Esta revista forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx http://biblio.juridicas.unam.mx

Reseña hemerográfica

Uribe Gómez, Mónica y Raquel Abrantes Pêgo, "Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?, *Perfiles Latinoamericanos,* México, núm. 42, julio-diciembre de 2013, pp. 135-162.

La protección de salud como derecho constitucional fue establecido en 1983 en el artículo 4o., se reservó a la ley el desglose de acceso a los servicios de acuerdo con sus bases y modalidades, así como la concurrencia entre el ámbito federal y el de las entidades federativas. Cuando tales derechos eran llamados garantías individuales, el Poder Judicial Federal emitió la tesis aislada en materia constitucional PXIX/2000 en la que lo denominó como garantía individual. Tras la reforma a la Constitución en materia de derechos humanos en el 2011, ahora se incluye entre esos.

Uno de los cuestionamientos ha sido sobre los alcances de la protección de la salud, en los tratados internacionales encontramos algunas salvaguardas a cumplir, tanto en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), como en el "Protocolo de San Salvador", se entiende a la salud como el disfrute del más alto bienestar físico, mental y social, el cual deberá dirigirse a los aspectos de reducción de mortinatalidad y mortalidad infantil, atención primaria, prevención, satisfacción de necesidades de grupos en situación de vulnerabilidad y asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad.

En México, el sistema de salud se encuentra fragmentado y se había venido brindando por medio de las instituciones de seguridad social, además de otros prestadores de esos servicios, a partir del 2003 se modificó para incluir un nuevo modelo que abarcará a un mayor número de población y considerará algunos aspectos sociales, las autoras nos lo explican acompañado sus reflexiones del contexto político, económico y social en que se presentó, así como sus conclusiones sobre el contenido y la implementación.

Mónica Uribe Gómez es doctora en Ciencia Social con especialidad en Sociología del Colegio de México; profesora e investigadora, y una de sus líneas son los sistemas de salud. Raquel Abrantes Pêgo es doctora en Ciencias Sociales por el Colegio de Michoacán; profesora e investigadora, y entre sus líneas se encuentra el tema de la salud.

Las autoras mencionan que nos mostrarán las modificaciones que ha habido al sistema de salud desde su inclusión como derecho en la Constitución mexicana, cuáles eran los fines que perseguían, los resultados que han arrojado y, en su caso, la subsistencia del problema de fragmentación, la ineficiencia y la inequidad.

También nos expondrán que el proyecto del sistema de salud en México reconoció ese derecho, que buscaba guiar hacia la unión entre los institutos de seguridad social y asistencia pública en salud, que hubo la inclusión del sector privado como parte del sector salud, la sustitución del sistema de reparto en las pensiones por uno de cuentas individuales en el sector de la seguridad social, la introducción de mecanismos de mercado y la división en el manejo de recursos y programas de salud.

DR © 2015. Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Esta revista forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx http://biblio.juridicas.unam.mx

Explican que la Ley General de Salud fue reformada en 2003 para incluir el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual operaría por medio del Seguro Popular (SP), cuya finalidad era lograr la cobertura universal, al soportarla en un instrumento financiero de aseguramiento que limitaría las intervenciones.

El Estado se visualizaba moderno a través de la incorporación de políticas en materia de salud, particularmente, en cuanto a su protección financiera, aunque más que el interés por necesidades sanitarias, en América Latina primó la consideración de disminuir el gasto social estatal, la negociación de la deuda con los organismos internacionales prestamistas y la adaptación del sector al nuevo modelo del mercado.

Continúan, al referir que el modelo Pluralismo Estructurado se construyó por Julio Frenk, salubrista mexicano y Juan Luis Londoño, economista y ex Ministro de Salud colombiano, a partir del Informe 1987 del Banco Mundial (BM) *Financing Health Services in Developing Countries* que diferencia bienes públicos y privados y propone cuatro estrategias para financiar la atención en contextos de austeridad, con una atención primaria y selectiva, así como del Informe del BM de 1993, Invertir en salud, en busca de la equidad y asignación adecuada de los recursos, la relación costo eficiencia y estrategia de autofinanciamiento implementando paquetes básicos que maximizaran los años de vida saludable, y son las siguientes: 1) instauración de co-pagos, para fortalecer la financiación y el uso racional de los servicios; 2) establecimiento de incentivos para el desarrollo de seguros de salud por el número de afiliados, no por el costo de la póliza; 3) separación de funciones de regulación y administración del financiamiento de la prestación de los servicios a cargo de entidades públicas y privadas en un marco de competencia regulada, y 4) descentralización de los servicios de salud.

Las autoras contrastan la siguiente argumentación, si bien, el modelo se complementa con el manejo de riesgo social, el Estado subsidiaría la demanda de los usuarios definidos como pobres, sin embargo, no incluye evitar la concentración de recursos, la consideración de la garantía del interés general y la de tomar en cuenta actores colectivos en las decisiones.

No pasa desapercibido, que tales obstáculos también lo restringen de su consideración como derecho humano, el cual debe estar dirigido a toda persona, además de que incluye otros elementos que contribuyen a la prevención y a la atención según la Observación General Número 14 al PIDESC, tales como, las facilidades, bienes, servicios y condiciones para obtener el más alto bienestar físico, mental y social, entre ellos, agua potable, alimentos sanos, nutrición adecuada, vivienda, condiciones adecuadas en los ámbitos de interacción como la escuela, el trabajo, espacios deportivos, etcétera, así como en el medio ambiente. La reflexión atiende directamente al sistema de salud, pero si se visualiza como derecho humano debe analizarse integralmente.

Ellas afirman que la reforma constitucional de 1983 descartó la idea de la gratuidad en los servicios de salud al dar ocasión a servicios públicos y privados, en realidad, fue la Ley General de Salud porque el artículo 4o. se refirió a la disposición de modalidades. Dicha Ley dio lugar a la descentralización de los servicios para población no asegurada.

Además, es necesario mencionar que de acuerdo con la Observación General Número 14 al PIDESC aludida en el párrafo que antecede, se señala la necesidad de que el Estado de facilidades, bienes, servicios y condiciones para obtener el más alto grado de salud, sin condicionar que sean servicios gratuitos, en México la problemática radica en que el ingreso de un alto porcentaje de la población es muy bajo para poder atender contingencias de salud sin apoyos externos a la familia, por lo que es imponderable subsidiar u ofrecer gratuitamente los servicios o mejorar los ingresos de las personas.

A continuación hacen un recorrido de acuerdo con los periodos presidenciales, en el que corresponde de 1988 a 1994, continuaron las problemáticas de segmentación, falta de financiamiento, cobertura parcial de protección de la salud, se frena la descentralización y se crea el Programa Nacional de Solidaridad y de privatización de las pensiones. En el que transcurre de 1994 a 2000 se crea el Programa de reforma al sector salud que adopta el modelo de Pluralismo Estructurado, la reorganización de las pensiones del Ins-

DR © 2015. Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Esta revista forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx http://biblio.juridicas.unam.mx

tituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), continúa la descentralización, se establecen paquetes de atención en el ámbito de la Secretaría de Salud, un diagnóstico de la crisis de las finanzas del IMSS origina la privatización del sistema de pensiones, la reversión de cuotas para las aseguradoras y la división del financiamiento y los beneficios, sin embargo mantiene la función integral al cubrir intervención médica, hospitalaria y farmacéutica.

En el Informe de 2000, Los sistemas de salud en el mundo elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), México aparece en el lugar 51 respecto del desempeño y en el 144 en cuanto a la equidad financiera, por lo que Julio Frenk, entonces, encargado del área de investigación e información para las políticas de la OMS y uno de los redactores del informe, impulsó la reforma aduciendo que con ello protegería a las personas del devastador gasto en salud. La cual concretó al encomendársele la Secretaría de Salud en México en el periodo gubernamental 2000-2006.

El Plan Nacional de Salud 2001-2006 incorpora los aspectos más relevantes de la reforma en comento por medio del SPSS que operaría a través del SP, el que se formalizó en 2004 y que proyectaba que para 2010 cubriría a la totalidad de la población. El Sistema comenzaría financiado de forma tripartita, el 80 % con aportación federal y el resto por los estados y las personas. Habría exenciones de pago de acuerdo a los ingresos, los deciles I y II primero y los III y IV a partir de 2010, por lo que, los estados y los municipios se encargarían de los servicios de salud pública, de atención individual en servicios esenciales de primero y segundo nivel y los de alto costo se atenderían con el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos.

Las autoras analizan el contexto político en el momento de discusión de la reforma y expresan que los interesados en favor de la reforma eran Funsalud, fundación privada, sin considerar la eficiencia del sistema de salud privado o el impacto del co-pago en el uso racional de los servicios por parte de los usuarios. Se limitó el crecimiento del sector privado, para incluirse de nueva cuenta en un reglamento apoyado por el Partido Acción Nacional.

La inclinación contraria a la reforma provenía del SNTSS porque señaló que no resolvía los problemas de los pobres y debilitaba las instituciones. El Partido de la Revolución Democrática se opuso ante la irresolución de los problemas del sistema de salud y la privatización del sector, el gobierno de López Obrador se negó a implementar el SP en el Distrito Federal y desde 2001 instauró un programa de servicios médicos gratuitos, hasta 2005 que lo aplicó.

Por su parte, la Secretaría de Hacienda cuestionó la viabilidad financiera de la reforma y con apoyo del Senado se acordó una filiación gradual, resultando aprobada en 2003.

Asimismo, las autoras evidencian que la realidad hace aparecer al SP como un programa paralelo a los existentes para quienes no cuentan con algún tipo de seguridad, que se proporciona en los mismos centros de salud de los estados. A lo que se suma en el periodo 2006-2012 el seguro médico para los niños nacidos a partir de 2006 y la estrategia de embarazo saludable. El financiamiento se adaptó mediante subsidio al SP, pero las cuotas correspondientes a los estados no se han concretado como se dispuso. Algunos estados han hecho subrogación de servicios y el ámbito privado se ha encargado de la dotación de medicamentos y lavandería y vigilancia.

La consagración del SPSS no se ha conseguido, se han incrementado los recursos para atenderlo, la auditoría realizada por la Federación a los estados en 2010 mostró irregularidades relativas a la comprobación del gasto y uso de los recursos, no ha logrado mejorar la condiciones de salud de los grupos en condición de riesgo como los indígenas, ni una redistribución equitativa de los presupuestos entre los estados, el gasto de la población en salud no logró disminuir de forma importante, se consiguió la cobertura es de 52 millones de personas que no contaban con seguridad social, aunque también se encontró que de 300 mil personas afiliadas al SP, 80 % también eran derechohabientes del IMSS y 15 % del ISSSTE, no ha logrado el soporte financiero que proyectaba porque el 68 % de los afiliados se encuentran en los deciles de ingreso I a IV que son los exentos de pago, por lo que han acudido al mismo las personas de menor ingre-

DR © 2015. Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Esta revista forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx http://biblio.juridicas.unam.mx

so, el contenido de los paquetes básicos es muy restringido respecto de las instituciones de seguridad social y en el Programa de Embarazo Saludable, al menos en Chiapas en 9 de las 10 clínicas obstétricas carecen de medicamentos y equipo.

Ante tales resultados, las autoras nos refieren la situación actual, en el sector salud se habla de dos posturas: 1) quien defiende el modelo y 2) quien propone una reforma estructural. El presente gobierno federal ha manifestado el compromiso de apoyar el SP, modernizando la infraestructura y las acciones de prevención, o bien, la creación de un Sistema Único de Salud que integre el trabajo de la Secretaría de Salud, de las instituciones de seguridad social y el sector privado, esta última postura que apoya Funsalud, por medio de un fondo único mancomunado que permita financiar el sistema mediante impuestos generales y lograr la cobertura universal, la definición de la protección de la salud, y un sistema de salud integrado por los actores del sector.

Las autoras encuentran continuidad en la perspectiva político ideológica de reforma al sistema de salud mexicano, sin que el modelo de pluralismo estructurado haya logrado integrar a las instituciones de seguridad social. Los actores impulsores y posicionados también continúan influyendo. Que la salud está en la agenda del gobierno, es necesaria la universalidad y el acceso en igualdad de condiciones, aunque no se ha logrado "el consenso entre quienes siguen defendiendo la ruta del pluralismo estructurado como el mejor camino para reformar el sector salud mexicano y quienes aducen que es necesario introducir una perspectiva fundamentada en un tipo de ciudadanía basada en derechos exigibles.

Las autoras cumplieron su cometido nos mostraron el sistema de salud creado en México a partir de 1983, las proyecciones de la reforma concretada en 2003, el esfuerzo por adecuarla, los primeros resultados, las tendencias que se observan y la subsistencia de problemas como la fragmentación, la ineficiencia y la inequidad.

Sin embargo, el derecho humano a la protección de la salud implica su exigibilidad por tratarse de un compromiso del Estado mexicano por estar previsto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y ante la comunidad internacional y organismos internacionales al haberse obligado a cumplirlo por medio de tratados internacionales, lo cual no se contrapone al establecimiento de la mejor opción financiera o técnica para disfrutar del mismo, pero la problemática en el modelo del pluralismo estructurado y otros reside en que efectivamente, una parte importante de la población ocupa como las propias autoras lo han referido los rangos de ingreso en que ese modelo de sistema de salud previó se exentarían del pago, porque el destino principal de los ingresos en un hogar es la subsistencia que requiere cubrir la necesidad de alimento y enseguida las que sea posible.

María Elena Lugo Garfias
Centro Nacional de Derechos
Humanos de la CNDH

DR © 2015. Comisión Nacional de los Derechos Humanos