



¿Es realmente “deseable” la cobertura universal?

Gustavo Leal F.*

Resumen

El trabajo organiza una suerte de catálogo sobre los riesgos presentes en algunas de las propuestas alternativas en curso para la reorientación del asunto público en la gestión de la política de salud y seguridad social. Se revisan los términos con que ellas llaman a establecer, urgentemente, sistemas “universales”, pero sin detenerse a caracterizar sus contenidos. Finalmente se postula que un tal proceder puede culminar reproduciendo el “universalismo” de paquetes básicos que animó las estrategias panistas de la última década.

Palabras clave: política pública, política de salud, seguridad social, gobierno mexicano, México.

Abstract

The work organizes a sort of catalog of the risks in some of the current alternative proposals for the reorientation of public concern in the management of health policy and social security. The author reviews the terms with which they now call for establish urgently, “universal” systems, but without stopping to describe its contents. Finally it is postulated that such proceeding, may end by playing the “universalism” of basic package that the PAN strategies encouraged in the last decade.

Keywords: Public policy, health policy, social security, Mexican government, Mexico.

Introducción

A diferencia del Seguro Popular que se ostenta como un “brazo financiero”, cualquier sistema de salud moderno debe prevenir y atender enfermedades. Ésa es su tarea principal. Tan seria responsabilidad suele asociarse con su capacidad para prestar asistencia *integral* a la persona y a su comunidad. Para ello, esos sistemas se valen, primero, de la *promoción y educación para la salud* (como la que se lleva a cabo vía los libros de texto gratuitos que distribuye la Secretaría de Educación Pública) y las campañas *preventivas* (como las Semanas Nacionales de Vacunación que despliega la Secretaría de Salud dos veces al año). Aunque la

* Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.



prevención también contempla otras acciones que aspiran a disminuir los factores de riesgo —con frecuencia relacionados con el estilo de vida, como el consumo inmoderado de tabaco, alcohol, drogas o la presencia de comportamientos sexuales-reproductivos riesgosos— y que pueden eventualmente atajar el desarrollo de ulteriores padecimientos. Para finalizar, las tareas preventivas aspiran de la misma manera a reducir accidentes, homicidios, ciertas exposiciones ambientales y algunas emanaciones estrictamente laborales.

Pero una vez que la *enfermedad* se ha instalado en la persona, el sistema de salud debe ser capaz de atenderla integralmente: diagnosticando, tratando y rehabilitándola frente al mal que la aqueja.

Por tanto, conviene distinguir entre *usuarios* y *pacientes* del sistema de salud. En términos estrictos, el usuario que se vacuna y la madre que da a luz están básicamente sanos, mientras que el enfermo crónico de diabetes (bajo control) o aquél que padece un cáncer terminal son, ambas, personas disminuidas en su integridad humana, personas en trance, víctimas de un padecimiento y que sufren. Mientras el *usuario* entra y sale por su propio pie del sistema, el *paciente* constituye una suerte de Sol de la red de atención; Sol que ordena con su propio recorrido al entero sistema de astros que buscarán atenderle su enfermedad.

De ahí que la calidad de cualquier sistema de salud se exprese en su real capacidad para operar políticas preventivas que logren efectivamente evitar la presencia de enfermedades y —en esta misma medida— mejoren consistentemente la *salud* de la población, así como en el orden, precisión y alcance de las intervenciones de los médicos y las enfermeras que lograrán restituir la salud a la persona que ha enfermado.

Objetivo

Partiendo del concepto de “salud” del panismo foxista y de las principales piezas de política diseñadas por el panismo calderonista, en lo que sigue se argumentará que la “universalidad” de la administración 2006-2012 se reduce a la extensión del racionado paquete de servicios (CAUSES) contemplado en el Seguro Popular y su Fondo de Gastos Catastróficos, ahora a las grandes instituciones de la seguridad social: el IMSS y el ISSSTE.

Como ha comprobado la operación del Seguro Popular no se trata, entonces, de un universalismo *integral* propiamente dicho, sino de un universalismo *de paquetes* que lejos de dilatar el *horizonte* de la oferta de recur-



sos, servicios y prestaciones orientadas a atender el perfil de daños a la salud, pretende *racionalarla* sirviéndose para ello del criterio de priorización costo-efectiva.¹

Antecedentes

El calderonismo extiende las líneas de política social de y “nueva” ciudadanía que habían trazado primero Carlos Salinas de Gortari, Luis Donaldo Colosio y Carlos Rojas con *Solidaridad* (aunque ellos aún privilegiaron el principio de la comunidad), seguidos de los de Ernesto Zedillo y Santiago Levy con *Progresá* (que transitaron de la comunidad a la familia) y finalmente los de Fox y Frenk con la estrategia *Contigo*, Oportunidades y el Seguro Popular.

Herederó del programa salinista *Niños en Solidaridad*,² el programa *Progresá* vio la luz en 1997. Su paquete básico de salud, que contemplaba 13 intervenciones de “alto impacto y bajo costo”, fue instrumentado por el zedillismo como la “componente de salud” de *Progresá*.

Este paquete fue primero rebautizado por el foxismo como *Oportunidades* y luego ligeramente ampliado a través del Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES),³ empleado como soporte “sanitario” del “Seguro” “Popular” del foxismo o *Progresá-Oportunidades plus*.

Finalmente, sirviéndose de ciertos padecimientos materno-infantiles del CAUSES del “Seguro” “Popular” foxista, ese mismo paquete acotado y reducido reaparece en el Objetivo 7 del *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012* como el Seguro Médico para una Nueva Generación de Calderón.

Frente al “éxito” de estos programas, primero focalizados (con Zedillo-Fox) y después abiertamente subsidiadores del sector privado (con Calderón), Santiago Levy, responsable del primer diseño de *Progresá* y de más

¹ World Health Organization (WHO), *The World Health Report 2000*, Ginebra, Health Systems: Improving Performance, 2000.

² Como vertiente del *Programa Nacional de Solidaridad* —que iniciara Salinas en enero de 1991—, *Niños en Solidaridad* se enfocaba a evitar la deserción escolar de los niños de primaria por falta de recursos económicos. Los niños recibían un paquete de ayuda que incluía un estímulo económico mensual, una despensa básica familiar —también mensual— que proveía la red Consupo-Diconsa y asistencia médica y nutricional por las instituciones públicas de salud. Para 1996, menos del 5 por ciento de los niños pobres recibía becas de este tipo. La cobertura era limitada y el presupuesto también. Jéscica Zermeño N., “Exportando oportunidades”, *Enfoque*, suplemento de *Reforma*, 26 de octubre, 2007.

³ Posteriormente presentado como *Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud* (CASES).



que penoso paso como Director General foxista del IMSS, observó jocosamente que: “La aceptación internacional de *Oportunidades* ha sido tanta que su arquitecto, Santiago Levy, hoy investigador del Banco Interamericano de Desarrollo, bromea diciendo que hubiera sido bueno patentar la idea para cobrar regalías”.⁴

Mientras para Zedillo y Levy el eje de esa nueva política social residía en la familia, Fox y Frenk trataron de hacer explícita la “democratización de la salud”, haciendo “explícito” el terreno de los “derechos sociales”.⁵

Sucede, además, que respecto ya no sólo a la agenda social del foxismo, sino también respecto a sus antecesores priístas, el calderonismo una vez más da muestras de continuidad en el franco y abierto uso electoral de los programas sociales.⁶

Ya con Fox, este recurso adquirió un nivel casi de escándalo⁷ y fue incluso preciso que el Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación se ocupara de la anomalía cuando calificó la controversial elección del año 2006. Sin embargo, aun reconociendo la abierta intervención de Fox —en su calidad de Titular del Poder Ejecutivo Federal como Presidente de la República— en el proceso, ese Tribunal no la sancionó ni penalizó.⁸

⁴ *Enfoque*, suplemento dominical de *Reforma*, 28 de octubre, 2007.

⁵ J. Frenk, *Human rights and global health: the case of a successful reform*, Sacramento, Cal., 2008.

⁶ El 27 de diciembre de 2008, a escasos cinco meses de la jornada electoral de 2009, el diario *Reforma* dio a conocer que “con un préstamo de 2 mil MDD que recibirá del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), *Oportunidades* financiará un programa piloto de combate a la pobreza en zonas urbanas. El plan se aplicará a lo largo del 2009 en 50 mil familias de Puebla, Ciudad Juárez, Ecatepec y ciudades elegidas por contar con niveles altos de pobreza patrimonial y por tener características particulares como ser metropolitanas o fronterizas. La novedad del programa es la forma en que se elegirán a los beneficiarios. Será a través de los índices de desnutrición, fracaso escolar y problemas de salud, en lugar de las mediciones tradicionales de ingreso, el cual no es tan confiable en la zona urbana como en la rural, porque cambia constantemente. Otra característica que tendrá este programa es que los servicios de salud se adaptarán a los horarios urbanos ajustables a la conveniencia de cada familia. Las transferencias económicas seguirán entregándose a través de los bancos y se permitirá a los beneficiarios acceder a servicios financieros como cuentas de ahorro y tarjetas de débito. El pasado 17 de diciembre se aprobó el primer préstamo por 200 MDD, que comenzará a aplicarse en enero. Este préstamo tiene un plazo de 25 años con dos de gracia y a una tasa de interés variable basada en la LIBOR. Según el BID, ésta es la tercera línea de crédito que él destina a *Oportunidades* desde que se creó, en 1997. Las dos aportaciones anteriores sumaron 2 mil 200 MDD, la mayor cifra que el BID ha prestado a un programa social del país”.

⁷ Véase al respecto Gustavo Leal F., *La recta final de un fraude anunciado. 2005-2006. Después de que 32 gobernadores firmaran el convenio del “Seguro” Popular*, 2008.

⁸ TRIFE, Dictamen relativo al cómputo final de la elección de Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, *Declaración de validez de Presidente Electo*, 5 de septiembre, 2006.



Las elecciones intermedias del 2009 pusieron nuevamente esos programas al servicio de las candidaturas panistas, señaladamente el Seguro Popular y su modalidad para los recién nacidos: el Seguro Médico para una Nueva Generación, así como Oportunidades, las *Caravanas de la Salud* y las Guarderías y Estancias Infantiles. Todos ellos bajo el manto de la estrategia denominada *Vivir Mejor*.

Fox y Calderón: continuidad de políticas

Aunque —a pesar de sus reiteradas ofertas— Vicente Fox nunca aplicó el “cambio” ofrecido al sector de la salud y de la seguridad social⁹ y más bien apenas imprimió continuidad a las del priísmo zedillista,¹⁰ la simple extensión calderonista de sus políticas sociales pronto se tradujo en el hecho de que la Administración 2006-2012 terminara levantando la bandera de la “universalidad” como el objetivo último sexenal.

Pronunciamientos

Calderón

El 8 de mayo de 2010, Felipe Calderón anunció¹¹ que como parte de las acciones que emprende su administración para mejorar la calidad de vida de los mexicanos, “el gobernador Sabines y yo nos vamos a encargar de que antes que concluya su administración y la mía, vamos a tener cobertura universal de salud en Chiapas”.

El 20 de mayo de 2010, al intervenir en la Sesión Conjunta del Congreso de los Estados Unidos de América, afirmó que

⁹ Gustavo Leal F., “Prevención y cura en las actuales políticas mexicanas de salud. Quince aproximaciones”, Carolina Martínez Salgado (comp.), *Seis miradas sobre la salud y sus relaciones con el mundo social*, México, DCBS, Serie Académicos, núm. 81, 2008, pp.107-149.

¹⁰ Gustavo Leal F., *2000-2002 ¿“Cambio” o continuidad? Salud y seguridad social en el foxismo*, México, UAM-X, DCBS, Colección Académicos, núm. 70, 2006; Gustavo Leal F., *El ISSSTE bajo el foxismo*, Colección Académicos, núm. 88, DCBS, UAM-X, 2008; Gustavo Leal F., *El IMSS bajo el foxismo*, Colección Académicos, núm. 86, DCBS, UAM-X, 2009.

¹¹ *La Jornada*. Al inaugurar el Hospital de Las Culturas en San Cristóbal de Las Casas y el Hospital General de Comitán. “En su gira número 17 por la entidad, Calderón manifestó su preocupación porque los municipios con menor índice de desarrollo humano del país tengan acceso a los servicios de salud, para que ningún mexicano —por más alejada que esté su



igualdad de oportunidades significa acceso a los servicios de salud para todos. En tres años, hemos triplicado el presupuesto del Seguro Popular, y reconstruido o rehabilitado más de mil 700 hospitales y clínicas públicos, más de uno al día. Esto nos permitirá alcanzar una meta de la que cualquier nación se sentiría orgullosa: la cobertura universal de salud para 2012. Un doctor, medicina y tratamiento para todos los mexicanos que lo necesiten.

SSA-Córdoba

El 9 de julio de 2008, el Dr. Córdoba declaró¹² que la

cobertura universal es el principal objetivo de la presente administración en materia de salud, toda vez que permitirá evitar un gasto catastrófico para la población. Se planea que a más tardar en 2011 quede conformado el sistema único de salud. Para lograr esta meta se cuenta con el Seguro Popular, el cual permitirá que antes de que concluya este gobierno, 85 por ciento de la población se encuentre afiliada a un sistema de salud pública. Lo anterior no significa que la medicina privada desaparezca. Al contrario, se fortalecerá, ya que el Seguro Popular prevé la subrogación de servicios médicos, sobre todo en aquellas localidades donde no se cuenta con la infraestructura o el equipo necesario para brindar la atención. Ya se trabaja en la elaboración de las guías clínicas que pretenden unificar los tratamientos terapéuticos de las diferentes enfermedades y en las que participan médicos especialistas del IMSS, ISSSTE, SEDENA, Academias y hospitales estatales.

IMSS-Molinar Horcasitas

El 4 de julio de 2008,¹³ participando por primera vez como representante del IMSS en la Sexta Reunión Ordinaria del Consejo Nacional de Salud, Molinar consideró “prioritario eficientar el cuerpo administrativo a través de la convergencia, es decir, mejor coordinación, uso compartido de recursos

comunidad— se quede sin asistencia médica. Para ello se invierte en la salud de la gente y de los más pobres. La mayor obra de infraestructura en salud en México se ha realizado en la presente administración con la construcción y remodelación de un mil 770 hospitales o clínicas en todo el país”.

¹² Al inaugurar los servicios de Oftalmología, Alergias y Dermatología del Hospital Universitario de Nuevo León, SSA, “El Secretario de Salud, José Ángel Córdoba Villalobos, inauguró los servicios de Oftalmología, Alergias y Dermatología del Hospital Universitario de Nuevo León”, Comunicado de Prensa, núm. 221, 9 de julio, 2008.

¹³ *Milenio Diario*.



y la reducción de costos administrativos. Propuso la elaboración de un solo padrón de usuarios y derechohabientes, a fin de saber quiénes están inscritos en uno, dos o hasta tres sistemas de salud. También propuso la creación de un sistema de precios que les permita al Seguro Popular, al ISSSTE, al IMSS y a los sistemas estatales de salud, comprar y vender servicios en cualquiera de los otros prestadores. Y aclaró que de no funcionar sus propuestas, la única solución sería la unificación de todo el sistema de salud y la formación de un mercado de servicios. "La cobertura universal de salud es ya un mandato legal", enfatizó Horcasitas, "y tiene la fecha de 2011 esperándonos, por lo que es nuestra obligación acordar los términos en que se brindará". Y reconoció que el Sistema Nacional de Salud es una estrategia "fragmentada" debido a que son muchos los prestadores de servicios que actúan sin coordinación, situación que, incluso, provoca que 20 millones de mexicanos no tengan acceso a los servicios.

IMSS-Karam

En el *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión Sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2008-2009*,¹⁴ se señala que

el Artículo octavo transitorio de la Ley General de Salud (LGS) establece que para 2010 se deberá alcanzar 100 por ciento de cobertura de aquellas familias susceptibles a ser incorporadas al Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular.¹⁵ Además, el mismo artículo establece que con propósito de complemento y de apoyo recíproco se delimitarán los universos de los usuarios y las instituciones de salud podrán llevar a cabo acciones de subrogación de servicios. Por otro lado, la nueva Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) sienta las bases para converger hacia un sistema nacional de seguridad social que otorga plena portabilidad de los servicios y derechos de la seguridad so-

¹⁴ Cobertura Universal en 2010, pp. 86-87.

¹⁵ La *Ley General de Salud* en su Artículo 77 bis 1, establece que todos los mexicanos tienen derecho a ser "incorporados al Sistema de Protección en Salud de conformidad con el Artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El Artículo 77 bis 3 establece que las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro tipo de mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que les corresponda en razón de su domicilio..."

cial al trabajador, entre el ISSSTE y el IMSS, a través de la cuenta individual.¹⁶ En este sentido, desde la perspectiva del individuo, se brinda una mayor certidumbre y flexibilidad laboral. Además, el IMSS y el ISSSTE reconocerán los años de servicio de un trabajador recíprocamente para los trabajadores de nuevo ingreso y para los que acepten el bono en el caso del ISSSTE. Lo anterior permitirá acceder a un mayor número de pensionados y sus familias a los servicios de salud proporcionados por la seguridad social. Actualmente, el país cuenta con un sistema de salud fragmentado en diversas instituciones, principalmente de tres tipos: *i*) aquellas de seguridad social que, como ya se mencionó, están ligadas a la relación laboral y en las cuales el trabajador y patrón cotizan en forma obligatoria. En estos casos no se ofrece un paquete definido de servicios de salud;¹⁷ *ii*) seguridad privada, en la cual cada individuo paga una prima individual a una aseguradora privada, de acuerdo con su perfil de riesgos y con un paquete definido de servicios de salud, y *iii*) el Seguro Popular, que es financiado casi en su totalidad con recursos fiscales y están ligados principalmente a trabajadores por cuenta propia y a trabajadores asalariados domésticos que no están obligados a afiliarse a la seguridad social, así como a la población asalariada sin cobertura que trabaja principalmente en el sector informal de la economía.¹⁸ En este caso, existe un paquete definido de servicios de salud a los cuales los individuos tienen derecho. Es decir, el sistema de salud en México está fragmentado no sólo por institución, sino, también, por el grado de cobertura.

ISSSTE-Yunes

El 5 de septiembre de 2008, Miguel Ángel Yunes declaró que es necesaria la integración de un sistema universal porque

las instituciones públicas no podemos seguir invirtiendo en equipo sin hacerlo de una manera coordinada, buscando una cobertura completa, una cobertura regional y buscando sobre todo la aplicación eficiente de los recursos. Tenemos que invertir de tal forma que podamos ofrecer buenos servicios y que repleguemos la inversión, porque al final de cuentas, aunque seamos dependencias distintas, los recursos son públicos, son recursos de los mexicanos.¹⁹

¹⁶ Para los trabajadores de nuevo ingreso y para los que acepten el bono en el caso del ISSSTE.

¹⁷ Por lo menos no se establece en la LSS y en la Ley del ISSSTE en forma explícita.

¹⁸ En el caso del IMSS, existe el Seguro de Salud para la Familia, en el cual el individuo puede elegir pagar para afiliarse.

¹⁹ Durante la realización de la *VII Reunión Ordinaria del Consejo Nacional de Salud* celebrada en Guanajuato, *La Jornada, Reforma*, 5 de septiembre, 2008



El 27 de noviembre de 2009, Miguel Ángel Yunes,

al participar en la XII Reunión Ordinaria del Consejo Nacional de Salud, aseveró que los actuales riesgos a la salud obligan a identificar con claridad los nuevos rumbos para cumplir la instrucción del Presidente de la República y poder, antes de terminar esta administración, presentar un Sistema de Salud integrado que asegure el acceso universal a la atención médica y garantizar a los mexicanos el derecho constitucional a la protección de la salud.²⁰

Agenda Legislativa del PAN (61 Legislatura)

El 9 de febrero de 2010,²¹ el PAN estableció que garantizaría "la cobertura universal de salud, la consolidación del Seguro Popular y particularmente la salud reproductiva, el cáncer de mama, cáncer cérvicouterino, el virus del papiloma humano y el combate a la obesidad y el sobrepeso".

Enrique Peña Nieto, gobernador del Estado de México

El 27 de mayo de 2010, en la ceremonia por el centenario del natalicio del presidente Adolfo López Mateos, creador del ISSSTE, observó que "debemos plantearnos como una gran meta nacional la construcción de un nuevo sistema de seguridad social universal".²²

Promotores de la Universalidad

En su *Acuerdo Nacional para el Desarrollo y Modernización de México. Programa 3x3*, el Consejo Coordinador Empresarial estableció que:

Se deben aprobar a la brevedad las bases para concretar, en el mediano plazo, un sistema universal de salud, cuya implementación está condicionada a un balance sólido en las finanzas públicas. Un esquema con estas características eliminaría, con celeridad, buena parte de la informalidad que hoy impera. El actual escenario propicia que millones de mexicanos no tengan acceso a servicios básicos de salud y se mantengan al margen de beneficios pensiona-

²⁰ *La Jornada*, 27 de noviembre, 2009.

²¹ *Reforma*.

²² *La Jornada*.

rios, arriesgando así el futuro de quienes se jubilen, sufran algún accidente o enfermedad, en cuyo caso se vería afectada la estabilidad de familias enteras.²³

Incluso, los más recientes documentos programáticos del PRD-Ortega aluden a la “universalidad” en los siguientes términos:

El Estado está obligado a proporcionar las condiciones para garantizar el derecho a la salud. Para ello será necesario: a) Servicios médicos y medicamentos gratuitos para atender a la población no asegurada; b) Reformar las instituciones públicas de salud para su coordinación y eficiencia, abatir la corrupción y fomentar una cultura institucional de servicio al público con calidad y calidez humanas; c) Instituir un Servicio Único de Salud bajo los criterios de que la institución pública es el eje central del servicio; d) Un programa de rehabilitación y construcción de infraestructura que permitan cubrir las necesidades de la demanda de atención médica, poniendo énfasis en los problemas de salud propios de cada región; e) La modernización de los sistemas administrativos; la formación de profesionales con espíritu altruista y solidario; f) Establecer en todo el país centros de rehabilitación para las adicciones que cuenten con personal capacitado y la adecuada infraestructura y formular programas de trabajo para los adictos en proceso de rehabilitación; g) Combatir, como un asunto de capital importancia, la epidemia del VIH-Sida, aplicando medidas efectivas que garanticen la atención y el suministro de medicamentos gratuitos y llevando a cabo campañas permanentes y abiertas de información y prevención, con énfasis en el uso del condón y preservativo femenino, y h) Fomentar el papel de la medicina tradicional y alternativa, las campañas masivas de información y la práctica de actividades como el deporte.²⁴

Por su parte, el movimiento social que encabeza Andrés Manuel López Obrador elabora un *Nuevo Proyecto Alternativo de Nación* en cuyo noveno postulado se contempla “establecer el Estado de Bienestar. Hay que proteger a los pobres ante la desigualdad social. Debe garantizarse el derecho a la educación, al trabajo, a la salud, a la alimentación y a la vivienda”.²⁵

Otra prototípica propuesta de “universalidad” es la que formula, desde hace al menos un lustro, el Dr. José Narro Robles. Según ella:

urge una reforma del sistema de salud mexicano para garantizar el acceso universal, reducir la desigualdad en el acceso a los servicios y mejorar la calidad

²³ CCE, 2009.

²⁴ PRD, *Documento de Discusión para la Reforma al Programa del Partido de la Revolución Democrática*, noviembre, 2009.

²⁵ *La Jornada*, 23 de noviembre, 2009.



de los mismos. Urge fortalecer los programas públicos de salud y combatir el rezago, especialmente en los que atienden a los grupos sociales más vulnerables. Nos urge contar con un sistema nacional de salud pública descentralizado, con cobertura universal y con la calidad que se requiere. Uno de los principales problemas del sector es la fragmentación en diversas instituciones, lo que trae como consecuencia ineficiencias, exceso de personal, mayores costos, trámites burocráticos, ausencias de cruces de información entre las diferentes bases de datos de beneficiarios, así como poca transparencia en el uso de los recursos públicos. Los mexicanos nos tenemos que plantear el poder contar con un servicio nacional de salud único, porque se tiene una gran fragmentación, pues —por un lado— están las instituciones de seguridad social como el IMSS, el ISSSTE, PEMEX, SEDENA y el Centro Médico Naval. Aunque reconoció un avance en el financiamiento al sector salud, consideró necesario invertir más recursos. Nuestro financiamiento público se ha ampliado de manera importante en los últimos seis años, pero es claramente insuficiente. Entiendo que la cobija es corta, pero estoy convencido de que la salud es un área fundamental. Cuestionó las asignaciones inerciales en donde se invierte más dinero en los estados que cuentan con más infraestructura, ampliando así las brechas sociales. Para 2010, sostuvo, México destinará 351 mil 869 millones de pesos para el financiamiento del sector salud, lo que representa 2.75 por ciento del PIB. Pero la mayor parte de esos recursos están dirigidos al gasto operativo más que a la inversión física. Urge también acabar con la dependencia tecnológica y humanizar la medicina que, advirtió, se ha convertido en un nicho de mercado. Ha habido un surgimiento de la industria de la salud como un nicho de mercado y la visión de la salud misma como una mercancía. Esta visión que ha ido avanzando considerablemente en nuestro país, acentúa las enormes desigualdades existentes en la población mexicana.²⁶

²⁶ *Reforma*, 3 de diciembre, 2009. "Nos urge contar con un Sistema Nacional de Salud público, de cobertura universal, descentralizado y con la calidad que se requiere, pues el actual ya no es eficiente. Es necesario emprender una gran reforma en este sentido. El sistema actual se ha vuelto complicado, lo que hace cada vez más difícil su avance. Tenemos una organización y funcionamiento deficientes. Si medimos las coberturas, vemos injusticias, pues hay mexicanos que tienen doble o triple cobertura y hasta capacidad de pago para medicina privada, y otros que no cuentan con nada. Esto hace difícil asegurar que se tenga cobertura universal, ni siquiera en algunos servicios esenciales. Además de la duplicidad, constituyen amenazas a la atención médica sus ineficacias y altos costos (que han llevado a ver la atención de la salud como un nicho de mercado, al paciente como cliente y al médico como un proveedor), la dependencia tecnológica, el uso excesivo de la tecnología y su intromisión en la relación médico-paciente, así como la desigualdad en el acceso. Requerimos realmente diseñar un Servicio Nacional de Salud a partir de toda la infraestructura y recursos financieros que estamos destinando. El sistema es de calidad heterogénea, pues así como se cuenta con servicios extraordinarios, hay otros que dejan mucho que desear", *El Financiero*, 3 de diciembre, 2009.

El nivel de generalidad de esta propuesta podría ser suscrito casi por cualquiera instituto político, hasta que precisara a qué alude su “acceso universal”. O es que la “universalidad” de Narro se reduce a “desfragmentar” el sector.

En el mismo sentido destaca la profesión de “universalidad” del Gobierno de Sinaloa. El gobernador Jesús Aguilar Padilla: “pidió homologar a todas las instituciones que atienden a la salud de los mexicanos y que no existan desbalances en esta tarea de tener cobertura universal, en especial cuando se trata de grupos vulnerables”.²⁷

Y de su Secretario de Salud, Héctor Ponce Ramos, para el que “somos pioneros a nivel nacional en el desarrollo del expediente electrónico y lo hemos puesto a disposición de todos los estados”.²⁸

¿Objetivo “deseable”?

Pero ¿es “deseable” este objetivo? En mucho depende de lo que se entienda como “universalidad” y de los términos en que ella cumpla *efectivamente* con la oferta de recursos, servicios y prestaciones orientadas a atender el perfil de daños a la salud: el perfil de lo que realmente enferma y mata a los mexicanos del siglo XXI.

¿El Seguro Popular es “universal”?

Uno de esos programas típicamente continuistas —aunque, por supuesto, no el único—²⁹ es el Seguro Popular. Con frecuencia escuchamos argumentar que, a pesar de los más que cuantiosos recursos de que dispone desde el año 2004,³⁰ ellos pudieran resultar insuficientes para “atender” el aumento de afiliación y “abatir” el rezago de infraestructura y personal, lo que se traduciría en que la meta de universalidad, aunque “deseable”, pudiera verse comprometida. “La desigualdad en la disponibilidad de infraestructura sanitaria, de equipamiento, de médicos y enfermeras”, en general de los recursos y personal sanitario” se dice, “impide el pleno disfrute del

²⁷ *La Jornada*, 19 de marzo, 2010

²⁸ *Ibid.*

²⁹ *Progresas, hoy Oportunidades, o PREVENIMSS*, entre otros. Véase al respecto, Gustavo Leal F., “Prevención y cura en las actuales políticas mexicanas de salud”, *op. cit.*, 2008.

³⁰ Sólo para el año 2010 se le ha asignado un presupuesto de 52 mil millones de pesos.



derecho a la salud de millones de mexicanos, incluidos los ya afiliados al Seguro Popular”.³¹

Pero aun suponiendo que esa “desigualdad” hubiera desaparecido del todo; que hubiera sido extinguida —por así decirlo—, queda todavía por establecer si acaso, operando en unas condiciones de plena “equidad” en las disponibilidades, el diseño de paquetes restrictivos y racionantes que estructuran el horizonte de atención médica del Seguro Popular fuera realmente capaz de garantizar ese “disfrute del pleno derecho a la atención a la salud”.

Aun dotado de esas “plenas disponibilidades”, ¿su operación mejoraría efectivamente la prevención, la cura y la atención del perfil mexicano de morbimortalidad? ¿Puede ejercerse algo así como un “pleno derecho a la atención” cuando los paquetes “universales” ya lo restringen de partida? Con esos paquetes justo en el centro de definición del Seguro Popular, ¿cabe algo así como el “pleno disfrute del derecho a la salud”?

¿De qué “universalidad” tratamos?

Porque queda aún por establecer en qué medida “atender el aumento de la afiliación” y “abatir el rezago” al estilo del Seguro Popular constituyan metas de “universalidad” y, sobre todo, de atención médica genuina.

El Seguro Popular se presenta como un subsidio a la atención “médica” de las familias (ahora del individuo), cuando en rigor apenas oferta un rudimentario paquete de medidas preventivas mal diseñadas e impuestas desde el centro a las entidades federativas.

Suponiendo sin conceder que durante la administración de Calderón se alcanzara la anhelada “cobertura universal”, resultaría entonces que absolutamente toda la población dispone de un *subsidio*, pero paradójicamente, *antes* de ese fraude muy “popular”, ya contaban con el soberonista “derecho” a la salud.

¿Cuál sería la *única* diferencia? Que ahora, después de más de diez años de gobiernos panistas, exactamente esos *mismos* servicios de salud que ya recibían los ciudadanos, usuarios y pacientes del SNS desde los tiempos priístas, son ofrecidos en mucho peores condiciones y, además, ahora hay que pagar por ellos. La *única* diferencia entre el fraudulento “seguro” de Frenk —continuado por Calderón— y el derecho soberonista a la “salud” se llama prepago o pago diferenciado. No hay ampliación integral

³¹ Centro de Análisis e Investigación Fundar, *Reforma*, 14 de noviembre, 2009.



de las intervenciones, no hay más resolutivez médico-clínica, no hay mejora en la calidad y los salarios de los equipos de salud están peor que nunca.

El SNS, público y privado, está mucho peor que como lo entregó Zedillo al panismo. Tal vez, incluso, haya mucho más corrupción —hormiga y elefante— que en la de los idos tiempos del partido único. Hubo alternancia, pero no cambio. La política pública de salud y seguridad social del PAN, es también la del PRI.³²

Así que, planteada en seco sólo como meta, esa “universalidad” soslaya puntualizar la *naturaleza regresiva del Seguro Popular* respecto al cuadro que reglamenta las prestaciones médicas contempladas en las leyes del IMSS (Seguro de Enfermedad y Maternidad) e ISSSTE (Seguro de Salud) y que, incluso, contemplaba también³³ la *Ley General de Salud* de 1984 previa a las “reformas” que dieron cabida al Seguro Popular; soslayan que, en todo caso, así planteadas, apenas aluden a un “universalismo” *racionado*: a un “universalismo” de paquetes básicos y catálogos esenciales “universales” de servicios de salud.

Racionamiento de la atención médica

Julio Frenk resumió —en 2006—³⁴ esta “priorización” en los siguientes términos:

Un elemento articulador de la reforma financiera y gerencial es un paquete específico de beneficios que se diseñó tomando como criterios orientadores el costo, la efectividad y la aceptabilidad social. Además de servir para la definición de prioridades, el paquete es un medio para empoderar a las personas al generar conciencia sobre sus derechos, y es además un instrumento clave para la rendición de cuentas por parte de los proveedores. Un antecedente de este modelo fue la innovadora iniciativa instrumentada a mediados de los años noventa para fortalecer las capacidades básicas de las familias en extrema pobreza. Denominado en un principio *Progresar* y luego *Oportunidades*, este programa crea incentivos en las familias para invertir en el capital humano de sus hijos a través de transferencias en efectivo, que se proporcionan bajo la

³² Gustavo Leal F., *El mito del Seguro Popular en el DF*, México, UAM-X, DCBS, Colección Académicos, núm. 85, 2009.

³³ G. Martínez Narváez, “Sistema Nacional de Salud. De diagnóstico grave”, *Enfoque*, Suplemento Dominical de *Reforma*, 24 de julio, 2005.

³⁴ Julio Frenk, “Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias”, *Salud Pública de México*, vol. 49, suplemento 1 de 2007, pp. 14-22.



condición de que las familias cumplan con ciertos compromisos de corresponsabilidad, como enviar a los niños a la escuela en lugar de a trabajar, proporcionarles suplementos nutricionales específicamente formulados y acudir a la clínica para recibir un paquete específico de intervenciones para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Estas intervenciones incluyen higiene básica, salud reproductiva, vigilancia nutricional y del crecimiento, así como medidas preventivas específicas dirigidas en particular a enfermedades transmisibles, pero cada vez con mayor énfasis en hipertensión arterial, diabetes y lesiones. Desde su instauración, el programa ha tenido un componente de evaluación que ha sido lo suficientemente sólido para atribuir mejoras sustanciales a diversas intervenciones y ha generado, al mismo tiempo, evidencias para ajustar su operación.

No obstante que *Oportunidades* demostraba su valor para la reducción de la pobreza y el mejoramiento de la salud, los beneficiarios experimentaban nuevas cargas de enfermedad, en tanto crecían sus expectativas de una mejor calidad de la atención. Irónicamente, una proporción significativa de las transferencias monetarias que las familias pobres recibían del programa se empleaban para financiar la atención de aquellos padecimientos que no se contemplaban en el paquete básico inicial de intervenciones, el cual se enfocaba más a los patrones pretransicionales de la carga de enfermedad.

Sobre la base de la exitosa plataforma provista por *Oportunidades*, la protección social para las familias pobres necesitaba expandirse a través del Seguro Popular. El resultado neto ha sido un aumento notable en los alcances de los beneficios. A partir del paquete básico original de *Oportunidades* de sólo 13 intervenciones, se pasó, con el Seguro Popular, a cubrir más de 250 intervenciones que se ofrecen en los niveles primario y secundario de atención.

En busca de la diagonal

El paquete específico de beneficios ofrece un medio para tender un puente entre las diferencias representadas por uno de los falsos dilemas mencionados anteriormente; a saber, entre el modelo vertical, que se enfoca a enfermedades específicas, y el horizontal, encaminado a fortalecer de manera general la estructura y las funciones del sistema de salud. Para superar este falso dilema, necesitamos extender la metáfora geométrica y buscar lo que se ha denominado la diagonal, esto es, una estrategia en la que



se aprovecha un conjunto de intervenciones específicas de alta prioridad para impulsar las mejoras necesarias en el sistema de salud.

El paquete integral de beneficios del Seguro Popular sirve como herramienta para instrumentar el modelo diagonal mediante el fortalecimiento de la capacidad de todo el sistema de salud a través de la definición explícita de prioridades (...) Además de financiar las intervenciones de nivel primario y secundario, los incrementos presupuestales durante el período de aumento progresivo de siete años estipulados en la nueva ley permiten extender la cobertura a un conjunto más amplio de intervenciones de alto costo definidas a través de un mecanismo transparente y colectivo de determinación de prioridades.

Y como agregara Eduardo González Pier, entonces coordinador de Planeación Económica de la SSA frenkista: “el principal reto es convertir el ejercicio de definición de prioridades en una práctica socialmente aceptada para definir de forma más legítima los límites del derecho legal a la protección a la salud”.³⁵

Por algo Julio Frenk reconoció, dos años después, los posicionamientos de González Pier, que:

el problema no es el sistema de salud contra el SIDA, sino cuál es la mezcla apropiada de prioridades en un país y el grado de integración entre esas múltiples prioridades en un sistema de salud unificado. Cuando tuvimos que seleccionar dónde íbamos a dar acceso universal, la primera prioridad fue el VIH/SIDA. Esto, debido a la carga de enfermedad que representa para México, por las altas barreras financieras para acceder a antirretrovirales y porque nos dio un ejemplo político para relacionar nociones abstractas de cobertura e inversión en algo concreto.³⁶

Esta “priorización” tecnocrática de Fox-Frenk, que reduce el derecho a la salud a “paquetes”, resintió de inmediato un ajuste a la baja con la continuidad calderonista. Apenas asumiendo el cargo (abril de 2007), el Dr. Córdova lo expresó de la siguiente manera:

El Seguro Popular no podrá cumplir con el objetivo de proporcionar la atención médica para enfermedades de más alto costo: insuficiencia renal, cáncer y transplantes —como ofreció el gobierno de Fox— porque es imposible, no so-

³⁵ Eduardo González Pier y colaboradores, “Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México”, *Salud Pública de México*, vol. 49, suplemento 1, 2007, pp. 537-552

³⁶ Cumbre de Negocios 2009, Monterrey, N.L., *Reforma*, 10 de noviembre, 2009.



mos magos. El dinero es insuficiente y ningún país del mundo lo hace. Incluso existe el riesgo de que en algún momento los recursos tampoco alcancen para garantizar el acceso universal a los medicamentos para el control del VIH/SIDA. La capacidad de respuesta dependerá del costo de los fármacos y del número de pacientes. Ojalá no les fallemos nunca. Tenemos que ser objetivos y realistas, tampoco se puede decir que se va a dar todo para todos. Sería una mentira. Lo que sí se da todo es para los bebés, en el Seguro Médico para una Nueva Generación.

“*Pregunta:* ¿Entonces no habrá sistema universal de salud ni atención integral que se suponía iba a ofrecer el Seguro Popular? *Respuesta:* Universal sí, porque se ofrece a todos. La cobertura... *Pregunta:* Será limitada. *Respuesta:* Cobertura casi total. Eso pasa. No somos magos.³⁷”

Hay que agregar que ese universalismo *de paquetes* incorpora con Calderón otra pinza de política que apenas se insinuaba con Fox:³⁸ el uso y la canalización abierta de las bolsas sectoriales en el sector privado.

El Dr. Córdova lo dijo así:

Ante un sistema de salud fragmentado y ante la necesidad de integrarlo para incidir positivamente en el desarrollo económico del país y captar oportunidades de turismo, es necesario una mayor inversión pública y privada, tal y como sucede en países más avanzados. En pocos años se abrirá la posibilidad de captar más turismo médico extranjero, ya que el gasto de salud de estadounidenses podrá ser pagado por aseguradoras en México. Sin embargo, para captar esa oportunidad, los hospitales privados deberán aumentar sus estándares de servicio y obtener certificaciones internacionales, tal y como algunos de Monterrey lo han llevado a cabo. La inversión en salud traería un gran potencial para más empleos, turismo y servicios.³⁹

³⁷ “Afloran las mentiras del Seguro Popular”, *La Jornada*, 9 de abril, 2007. Nota de Angeles Cruz Martínez

³⁸ Frenk considera que en México existe una “tara mental” que impide aprovechar la infraestructura de los servicios privados para ampliar la cobertura. Y que: “tal como está previsto en la ley, la SSA iniciará las gestiones con proveedores particulares para firmar convenios que permitan atender, en primera instancia, a los beneficiarios de los programas verticales del Seguro Popular y aprovechar la oferta de organizaciones de la sociedad civil”. Y se pregunta: “de qué sirve ofrecer a niños con leucemia el derecho de la atención médica si los hospitales públicos están saturados y el paciente tiene que esperar tres meses para recibir la atención”. Para agregar: pero “como tenemos una tara mental”, de que no podemos aprovechar servicios de un médico que tiene su consultorio, resulta que hay capacidad ociosa en el ámbito privado, mientras en el público los enfermos pasan cinco de los últimos 10 años de su vida esperando a que les toque su turno. Históricamente, se anteponen los prejuicios ideológicos a la solución de los problemas”, Gustavo Leal F., “¿Tara mental del país?”, *La Jornada*, 19 de noviembre, 2005.

³⁹ *Reforma*, 4 de agosto, 2008.



La SSA busca convertir a México en un destino de turismo médico con el fin de atraer a miles de pacientes extranjeros, principalmente originarios del Primer Mundo para que se operen o traten en México. Países como Brasil, Costa Rica, India y Tailandia ya lo son. Las agencias de turismo no sólo ofrecerían playas sino oportunidades de tratamiento y cirugías.⁴⁰

Por tanto, aunque en sí misma y como simple enunciación prospectiva la simple invocación a la “deseabilidad” de un sistema de salud “universal” puede constituir un argumento loable toda vez que difícilmente alguien podrá estar en desacuerdo con ella, esa misma enunciación debe ser inmediatamente precisada. Caso contrario, se corre el riesgo de hacer coincidir ese universalismo de paquetes con la universalidad que estructura a los sistemas de salud y seguridad con efectiva capacidad resolutoria y cuadros integrales de atención.

Vivir Mejor, la política “social”, Oportunidades y el Seguro Popular

“*Vivir Mejor* parte de la certeza de que si todos tienen un punto de partida igual, desarrollándose bajo las mismas condiciones, y con un acompañamiento de políticas públicas adecuadas, el nivel de bienestar que alcancen dependerá, sobre todo, de las metas y esfuerzos individuales”.⁴¹

Como ya se ha señalado, estos posicionamientos extienden la línea de política social del ciclo Salinas-Fox. Aunque la política calderonista *Vivir Mejor* es la primera que incorpora *explícitamente* esa dimensión individual que establece que: “el nivel de bienestar que alcancen dependerá, sobre todo, de las metas y esfuerzos individuales”.

El racionamiento del Seguro Médico para una Nueva Generación. Las Reglas de Operación 2010

Como mera extensión del Seguro Popular, en ellas se establecen⁴² un grupo de criterios de continuidad financiera y algunos añadidos orientados a fortalecer el “autocuidado” de la salud como la “corresponsabilidad” que ha emblemático la factura de los programas sanitarios del priísmo zedi-

⁴⁰ *Reforma*, 9 de enero, 2010.

⁴¹ Presidencia de la República (2008), Estrategia Social *Vivir Mejor*.

⁴² *Diario Oficial de la Federación*, 27 de diciembre, 2009.



lista: *Progres-a-Oportunidades*, y foxistas: *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades* y el *Seguro Popular*.

También refuerza la naturaleza restrictiva ya presente en la cultura tecnocrática de los paquetes básicos, así como el hecho de hacer “explícito” lo que se encontraba “implícito” en la Ley General de Salud y que caracteriza la entera presencia de su programa madre: el *Seguro Popular*.

De otra parte, para la operación programática se definen los criterios de subrogación de servicios.

Planes y programas: la continuidad del panismo calderonista

a) Plan Nacional de Desarrollo

El racionamiento de la universalidad panista ya se anunciaba desde el *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*. Por ejemplo, en su Objetivo 7 establece evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal. Ello significa extender continuístamente el Seguro Popular del foxismo, a cuyo propósito se enlistan cuatro estrategias para seguir haciendo pasar la atención de la “salud” por meros paquetes “preventivos”.⁴³

Como ya sucedía en el Seguro Popular foxista, en la continuidad del PND de Calderón persiste la visión de ubicar el eje del “acceso” a los servicios desde el financiamiento y no para la atención médica oportuna y resolutiva. Asimismo, la “enfermedad grave” no forma parte de los paquetes “preventivos” esenciales (*Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud, Causes*). Y también con la pretensión de “construir un sistema integrado de salud para facilitar la portabilidad de los derechos de atención médica”, el Programa calderonista aspira a canalizar la demanda que componen esas “enfermedades graves” hacia el mercado de la salud, generando que el dinero siga al paciente.⁴⁴ No es casual que el programa sólo aluda al usuario sano —tal y como la asume la propuesta del CCE para las ISES— y no se ocupe del enfermo, paciente o derechohabiente.

Así, para la continuidad calderonista la “universalización” consiste en ampliar la cobertura “financiera” del Seguro Popular y su modalidad *cam-*

⁴³ “¿Igualdad de oportunidades? Salud y seguridad social en el *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*”, en Gustavo Leal F., *Salud y seguridad social. Planes y programas del calderonismo*, en dictamen, 2010.

⁴⁴ Consejo Coordinador Empresarial, *Agenda de Competitividad. Prioridades del Sector Empresarial. 2007*, 5. Salud, empleo y seguridad social, julio, 2007, pp. 66-73.

bray (sólo para los recién nacidos) al IMSS, ISSSTE y las entidades federativas. El Estado atiende la “prevención” (autocuidado) de los pobres y reserva la atención médica costosa al mercado de la salud.

Hay que destacar la coincidencia entre el enfoque del Plan calderonista y la plataforma manifiesta del CCE antes consignada. Ambos actores insisten —valiéndose de un lenguaje casi idéntico— en el abierto propósito de “construir” un sistema “integrado de salud” orientado a facilitar “la portabilidad de los derechos de atención médica”.

En contraste con el empleo de los paquetes básicos como estrategia sexenal para ampliar la cobertura en que sostiene el *corpus* del Plan calderonista, aquí se alude directamente a la atención médica y no de paquetes esenciales. Así la “universalización” que propone el Plan contempla el uso de las bolsas públicas (IMSS, ISSSTE, SSA) para financiar servicios también en establecimientos privados —tal y como demanda el CCE— y para hacerlo en este segmento no del autocuidado y los paquetes esenciales, sino de los tratamientos costosos.

A diferencia del foxismo, donde se trataba de extender como “atención a la salud” las 13 intervenciones de “bajo costo y alto impacto” presentes en la componente de salud del zedillista *Programa de Desarrollo Humano (Progres)* *Oportunidades* al estatuto del Seguro Popular o Programa *Oportunidades Plus*, en el calderonismo se segmentan con nitidez los espacios de atención para la gran mayoría sin capacidad de compra, *Oportunidades* y “Seguro” “Popular”, y se reservan aparte, para ser financiados —incluso con bolsas públicas— los tratamientos costosos incluso en establecimientos privados, que ya anticipaba el Fondo de Gastos Catastróficos del “Seguro Popular”. Se trata de que con la “portabilidad”, ese sistema “integrado y universalizado” financie de bolsas públicas la atención médica “costosa”, incluso en establecimientos privados.

Y así queda completa la segunda media luna del “sistema integrado”: en la primera, la de abajo, subsisten como atención a la “salud” los paquetes *Oportunidades* (antes *Progres*), el “Seguro” “Popular” y el *Programa IMSS-Oportunidades*. En la media luna superior, se atenderá con financiamiento público, incluso en establecimientos privados, la patología que demanda “atención médica”. La propia reconfiguración del antiguo Tercer Nivel de atención en el IMSS como Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAES), así como la lenta y tortuosa edificación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad a cargo de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad de la SSA, refuerza esta tendencia junto con el crecimiento reciente de la oferta hospitalaria privada.



El último paso del calderonismo consiste en aplanar hacia abajo y acotar la oferta originaria del “Seguro” “Popular”: el así llamado Seguro Médico para una Nueva Generación (sólo para los recién nacidos) o “Seguro” “Popular” *petit* o *cambray* que, ahora, se agrega al grupo de programas de la media luna baja del sistema “universal e integrado”.

b) Programa Nacional de Salud

Los rasgos continuistas se acusan y se presentan aún más explícitos en el *Programa Nacional de Salud 2007-2012*.

Un entero Programa para sólo dos tareas reductivas y continuistas, aunque poniendo las bolsas públicas a su servicio y al de los privados.

Valiéndose del lenguaje que, en su momento, le imprimieran los neolaboristas de Tony Blair a la reorientación que emprenderían sobre el *National Health Service*, Calderón ofrece que “con el compromiso y el trabajo de todos, estoy seguro de que avanzaremos en la edificación de un sistema nacional de salud sólido, moderno, eficiente y, sobre todo, justo.”

En tanto que gobierno de derecha que sólo ejecuta la continuidad de los programas que heredó del foxismo, el contenido de su *Programa Nacional de Salud 2007-2012* —arrastrando el lastre, también continuista, del *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*— puede resumirse por completo en las siguientes dos “acciones”:

1. Más “universalidad” (respecto al Seguro Popular foxista) compactando la oferta pública preexistente (“integración funcional y programática”).
2. Reproducción de las componentes materno-infantiles —del de por sí reductivo Seguro Popular— como Seguro Médico para una Nueva Generación a Seguro Popular *petit* o *cambray*.

En su *Mensaje* introductorio al *Programa*, Calderón presenta este par de acciones en los siguientes términos:

Primera acción:

Tomando en cuenta estas realidades y consideraciones, el *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012* propone, en materia de salud, avanzar hacia la universalidad en el acceso a los servicios médicos de calidad a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.⁴⁵

⁴⁵ *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*, p. 5.

Segunda acción:

Para cumplir este compromiso se diseñó el *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, el cual está estructurado en cinco grandes objetivos de política social: 1. mejorar las condiciones de salud de la población. 2. brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente. 3. reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables. 4. evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal. 5. garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano de México.⁴⁶

En el marco de la continuidad foxista, lo específico del calderonismo consiste en pretender usar las bolsas públicas sectoriales para financiar de forma directa a los establecimientos privados, cuando menos en estas dos acciones.

Por su parte, en las palabras introductorias al documento, el Dr. Córdova se sigue amparando en la *reformitis* que azota al sector desde los tiempos de Soberón;⁴⁷ rinde su reconocimiento a la “reforma” que creó el Sistema de Protección Social en Salud que implantó el Seguro Popular del foxismo, y para justificar el uso de las bolsas públicas en establecimientos privados, alude al autocuidado de la salud (“las capacidades de las personas para tomar decisiones a favor de la salud propia y de los suyos”); al factor costo de los tratamientos (“hace aún mayor el costo de su tratamiento”) y a la pobreza y la desigualdad de oportunidades.

Su manera de emprender las dos acciones que trazó Calderón, consiste en reiterar que aunque el Sistema Nacional de Salud “se fortalece”, son “todavía evidentes sus problemas de coordinación sectorial”. Por tanto, para Córdova “no es posible postergar la solución” haciéndose “indispensable un cambio de organización que lo modernice”, para la primera.

Para el Dr. Córdova, la vía de esta primera acción consiste en “el fortalecimiento de las acciones de prevención y promoción como las alternativas más viables para enfrentar padecimientos que requieren tratamientos costosos y prolongados”.

Y por lo que toca a la segunda acción, el Dr. Córdova asegura que la ruta de Calderón avanzará “garantizando el aseguramiento universal, con el propósito de que cada mexicano tenga acceso a servicios integrales de salud”.

⁴⁶ *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*, p. 5.

⁴⁷ Gustavo Leal F., *Evidencia para las políticas*, op. cit., 2003.

Así, a través de lo que el Dr. Córdova invoca como la *Alianza por un México Sano* (que sólo coordinará y extenderá las estrategias "preventivas" a todo el sector público), la "política social" del calderonismo en materia de salud se concentrará —como la de su antecesor foxista— en una promoción de la "igualdad de oportunidades", escudándose en la "lacerante" realidad de "la pobreza".

c) Programa Sectorial

Finalmente, con argumentos ya anticipados por el Dr. Córdova en las palabras introductorias del *Programa Nacional de Salud*, el *Programa Sectorial* intenta, incluso, empaquetar la prevención.

1. ¿POLÍTICAS "PREVENTIVAS"?

El documento sectorial tiene como objetivo básico ubicar el marco de las políticas "preventivas" intersectoriales una vez que tanto el PND como el PNS y sus referencias inmediatas, establecieron el uso de las bolsas públicas que reúnen la SSA, el IMSS y el ISSSTE para favorecer —con criterios empresarialistas— la consolidación y expansión de un "mercado inter-institucional" de servicios (atención médica) amparado en la "universalidad" o Sistema Unico de Salud.

En la visión calderonista, el Estado dispensará a las grandes mayorías nacionales un "universalismo" de paquetes básicos esencialmente "preventivo" y utilizará las bolsas públicas sectoriales para "atender" los padecimientos "costosos" —que en realidad enferman y matan a los mexicanos—, canalizándolos —vía subrogación— hacia los establecimientos privados o "priorizándolos" a través del Fondo de Gastos Catastróficos del "Seguro" "Popular". Y esto es lo que hará, finalmente, "explícito" el "derecho de protección a la salud".

Se trata de un *racionamiento* profundo de la asistencia sanitaria que junto con los paquetes básicos "preventivos", selecciona *algunas* intervenciones "costosas" de acuerdo a la disponibilidad de ese Fondo de Gastos Catastróficos.

2. LA LLEGADA DEL DIF

Además de la SSA, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEMAR, SEDENA y el Consejo de Salubridad General, respecto a los documentos de referencia antes mencionados, la estrategia sectorial agrega a la empresa "preventiva" al Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia/DIF, a cargo de Margarita Zavala, esposa de Calderón.

3. EL “MARCO” DEL PROGRAMA SECTORIAL

Calderón lo presentó en los siguientes términos:

El Programa Sectorial de Salud, que aquí se presenta, como el resto de los programas sectoriales, ha sido elaborado tomando como punto de partida la Visión México 2030 y el Plan Nacional de Desarrollo, así como los resultados de una amplia consulta con actores relevantes del sector que han aportado elementos de diagnóstico y acción. En él se expresan los objetivos, las estrategias y las líneas de acción que definirán la actuación de las dependencias y de los organismos federales que pertenecen a ese sector.⁴⁸

4. CÓRDOVA Y LA “POLÍTICA” SECTORIAL

Por su parte, el Dr. Córdova “resumió” así el Programa Sectorial:

Este panorama de desafíos importantes nos obliga a impulsar, como prioridad, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, enfatizando la importancia de la adopción de estilos de vida saludables y formulando el autocuidado de la salud, para así lograr generaciones de mexicanos más saludables. Bajo el principio de igualdad de oportunidades instruido por el Presidente Felipe Calderón Hinojosa, y con la participación de todas las instituciones del sector y de la sociedad civil, se ha formulado este *Programa Sectorial de Salud 2007-2012*, que involucra los compromisos de todo el sector salud, en concordancia con lo que establece el Plan Nacional de Desarrollo. Este programa contiene los objetivos, estrategias y líneas de acción que guiarán el proceder del sector durante la presente administración. Debemos destacar la firma de la Alianza por un México Sano, con la participación del gobierno y la sociedad que conjugarán esfuerzos para el diseño y adopción de políticas de salud incluyentes. El *Programa Sectorial de Salud 2007-2012*, concebido por el Gobierno del Presidente de la República, marcará el rumbo para lograr el México sano que todos aspiramos y queremos.⁴⁹

5. CÓRDOVA, EL “CUERPO” DE LA POLÍTICA SECTORIAL

En la Sección I del documento, se expone, en los siguientes términos, el “cuerpo” de la política sectorial:

En el México de hoy predominan las enfermedades no transmisibles y lesiones, por encima de las infecciones comunes, los problemas de salud que están relacionados con la reproducción humana y los padecimientos asociados a la desnutrición, que antaño se encontraban encabezando las lista de la morbilidad nacional. Los daños a la salud, que actualmente nos aquejan como

⁴⁸ *Programa Sectorial de Salud 2007-2012*, p. 7.

⁴⁹ *Idem*, p. 9.



sociedad, requieren, con gran frecuencia, de una atención compleja, de larga duración, costosa y que exige el empleo de altas tecnologías.

Para lograr un México saludable se requiere implementar estrategias anticipatorias que fortalezcan y amplíen la lucha contra riesgos sanitarios, favorezcan la cultura de la salud y el desarrollo de oportunidades para elegir estilos de vida saludables. La política nacional debe incidir sobre los determinantes de la salud y adaptar los servicios de atención médica, de todo el sector, a las nuevas necesidades promoviendo altos niveles de calidad, seguridad y eficiencia.

El fortalecimiento de las acciones de promoción a la salud, prevención de enfermedades y control de riesgos sanitarios, está orientado a reducir el impacto que tienen las enfermedades y las lesiones sobre individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto.

La salud es un asunto que atañe a la sociedad y al Gobierno en sus diferentes ámbitos y niveles. Precisa de la corresponsabilidad en las tareas de detección de las necesidades, organización, planeación, prestación de servicios de salud, seguimiento y evaluación del impacto de las acciones emprendidas en beneficio de la salud. Para construir un México sano, se requiere que el Estado, los ciudadanos, las familias, las instituciones y la sociedad en su conjunto asuman de manera efectiva la corresponsabilidad en el cuidado de la salud, individual y colectiva. Es necesario estrechar lazos de colaboración comprometida entre los múltiples actores.

El Sistema Nacional de Salud se fortalece. Lo hace, sobre todo, en el seno de las instituciones que lo constituyen; sin embargo, son todavía evidentes su segmentación y sus problemas de coordinación sectorial y con otros ámbitos. Por ello es imprescindible fortalecer las alianzas y crear los consensos con los diferentes sectores como: dependencias de la administración pública federal, para potencializar las acciones y recursos transversales; con el Poder Legislativo, para sumar voluntades, que permitan la obtención de recursos para atender las necesidades de salud; con las organizaciones de la sociedad civil, para fortalecer la base social y su sentido de corresponsabilidad y compromiso comunitario; con los gobiernos estatales, municipales y locales, para alinear recursos y establecer acciones orientadas a resultados; y con el sector privado, para promover su participación e inversión, que en su conjunto permita la suma de esfuerzos y la alineación de recursos para fortalecer la oferta de servicios y contribuir a mejorar la Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Los desafíos que encara el México de hoy en materia de salud al igual que las oportunidades que se nos presentan, son de gran magnitud y

complejidad. No obstante, con el firme compromiso y la entrega de las instituciones que integran el Sector Salud: SSA, IMSS, ISSSTE, DIF, SEDENA, SEMAR, PEMEX y las personas que realizan la tareas de proteger la salud de los mexicanos, y a través de las alianzas para una mejor salud, se habrán de capitalizar nuestras fortalezas hacia la construcción de un México sano.

Finalmente, señalar que la estimación de los recursos para la ejecución del presente programa estará determinada en los Proyectos del Presupuesto que anualmente sean presentados por la dependencia y quedarán sujetos a la disponibilidad de recursos.

6. EL “CUERPO” DE LA ALIANZA POR UN MÉXICO SANO

El 30 de abril de 2007, Calderón, Córdova, Molinar y Yunes presentaron la Alianza,⁵⁰ junto con los Poderes Legislativo, Judicial, la Conferencia Nacional de Gobernadores, gobiernos estatales, consejos, cámaras nacionales, empresas privadas, fundaciones, asociaciones civiles, academias, universidades, OPS, OMS y ONG's. En la ocasión, Calderón observó que:

Yo aspiro a que algún día todos los mexicanos tengamos servicio médico, tratamiento, atención y medicinas para todas las enfermedades posibles, es decir, aspiro a que alcancemos la cobertura universal, pero mientras tanto tenemos que unir fuerzas para enfrentar el presente. La Alianza es una oportunidad para hacer valer el derecho de los mexicanos a una vida saludable. Este pacto por la salud es la respuesta conjunta para poner al alcance de cada familia la atención médica que esperan.⁵¹

Por su parte, Córdova destacó que:

Debemos trabajar todos por la salud; si no actuamos, cambiamos y unimos esfuerzos, el escenario futuro que nos espera no será nada gratificante y promisorio. Con la convocatoria a esta Alianza, tenemos la gran oportunidad de modificarlo y hacerlo bien. La salud es el producto del autocuidado y la responsabilidad ciudadana que debe prevalecer en todas las decisiones, acciones y actitudes de todos los niveles, sectores u órdenes de gobierno. Acudimos a esta convocatoria con la plena convicción de que se pueden lograr grandes acciones y acuerdos para avanzar como país, necesitamos reeducar, promover la aplicación de una Estrategia Nacional para la Prevención y Promoción de la Salud.⁵²

⁵⁰ SSA, *Discurso del Secretario de Salud. José Angel Córdova Villalobos, durante la firma de Pacto Nacional por la Salud en el Palacio Nacional, 30 de abril, 2007.*

⁵¹ *Reforma*, 1 de mayo, 2007.

⁵² SSA, *Discurso del Secretario de Salud, José Angel Córdova Villalobos, durante la firma, op. cit., 2007.*



Inmediatamente y después de ser requeridos por la SSA a signar un Anexo de Adhesión a la *Alianza por un México Sano* que se suscribe el 30 de abril de 2007, la Federación de Colegios de la Profesión Médica (FENACOME) y el Colegio Mexicano de Médicos y Cirujanos del Distrito Federal A.C. externaron el siguiente comentario:

Señor Secretario: acepte nuestro apoyo y lucha además para que cuando se convoque a apoyar y comprometerse por un Pacto, como por ejemplo, un Pacto Nacional por la Salud, no se acabe firmando otro compromiso, sin previo aviso, ni información, y ahora llamado, Alianza por un México Sano, para no sentirnos engañados o defraudados por las autoridades, quienes nos hacen sentir como comparsas, sin derecho a opinar o saber de antemano de qué se trata y no como parte integral del Sistema de Salud de este país, perfectamente definido en el artículo 5º de la Ley General de Salud.

Pronósticos sombríos después de la epidemia de Influenza A (H1N1)

Toda vez que ella desnudó hasta el tuétano la realidad operativa del Sistema Nacional de Salud,⁵³ fue del todo claro que las reiteraciones mediáticas y declarativas sobre el *corpus* de los afanes universalizadores del equipo sanitario calderonista se constituyeron más en una suerte de salida frente a las presiones que imponía la epidemia, que en una estrategia senenal propiamente dicha y por cumplirse gradualmente.⁵⁴

Una red sanitaria dual y polarizada

De suerte tal que, después de la serie de reformas que cubren el arco Soberón (1982)-Calderón (2007), la estructura de la red sanitaria configura hoy día un sistema dual y polarizado de salud, presuntamente dispuesto para atender, ahora focalizadamente, la pobreza y no más la desigualdad estructural.

⁵³ Gustavo Leal F., "La Influenza A (H1N1), cuadro mínimo de los responsables directos", *Desacatos*, 32, enero-abril, 2010, pp. 53-62.

⁵⁴ *Cfr.* Al respecto, los pronunciamientos del Dr. Córdova Villalobos ante la Comisión de Salud de la 61 Legislatura el 14 de octubre de 2009 (*La Jornada*, 15 de octubre, 2009), así como los de Daniel Karam —IMSS (2009), *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2008-2009*, México, 2009— y Miguel Ángel Yunes —ISSSTE, *Informe Financiero y Actuarial 2009*, México, 2009.

Es *dual* porque está dotado de *una oferta pública* para la gran mayoría depauperada —sin o muy poca capacidad de pago— y *otra oferta privada* para los que pueden pagarla.

Y es *polarizada* porque en su interior coexisten tres fuertes incentivos del Poder Ejecutivo Federal en turno, las tecno-burocracias al cargo de su administración y algunos intereses presentes en la arena de la política pública, para usar las bolsas públicas abiertamente en su beneficio político-económico y para consolidar —vía subrogaciones— el nicho de mercado de la *oferta privada*.

Los usuarios, pacientes y derechohabientes sólo “reciben” servicios y programas en el marco de esos incentivos para los intereses. Todo lo cual culmina consolidando la *polarización* en la *dualidad* estructural de la red.

Final

Con las administraciones panistas de Vicente Fox (2000-2006) y Felipe Calderón (2006-2012); con el Seguro Popular del secretario Frenk (2004), y el *Seguro Médico para una Nueva Generación* (2007) del secretario Córdova, el objetivo principal del Sistema Nacional de Salud, atender oportuna y resolutivamente a los pacientes, así como prevenir anticipatoriamente —sin culpabilizar tácitamente al ciudadano en su derecho a la salud por un presunto descuido en su “autocuidado” individual—, ha sido sustituido por la meta intermedia del “financiamiento justo” (Seguro Popular) y las metas electorales de afiliación.

Los recursos inerciales destinados al IMSS,⁵⁵ los recursos consuetudinarios más los frescos que trajo la reforma Calderón 2007 al ISSSTE⁵⁶ y sobre todo la cuantiosa bolsa que ha sido destinada al Seguro Popular desde el año 2004,⁵⁷ no lucen ni fortalecen la columna vertebral de quienes hacen posible ese objetivo principal del Sistema Nacional de Salud: los equipos sanitarios que brindan la atención; sus médicos, enfermeras y profe-

⁵⁵ Sobre todo, después de la reforma Zedillo de 1995-1997 que modificó la prima del *Seguro de Enfermedad y Maternidad* (SEM), beneficiando al sector patronal y contribuyendo al severo desfinanciamiento que ya aquejaba a ese ramo.

⁵⁶ Independientemente de que conlleva incrementos en el cuadro de contribuciones, la Nueva Ley fue dotada de recursos extraordinarios: 8 mil MP para el Seguro de Salud, la cuota social; 2 mil MP para préstamos personales; 7 mil créditos hipotecarios a pensionados y los del ahorro solidario, entre otros.

⁵⁷ Y que sólo por concepto del Ramo 33 transferido a las entidades federativas alcanza los 210 mil MP entre los años 2004 y 2009.



siones afines. Y por tanto, ellos no pueden traducirse en una mejora efectiva de la atención.

El parámetro maestro para medir el impacto de ese objetivo principal: la *calidad clínica* de la atención cede, crecientemente, frente a los indicadores de las metas intermedias.

Y los problemas urgentes que pesan sobre la realidad con que opera el presionado modelo de atención: peso desproporcionado de la naturaleza de los programas “preventivos”⁵⁸ sobre la medicina familiar; recurrencia a las urgencias como “puerta de entrada” a la red; desvinculación entre el primer nivel, la medicina de los Hospitales Generales de Zona: segundo nivel y la situación del tercer a nivel nacional,⁵⁹ entre otros, no figuran dentro de las prioridades de la agenda de la “universalidad”.

Ciertamente, el Sistema Nacional de Salud gasta. Y gracias al Seguro Popular, ahora dispone de más recursos. Pero los gasta mal sin que se aprecia en el horizonte una propuesta estratégica para empezar a gastar —esos cuantiosos recursos ya disponibles—⁶⁰ con un criterio adecuado al *objetivo principal* del SNS: atender oportunamente y prevenir bien.

El universalismo de paquetes promovido por las administraciones constituye el eslabón de relevo en la cadena para seguir publicitando un “derecho” a la salud racionado, correspondiente a una ciudadanía restringida y con la intención explícita de canalizar los recursos de las bolsas sectoriales al mercado privado de servicios vía procesos de subrogación.⁶¹

Para decirlo con el IMSS-Karam:

Frente III.3 Desarrollar un mercado de servicios de salud.

El Instituto debe participar en la creación de un mercado interinstitucional de servicios de salud, profundo y robusto, que haga tangibles los beneficios de la portabilidad y la convergencia antes referidas. Su maduración radica en la definición de un esquema de intercambio o compra-venta de servicios médicos, como un resultado del acceso nacional al Sistema Integrado de Salud. Este

⁵⁸ Al estilo del *Seguro Popular*, Seguro Médico para una Nueva Generación y su Estrategia Embarazo Saludable en la SSA, PREVENIMSS y DIABETIMSS, en el IMSS, así como PREVENISSSTE y el Acuerdo Nacional por la Prevención en el ISSSTE.

⁵⁹ Unidades Médicas de Alta Especialidad (IMSS), Centros Médicos Nacionales (ISSSTE), Institutos Nacionales de Salud (SSA), Hospitales de Alta Especialidad (SSA).

⁶⁰ Además de las transferencias del Ramo 33 a las entidades federativas por concepto del Seguro Popular: 210 mil MP entre los años 2004 y 2009, el IMSS recibió 320 mil MP y el ISSSTE 112 mil MP correspondientes al Presupuesto de Egresos 2010.

⁶¹ El Artículo 8 de la *Ley General de Salud* señala que “con propósitos de complemento y de apoyo recíproco, se delimitarán los universos de usuarios y las instituciones de salud podrán llevar a cabo acciones de subrogación de servicios”.

frente de trabajo requiere clarificar aspectos como: *i*) la separación del financiamiento de la prestación de los servicios; *ii*) la separación del aseguramiento contra riesgos de salud personales, de otro tipo de seguros y beneficios de la seguridad social; *iii*) la separación de la provisión de servicios de otro tipo de bienes públicos (como la promoción y prevención comunitaria); *iv*) la solución de dilemas básicos, en el marco de los derechos individuales, como definir el alcance de la cobertura, y *v*) en el largo plazo, integrar todos los subsistemas de salud en uno.⁶²

Ese universalismo no amplía ni mejora el *objetivo principal del sistema de salud*. Más bien lo fragmenta a una “atención” racionada de paquetes, a la que hay —todavía— que deducirle el beneficio neto de aquellos privados que incursionen en la prestación indirecta de los servicios.

Sin duda, es indispensable y hasta apremiante ajustar el Sistema Nacional de Salud hacia una vocación de universalidad. Pero ésta debe ser *integral* y, en esta misma medida, estar al servicio de su objetivo principal: adecuada atención y buena prevención. Debe de estar al servicio de la razón de ser del Sistema: la atención del enfermo. En suma: universalidad integral para la mejora de la calidad clínica de la atención.

Para ello, siempre será prudente mirar a los mercados en términos mucho menos ideologizados y actuar prácticamente. El gobierno tiene que desempeñar una función intermedia; renunciar al control total, pero evitar que no haga nada. La política de salud debe normar las reglas del juego en los mercados y evitar la conformación de peligrosas espirales.

Con estos matices, sin duda, es más que “deseable” procurar la meta de la universalidad. ¿O hay alguien que pueda estar en contra?

Agosto, 2010

⁶² IMSS (2009), *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2008-2009*, p. 17.