

LIMITANTES A LOS SERVICIOS NACIONALES DE SALUD

David Ibarra
Enero-marzo de 2006
Configuraciones 18

El acceso a los servicios de la salud constituyen uno de los derechos humanos esenciales. Y uno de los cuales cobra importancia no sólo en el presupuesto de los estados nacionales, sino con el avance de la exigibilidad de los derechos fundamentales de la población en casi todo el mundo. Aparte de cuestiones éticas o políticas, la formación de capital humano y la capacidad competitiva en un mundo globalizado, reconoce como uno de sus basamentos primarios el logro de estándares satisfactorios de salud entre la población trabajadora.

Las políticas de salud en México encaran problemas de vieja data, tanto como exigencias nuevas que surgen de fenómenos demográficos, epidemiológicos, técnicos y políticos. Sin duda, el primer tipo de cuestiones se relaciona con el atraso y la pobreza, con los limitados accesos de la población históricamente excluida, con la fragmentación de los servicios o con la insuficiencia de los recursos estatales, sean financieros, humanos o de infraestructura. La segunda constelación de problemas plantea otras interrogantes no menos severas a las políticas públicas: ¿cómo lidiar con las consecuencias del envejecimiento demográfico en el sistema de pensiones o en el ascenso espectacular de los costos y de la inversión en nuevos tratamientos o cómo abordar el de las enfermedades crónicas o degenerativas sin descuidar a las que todavía privan?, ¿cómo integrar de modo congruente los variados componentes de las políticas públicas a fin de satisfacer gradualmente los objetivos de los programas de salud desde el combate a la morbilidad, hasta el

fortalecimiento de la infraestructura de los servicios, la nutrición, el financiamiento o la regulación de las industrias de medicamentos o alimentos?

Desde el punto de vista político surgen exigencias apremiantes en materia de salud que se relacionan al clamor ascendente por dar vigencia a los derechos humanos en el contexto nacional e internacional, en tanto fuente insoslayable de legitimación gubernamental. Y también se desprenden de demandas urgentes nacidas de la pobreza y exclusión que afectan en México por lo menos al 40% de la población. Esos hechos se manifiestan con vigor en América Latina en torno al establecimiento de servicios universales de salud que ya son realidad en Costa Rica y Cuba, países a los cuales se ha añadido Brasil (1988) y Chile (2005) en años más recientes.

Sin embargo, a ello se resisten las políticas presupuestarias en boga y el encogimiento en capacidad de compra de las poblaciones, íntimamente asociadas al cambio de estrategias económicas --que se instauran desde la década de los ochenta--, a las limitaciones fiscales y sobre todo a la ideología neoliberal. De ahí nacen reformas al sector salud y a la seguridad social con que persiguen el propósito de alentar la participación del sector privado en el financiamiento y la prestación de servicios, a la par de reducir la contribución pública a los mismos propósitos. La globalización, con su preocupación por los costos de la seguridad social en la competitividad, crean presiones para reducir las prestaciones y aportes a las instituciones de seguridad social. Al propio tiempo, el abandono del proteccionismo y la apertura externa, debilitan al corporativismo obrero y su capacidad de influir en las reformas a la seguridad social.¹

¹ Véase, Ibarra, D. (2005), "Corporativismo, desmovilización popular y democracia", en *Ensayos sobre Economía Mexicana*, Fondo de Cultura Económica, México; Zapata, F. (1995), *El Sindicalismo Mexicano frente a la Reestructuración*, El Colegio de México, México.

Los años noventa, sobre todo en su segunda mitad, forman la década de la focalización del gasto hacia la atención exclusiva y legitimadora en lo micro-social de los problemas más apremiantes de la pobreza causados por la insuficiencia del crecimiento económico.² Las acciones gubernamentales focalizadas y la descentralización³ hacia las entidades federativas, generan ahorros a la federación, eficientación de las erogaciones, ganancias transitorias en legitimación pero eluden el tratamiento de los problemas macrosociales principales, como son la marginación y el subempleo, que luego degradan el ámbito de la salud pública.

Al parecer el paradigma médico-democrático de los derechos humanos camina por senderos distintos a los económicos. En efecto, el primero plantea como insoslayable la protección del más débil, del ayuno de protecciones, aboga por normas generales, benéficas a todos, en tanto la salud representa un derecho humano inalienable. En contraste, la visión económica neoliberal quiere refrenar al Estado de prestar servicios médico-asistenciales en tanto real o supuestamente provoquen los temidos desequilibrios fiscales o de precios. Se confía en que el mercado alentará el desarrollo de servicios que directa o indirectamente alivien los presupuestos gubernamentales y abrir a la par áreas nuevas de negocios. Con sus ventajas financiero-presupuestarias, las reformas neoliberales --como las

² Véanse, Laurell, C. (2003), *The Transformation of Social Policy in México*, en Kevin, M. y Zepeda, E. (compiladores), *Confronting Development: Assessing Mexico's Economic and Social Policy Challenges*, Stanford University Press, Cal.; Levy, S. et alia (2005), *Ensayos sobre el Desarrollo Económico y Social de México*, Fondo de Cultura Económica, México; Ibarra, D. (2006), *Derechos humanos y realidades sociales*, de próxima publicación, México.

³ La descentralización de los servicios de salud ha seguido tendencias manifiestas desde los años ochenta en América Latina, persiguiendo dos propósitos fundamentales: imprimir más eficiencia en el uso de los recursos fiscales y reducir los costos o la cobertura pública de los servicios. En México, durante el período 1983-1987 se implantó un sistema de coordinación entre los distintos niveles de gobierno; la reforma de 1988-1994 emprendió la descentralización administrativa, el pago al personal y la contratación de mandos medios. En 1996 se transfieren a las entidades federativas recursos y competencias que no cubren por entero los costos incrementales de la demanda o del alza de precios.

del sistema de pensiones-- tienden a erosionar los nexos de solidaridad entre los trabajadores de distinto nivel de ingreso, sesgar la distribución del ingreso y transferir los riesgos de los mercados financieros de los gobiernos a los pensionistas.

México, siguiendo el modelo norteamericano ya tiene una composición del gasto en salud con erogaciones privadas mayoritarias (3.4% del producto) frente a aportes menores (2.5% del producto) del sector público (2002). Esa situación contrasta marcadamente con el hecho de que más de dos tercios de las familias de la población trabajadora no están protegidas por los servicios de las instituciones de seguridad social (Seguro Social, ISSSTE, PEMEX, Ejército, etc.) y sólo pueden recurrir a servicios menos completos, a veces precarios, de las instituciones de asistencia general. Adviértase que los servicios privados de salud atienden casi exclusivamente a la población de ingresos medios altos y altos. Por lo demás, México dedica a la salud (550 dólares anuales per cápita) diez veces menos que los Estados Unidos y cinco veces menos que la Unión Europea.⁴

Acaso por esa situación, la tasa de mortalidad infantil en México (28 por mil habitantes entre 2000 y 2005) es cuatro veces mayor a la de Chile y Cuba, el triple o el doble de las de Costa Rica, Uruguay y Argentina, y más del 50% superior a la de Venezuela. Y quizás por las mismas razones el porcentaje de personas desnutridas (5%) no ha variado entre 1990/1992 y 2000/2002, mientras el 18% de los niños tienen talla inferior a la media.⁵ A mayor abundamiento, los servicios de salud del IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud, en varias localizaciones

⁴ Véase Naciones Unidas (2005), *Informe sobre Desarrollo Humano 2005*, Mundi-Prensa, México.

⁵ Véase CEPAL (2005), *Panorama Social de América Latina 2005*, Santiago de Chile; Naciones Unidas (2005), *Informe sobre Desarrollo Humano 2005*, op-cit.

registran problemas de saturación, falta de medicamentos y otras deficiencias técnico-económicas.

Aún después de la crisis de la deuda en los años ochenta --que desploma el gasto social-- la recuperación parcial de las finanzas estatales no se ha reflejado plenamente en asignar recursos ampliados al sector salud. En efecto, según cifras de la CEPAL, el gasto público en salud (excluye a la seguridad social) ha decaído del 2.9% al 2.4% del producto entre los bienios 1990/1991 y 2002/2003⁶, o visto del ángulo presupuestario del 18.6% al 13.4% del gasto social total del sector estatal⁷. Las partidas presupuestarias que más han subido no se relacionan directamente con la salud pública, sino con la reforma en el sistema de pensiones de los afiliados al Seguro Social o con el acrecentamiento de la población jubilada dentro de los propios organismos de seguridad social. En efecto, el gasto en seguridad y asistencia social se expandió del 0.1% al 2.5% del producto en el mismo período, principalmente para financiar la privatización de pensiones, aunque algunas partidas pudieran destinarse a financiar otros programas. A mayor abundamiento, parece que la enorme cuantía de los pasivos laborales, seguirá presionando a la baja el gasto efectivo en salud.

A lo anterior se suma otro hecho. El ascenso incesante en el costo de los medicamentos y de los servicios contribuye a la exclusión de los servicios de salud a los de los estratos de bajo ingreso. Entre 1992 y 2005, el subíndice de precios de salud y cuidado personal registra incrementos medios anuales casi del 14%, superiores al del índice nacional de precios al consumidor. Por esas razones, la población excluida se ve obligada a efectuar erogaciones crecientes de

⁶ En comprobación a lo anterior el presupuesto general de salud, incrementado por el gasto en el seguro popular, IMSS, Oportunidades, y las aportaciones a los estados, ascendió al 2.1% del producto en el bienio 1990-1991, y sólo al 1.02% en el de 2002/2003.

⁷ Véase CEPAL (2005), op-cit.

sus ingresos a fin de procurarse al menos estándares mínimos de salud. En México el gasto de bolsillo que hacen las familias es mayor al gasto estatal en salud; el 20% de las familias más pobres erogan alrededor del 4-5% de su ingreso en servicios de salud, de ahí las resistencias ciudadanas a elevar los gravámenes a los medicamentos.

En suma, la política de salud pública enfrenta necesidades y reformas imperiosas y aplazadas. Una primera cuestión consiste en ordenar --y en lo posible despejar democráticamente-- la madeja de prioridades, esto es, el peso que debieran recibir los tratamientos relacionados con enfermedades transmisibles (muy relacionadas con la pobreza), frente a las que serían necesarias atribuir a las enfermedades crónicas o degenerativas (asociadas al envejecimiento demográfico), las que impedirían el resurgimiento de enfermedades que se habían erradicado (tuberculosis) o nuevas (SIDA), o las que merecerían dedicarse a combatir la desnutrición (el 5% de la población está afectada por este problema desde 1990 y el 18% de los niños menores de cinco años tienen talla inferior a la media).

Desde el ángulo institucional habría que buscar deliberadamente la convergencia y unificación de los distintos organismos que prestan servicios comenzando por los de seguridad social. Al respecto es esencial hacer coherentes, estandarizar las coberturas de servicios-riesgo y hasta las de las políticas de financiamiento (impuestos, cotizaciones, aportes privados) a fin de imprimir mayor equidad y afianzar nexos de solidaridad en el sistema de salud. Al propio tiempo, parece imprescindible ganar y combinar eficiencia y control de costos, incluidas la regulación de compras y la nivelación de la calidad de los

servicios entre regiones que no han corregido los esfuerzos descentralizadores emprendidos.⁸

En todo lo anterior, las reformas al sistema de salud no debieran perder el objetivo fundamental de acercarse sistemáticamente a brindar acceso universal en los servicios, independizándoles del mercado, esto es, de los nexos con los mecanismos de trabajo-seguridad social o de la capacidad de pago de las personas. La universalización de los servicios de salud deben comenzar por ofrecer un paquete básico a ensanchar paulatinamente, sin excluir necesariamente contribuciones o aportes de los beneficiarios o de los empleadores; lo que importa es que los accesos sean generales e igualitarios, que las cuotas tengan relación estrecha con el poder adquisitivo de los distintos estratos sociales y que la capacidad de oferta de los servicios sea suficiente.

En México, la voz ciudadana y la presión electoral comienzan a hacerse sentir en el diseño de las políticas públicas. Ahí se inscribe Progres-Oportunidades, el subsidio a las personas mayores y el seguro popular. El sentido político de esos programas les hace incurrir en contradicciones, segmentaciones, duplicaciones y competencia innecesaria por recursos que restan coherencia a las acciones sociales del Estado. Y sin embargo, constituyen un comienzo en la tarea de completar el sistema nacional de salud al inclinarse a universalizar algunos accesos, al desligarlos del ingreso o trabajo de los beneficiarios y a otorgar subsidios del lado de la demanda.⁹ Sin embargo, falta

⁸ En materia regulatoria, en este sexenio se crearon la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (encargada de evaluar y regular los Servicios de la Salud, combatir riesgos ambientales vinculados a la salud), la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (encargada de coordinar la instrumentación de las reformas a la Ley General de Salud de 2003).

⁹ La estrategia 5 del Programa Nacional de Salud (2003) incorpora la idea de “brindar protección financiera a la población que carece de seguridad en materia de salud a través de un

mucho más por hacer, desde reformar instituciones y criterios programáticos, hasta comenzar a blindar el gasto en salud haciendo jurídicamente exigibles los beneficios de muchas de las partidas presupuestarias. En los Estados Unidos sólo tres programas (Medicare, Medicaid y de la Seguridad Social) representan el 75% de los derechos exigibles (mandatory spending) por los ciudadanos y ascienden a poco más del 40% del presupuesto federal.

Por último, cabe advertir que el fenómeno de la astringencia del gasto público mexicano en servicios de salud parece caminar en sentido contrario a la recuperación nacional del conjunto de las erogaciones sociales y también a lo que ocurre a escala mundial. Mientras, como se dijo, el presupuesto de salud se estrecha de compararse los bienios 1990/1991 con respecto a 2002/2003, el presupuesto social del Estado sube del 6.5% al 10.5% del producto y, en relación al presupuesto público, lo hace del 41.3% al 59.3%. Por lo demás, el gasto gubernamental en salud en términos de producto creció rápida o moderadamente en la mayoría de los países del mundo, pese al impacto más o menos generalizado del ascenso de la prestación de servicios privados de mercado. En los Estados Unidos, ese gasto, impulsado sólo por los programas de "Medicare", "Medicaid" y de Seguridad Social, aparte de generar derechos jurídicamente exigibles por los beneficiarios, ha incrementado en más del 40% su ponderación en el producto entre 1966 y 2003,¹⁰ hasta alcanzar alrededor del 10% de esa variable.

Acaso no fuese ocioso pedir que las plataformas de las políticas públicas de los partidos políticos, aborden aunque sea en grandes trazos estratégicos estas

esquema de aseguramiento con el fin de reducir el gasto de bolsillo y fomentar la atención oportuna de la salud" (véase Reforma a la Ley General de Salud para crear el Seguro Popular).

¹⁰ Véase Hungerford, T. (2005), *Mandatory Spending: Evolution and Growth Since 1962*, Congressional Research Service, Washington.

cuestiones que son centrales al futuro de la vida social y económica de la República.