ed., 1998.
- DE LA FUENTE, Juan Ramón, *Referentes de salud pública en México*, UNAM, México, 2003.
- y Juan, Mercedes, *La descentralización de los servicios de salud. Una responsabilidad compartida*, México 1998.
- y Sepúlveda, Jaime, (eds.), *Diez problemas relevantes de salud pública*, México, FCE, 1999.
- y López Bárcena, Joaquín, *Federalismo y salud en México. Primeros alcances de la Reforma de 1995*, México, UNAM/Diana, 2000.
- y Tapia Conyer, Roberto (coord.), *La medición en salud a través de indicadores*, México, Siglo XXI, 2001.
- , Tapia Conyer, Roberto y Lezana Fernández, Miguel A. (coord.), *La información en salud*, México, McGraw Hill, 2002.

