

Universalización neoliberal del Sistema de Salud en el México del siglo XXI. Agenda política, retos y núcleos de resistencia

*Nashielly Cortés Hernández**

RESUMEN

La construcción social y defensa del derecho a la salud, columna vertebral del pensamiento crítico en salud, tiene como principal obstáculo el avance de la política neoliberal en todas las esferas de la vida social en México y en otros países de América Latina. El principal de ellos es su característica silenciosa mientras avanzan de manera contundente en las reformas de salud, que han convertido a la descentralización en una vía contraria a la construcción de una nación “democrática y moderna”, horizonte prometido por los gobiernos previos a la tecnocracia neoliberal que nos gobierna desde 1998. En el pluralismo estructurado, la descentralización ya no es la vía para construir el régimen político del Estado de bienestar mediante la repartición de las decisiones hacia las diferentes entidades federativas y la des-mercantilización de los bienes públicos. Para esta ideología capitalista neoliberal, la descentralización es la desarticulación de las funciones del propio Estado y la desatención de responsabilidades sustanciales que se ceden al mercado. En salud, su aplicación lleva a la Secretaría de Salud

ABSTRACT

The right to health and its social construction and defense, the backbone for critical thought in health, has as its main obstacle the advance of neoliberal policies in every sphere of social life in Mexico and other Latin American countries. The most important obstacle for the right to health is the silent but powerful advance of health reforms that have turned “decentralization” into a road opposed to the construction of the “modern and democratic” nation, which was the horizon promised by governments before technocratic rule took over. Under “structured pluralism”, decentralization is no longer the way to build the political regime of the welfare state through the distribution of decision-making to the different states and the de-commodification of public goods. For neoliberal capitalist ideology, decentralization means the taking apart of the functions of the state itself and the neglect of its substantial responsibilities in order to cede them to the market. Its application in health has led the Ministry of Health to the re-commodification of social rights and the disappearance of other elements of the system,

* Médica cirujana en la Facultad de Medicina de la UNAM, egresada de la Maestría en Medicina Social en la UAM-Xochimilco.

Fecha de recepción: 02 de noviembre de 2015
Fecha de aprobación: 17 de febrero de 2016

a la re-mercantilización de los derechos sociales y a la desaparición de otros elementos del Sistema, como el derecho a tener Seguridad Social o tener acceso a las acciones de la salud pública. Con la reforma de salud, se contribuye a consolidar un régimen político antidemocrático, se vuelve a la ciudadanía en meros clientes cuyos derechos están delimitados en la extensión y cobertura de un registro o una póliza.

PALABRAS CLAVE: Sistema de Salud, reforma neoliberal de salud, núcleos de resistencia, alternativas desmercantilizantes, retos y tareas de la Medicina Social y la Salud Colectiva

Por el derecho a la salud

Hacer del derecho a la salud una realidad es un reto permanente de la Medicina Social y la Salud Colectiva. La salud, es un concepto polisémico cuyo significado está relacionado con la idea de “sentirse bien” y de “bienestar” –más allá de la frontera del “bienestar antropocéntrico”, porque implica la puesta en juego de un conjunto de sentidos culturales y sintetiza en el proceso de su conceptualización-realización, las diversas tensiones ideológicas, políticas, económicas y en general socioculturales, que mantienen a los diferentes grupos sociales integrantes de la colectividad en su conjunto distanciados, en vez de trabajar por objetivos que les son comunes.

Es así como la definición inacabada del concepto salud, condiciona que el intento de hacer realidad “el derecho a la salud” sea tremendamente difícil. Se piensa que las ambigüedades, que son

such as the right to social security or the right to have access to public health actions. With health care reform, which consolidates an anti-democratic political regime, citizens are transformed into mere customers whose rights are limited to the extent of their policy’s coverage. To legalize and open the possibility of re-commodifying any required medical intervention is a process whose implementation has required the application of a technique that includes, amongst other things, the systematic production of a countersense official discourse.

KEYWORDS: Health systems, neoliberal health reform, resistance cores, de-commodifying alternatives, Social Medicine and Collective Health challenges and tasks.

inherentes a un concepto tan amplio, plantean que aspirar a la consumación de un derecho como este deba ser desechado y que su defensa deba ser conservada sólo como retórica de los discursos de izquierda. Hay otra posición que es partidaria de pugnar por un derecho reducido, traducible al discurso jurídico, y medible en función de la posibilidad de las personas a ser incluidas en el complejo médico hospitalario o, en general, en algún subsistema de atención médica por la vía de un registro o cobertura formal limitada, que no es igual a tener derecho.

Sin embargo, en términos de producción de ideas y de conocimientos, evitar estas dos renunciaciones, estos dos abandonos en el área de la salud, es el principal reto de la Medicina Social y de la Salud Colectiva. En esta exposición lo que se sostiene es que conservar el propósito de hacer real el derecho a la salud funcione no solo como utopía que oriente las luchas por su conquista. Esto es,

que no se limite a ser un horizonte inalcanzable que solo sirve para orientar los siguientes pasos, sino que además de funcionar, en el mejor de los casos, como motor para estimular la lucha social, lo que se propone en este trabajo es que se asuma el desafío, especialmente atribuible a la academia médico social y de salud colectiva, de convertir a la salud en la base *productora de sentido de todo nuestro quehacer profesional*. El compromiso es volverla en plataforma y guía que señale todo lo que ha de ponerse en cuestión de nuestras apuestas conceptuales, frente a los contextos que la amenazan de manera muy álgida, y que este concepto sirva para medir y vigilar nuestra lista de pendientes.

Es decir, la producción de salud (en su más amplia acepción posible) y la defensa del derecho a la salud habrán de ser el referente que califique nuestras prácticas cotidianas. Siendo ese el mayor reto, analizar la reforma estructural que transformará lo que se ha denominado el Sistema de Salud en México, toma mayor complejidad que discutir los fondos y las estadísticas epidemiológicas, aunque no la elude. Pero más allá de ello, pasa además por desmontar los engaños que cargan el conjunto de políticas implementadas y las promesas propuestas para justificar las reformas; e increpa los límites conceptuales que se han asumido a causa de las necesidades que han planteado los contextos de producción teórica funcionales al sistema, plenas de las lógicas empresariales impuestas a los espacios académicos, de gobierno y que inclusive han permeado las agendas de algunos movimientos sociales.

Los límites conceptuales

El Sistema de Salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal

objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud” (OMS, 2003:117). Sin embargo, cuando se analizan los sistemas de salud, lo que se valora es cómo se atiende a los enfermos y sus enfermedades (SS, 2002: 146). Este primer asunto, hace que se interpreten como si fueran cuestiones distintas el “derecho a la Protección de la salud” (entiéndase atención médica de las enfermedades) y la seguridad social, con el riesgo de segregar esta última y manejarla como si fuera ajena al Sistema de Salud. En el documento citado de la OMS, inclusive diferencia entre Sistema de Salud (SS), Sistema de Atención Sanitaria (SAS) y Atención Primaria de la Salud (APS), dejando claro que el SAS es a los componentes del Sistema de Salud, como la APS es a las estrategias de Salud pública y la adición de ambos constituyen el Sistema de Salud, es así que al SAS le adjudica como componentes del sistema a “las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención de salud a los individuos”, y aclara que cuando la OMS evalúa el Sistema Nacional de Salud, lo que mide solamente es el Sistema de Atención Sanitaria.

Finalmente, el mismo texto fundamenta la necesidad de estudiar el Sistema de Atención Sanitaria, ya que los dispensadores de atención sanitaria suelen participar en la promoción de entornos favorables a la salud en la comunidad; otra manera de entenderlo es, “a pesar de que estos elementos son en realidad solo una fracción del Sistema de Salud”, con lo que reconoce tácitamente que este último implica mayor amplitud. En el texto se refuerza esta idea al plantear que “...esta relación entre la función de atención a los pacientes y la función de salud pública constituye uno de los rasgos definitorios de la atención primaria” (OMS, 2003: 117). Es decir, también de manera implícita, la OMS reconoce a la APS, como un elemento más del Sistema de Salud.

Este es el primer nudo a plantearse para generar una agenda política clara, porque el Sistema de Salud tiene responsabilidad tanto de asistencia médica (enmarcada en lo que la OMS llama el Sistema de Atención Sanitaria), como de seguridad social (SS), aunque está desdibujada, en él se forma parte de las responsabilidades del Sistema Nacional de Salud todavía reconocidas por los órganos legislativos mexicanos (Centro de estudios de las finanzas públicas, 2013 y Lomelí V L, 2000), pasando por las acciones de salud pública, éstas dos últimas (SS y Salud Pública) profundamente vinculadas con la APS, como estrategia de organización social capaz de reducir las desigualdades en salud.

En el terreno político, por otro lado, el Sistema de Salud, aún en su acepción reducida al sistema de atención sanitaria entendida como instituciones médicas, es sobre todo un campo donde se cristalizan -y a veces se resuelven- contradicciones sociales centrales, como la producción colectiva de riqueza que no se distribuye colectivamente, sino que se acumula en propiedad privada¹, por lo que es una arena de disputa ideológica permanente, de tal modo que es uno de los espacios donde se está negociando la agenda política de las sociedades.

¿Hasta dónde puede ser una disputa ideológica la planeación, programación y atención de la gente enferma y las concepciones que se definen como dominantes respecto de las enfermedades de un

colectivo social? Las maneras son muchas, ya que las vías en que las culturas se ocupan de atender a sus enfermos y enfermas son diversas y además como argumenta Martínez, se configuran en un sistema al que hemos denominado sistema de atención-desatención que responde a cierta correlación de fuerzas sociales presentes en un momento histórico determinado (Hersch-Martínez, 2013: 513). A decir de Tetelboin y Cols. (2005: 75-93), esta configuración además está dada por las posibilidades de actuación que han tenido las distintas fuerzas políticas como “cosmovisiones” distintas frente a la élite dominante en un momento histórico dado. Para estos autores, las tensiones generadas en esa arena de disputa política se constituyen y pueden permitir caracterizar cada régimen de gobierno y el tipo de Estado al que corresponden.

Analizando al Sistema de Salud desde esta perspectiva, lo que entra en disputa es la reproducción, transformación o re-significación de esa cosmovisión particular propia de cada singularidad cultural construida en correspondencia con la complejidad propia de la dimensión, no sólo social, sino antropológica de una sociedad. Este es un segundo nudo, que trata de discutir los retos de la Medicina Social y la Salud Colectiva en la conformación del Sistema de Salud en el México actual y futuro. El nudo se refiere a la imperante necesidad de ampliar el componente de atención y reducir el de desatención, mediante la integración de saberes con diálogos interculturales que diversifiquen y enriquezcan las posibilidades de resolución de necesidades de salud de las personas y las familias en las comunidades que habitan.

Con estos dos nudos o retos, podemos sostener que la construcción del Sistema de Salud es un proceso social dinámico. Esta es una tercera idea que fuerza a tener presente como reto exigir respuestas.

¹ Es la demanda diferencial de servicios médicos, donde al constatar la desigual distribución de las cargas y los beneficios de vivir en sociedad, se observa la concentran los daños a la salud en magnitud y trascendencia, en los grupos sociales que trabajan más horas con labores más desgastantes y con menos posibilidades de recuperación del deterioro que produce; es decir en el Sistema de Atención Sanitaria se puede documentar dónde hay más casos, que además evolucionan a mayor gravedad, entre otras cosas, por falta de acceso efectivo al propio Sistema de Salud. De ahí que, garantizar el acceso efectivo a los servicios, “resuelve” una parte de la contradicción, al volverse una manera de “redistribución” de la riqueza producida colectivamente.

Como producto social que es el Sistema de Salud, reformar su ser institucional, es un quehacer constante. Sin embargo, sus transformaciones no son cambios aleatorios, caprichosos, absolutos ni definitivos. Tienen que partir de lo que hay y a la vez considerar que son cambios históricos, dialécticos, relativos y momentáneos. Es importante considerar esos cuatro elementos en su complejidad, lo que nos invita a comprender que, lejos de estar argumentando a favor de un determinismo socio-históricopredestinado, las características del Sistema de Salud reflejan intencionalidades de poder. Por eso, las reformas en México presentan regularidades en las reformas implementadas en diversos países de la región (ver Cuadro 1), justamente porque en el marco de la globalización neoliberal hay grandes poderes económicos, ideológicos y culturales invertidos y en juego a escala mundial.

La descentralización se ha desarrollado con objetivos diferentes en los regímenes de Estado de Bienestar, en sentido democratizador del acceso al Sistema de Salud porque son desmercantizados y tienen por objetivo ampliar la ciudadanía, objetivo particularmente alcanzado en la tercera etapa de reformas en algunos países europeos, no en México. En los regímenes de Estado Neoliberal, la descentralización busca desarticular las funciones y fondos de las instituciones, mercantilizando la atención (Lomelí, 2000).

La cuestión del determinismo económico de quienes argumentan a favor de imponer el modelo neoliberal es que plantean que los cambios del Sistema de Salud deben ser en un sentido único y que ese trayecto es simplemente inevitable, dadas las tendencias de la transición demográfica y epidemiológica. Nada más falso. Debemos

Cuadro 1. Reformas al Sistema Nacional de Salud, respecto de la etapa de implementación del Modelo social en construcción.

	Modelo social en construcción	
Etapas de implementación del modelo	Hacia el Estado de Bienestar (De los años 30 a los años 80)	Hacia el Estado Neoliberal (1983-2015)
Reformas de 1ª generación:	Atención médica al trabajador	Introducción de cuotas de recuperación
Reformas de 2ª generación:	Atención médica al trabajador y su familia	Separación de fondos (pensiones, vivienda, desempleo, vida, atención médica)
Reformas de 3ª generación:	Atención al habitante, independientemente de su estatus productivo. No se alcanza en México, por irrupción del liberalismo neoclásico del estado neoliberal.	Universalización de paquetes mínimos de atención. Flujo de recurso público a empresas privadas. Eliminación de sistemas de seguridad social.
Formas de descentralización que establece	Descentralización vía DEMOCRATIZACIÓN/ DESMERCANTILIZACIÓN	Descentralización vía DESARTICULACIÓN/ MERCANTILIZACIÓN (Pluralismo estructurado)

Fuente: elaboración propia.

tener claro que el sistema de salud en México tiene muchas alternativas que no pasan sólo por la política de mercantilizar el derecho a la salud, sino dar paso a un sistema que de opciones a las necesidades diversas; esta situación será posible a medida que cambien las fuerzas políticas a favor de la construcción de un Sistema de Salud integrado y universal. Inventar, estudiar y fomentar esas alternativas diversas implica movilizar a todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo sea llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud de la población y ese es el camino para el pensamiento crítico en salud. De este modo, fortalecer y hacer efectivo el derecho a la salud de cada ser humano que habite la pluralidad nacional que somos, es el reto que tenemos en México y que como Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES, nos hemos propuesto históricamente como mandato medular e irrenunciable (ALAMES, 2012 y 2014).

De dónde venimos y dónde apareció la trampa

Llegamos al último nudo a tratar en este ensayo que se refiere a las estrategias de lucha y de resistencia en un marco de abandono de la formación política de la sociedad, donde la batalla de las ideas progresistas se da en un contexto de confusión generalizada, y donde prima una ética-política oficial y dominante basada en el simulacro. Estamos trabajando en el contexto de la hegemonía de lo que denominaremos el discurso antisentido.

Partiendo de la caracterización del proyecto de sociedad de Valenzuela Feijoo (Valenzuela, 2010) y del modelo del Sistema de Salud mexicano de López Arellano (López et al., 2013), ambos planteamientos presentados en el Congreso de ALAMES 2015, tenemos que en últimas décadas se ha venido estableciendo un régimen político cada vez menos democrático. La implementación

de este régimen político, y sus consecuencias en la salud de la población, se ha venido construyendo a través de la producción sistemática de un discurso oficial antisentido. Por ejemplo, en esta relación de regímenes políticos y sistemas de salud al que se hacía referencia previamente (Cuadro 1), tenemos que a través del Sistema de Salud se ha contribuido hacia la consolidación del régimen político de mercado, usando el tema de la democratización y la inclusión social como discurso. El ejemplo del discurso antisentido en el Sistema de Salud es claro. Con la entrada en 2003 del Seguro Popular² se elimina del discurso oficial a la ciudadanía objeto de derecho, la llamada “población abierta”, a ser atendido integralmente y a costa del Estado por las instituciones propias de la Secretaría de Salud, emergiendo a cambio un nuevo sujeto, los pobres, cuyos derechos se vinculan a una afiliación al SP.

Un segundo contrasentido es que cuando la agenda política de los últimos gobiernos argumenta la necesidad de reformas al Sistema de Salud para atender a más gente, lo hace bajo un discurso de universalización, que en realidad focaliza la responsabilidad de la Secretaría de Salud, a un número minúsculo de intervenciones y la reduce respecto a la responsabilidad previa que era más integral. De ahí que los cambios ocurridos en la reformulación del Sistema de Salud que institucionaliza este régimen político dominante, sea más excluyente y antidemocrático es el pensamiento crítico en salud a quien le corresponde generar espacios de intercambio de experiencias y saberes de los distintos actores sociales en salud que sean capaces de desmontar estos contrasentidos, y para

² RAE (Del lat. populāris). 1. adj. Perteneciente o relativo al pueblo. 2. adj. Que es peculiar del pueblo o procede de él. 3. adj. Propio de las clases sociales menos favorecidas. 4. adj. Que está al alcance de los menos dotados económica o culturalmente. 5. adj. Que es estimado o, al menos, conocido por el público en general. 6. adj. Dicho de una forma de cultura: Considerada por el pueblo propia y constitutiva de su tradición.

ello debe escuchar y hacer hablar a cada sujeto social involucrado: desde las personas participantes en los movimientos sociales, hasta las del ámbito académico, pasando por quienes están trabajando en los servicios de salud y en las comunidades usuarias de los servicios de salud. Estos espacios permitirán compartir experiencias y dimensionar la situación real de atención de la salud en México, así como reconstruir colectivamente las características que ha adoptado la instalación de este discurso antisentido y la política de simulación en el desmontaje de los servicios de salud del país. También, dará contenido al malestar de un México resentido por las reformas neoliberales de los últimos 30 años y actualmente cimbrado por las distintas expresiones de violencia a todos los niveles y en todos los ámbitos sociales a lo largo y ancho del territorio. Esta tarea, de politización del campo de la salud, habrá de realizarse con la intención de contribuir al entendimiento de los problemas de salud y su determinación social, así como al reconocimiento de los caminos para su radical transformación.

¿Qué otras singularidades adicionales han de tomarse en cuenta en este transformar radicalmente el Sistema de Salud en México desde lo posible a lo imposible, pendiente y muy necesario? Una muy importante es que bajo el nombre propio México, se engloba a varias naciones y culturas que han existido en medio de múltiples tensiones, rebeliones y extinciones a lo largo de su historia.

Si bien son muchas las tensiones, importa detenerse en aquella que existe desde antes de la época colonial y que ha “prevalecido” hasta nuestros días, y que se refiere a la dominación militar, política y económica que han tenido las culturas asentadas en lo que hoy reconoceríamos como la zona central del país. Esta tensión que trascendió la época de la dominación española y que durante

la conformación del México independiente definió la agenda política del periodo de la Reforma, fue reconocida y explicitada en la construcción del Estado moderno. Me refiero a la tensión entre centralismo-federalismo versus descentralización y desarrollo local.

Desde su emergencia en el Estado moderno, el federalismo se instauró en nuestra vida social como meta institucional y como proyecto político de nación. Es sabido que construir al México independiente suponía la disputa de conservar la organización monárquica-centralista contra la liberal-federalista. El México independiente, debía alcanzar, para los liberales, el federalismo. La construcción de este Estado federalista en el sector salud, sería lograda mediante procesos sucesivos de descentralización, por lo que, desde el nacimiento del Estado nacional, nos hemos enfrentado a momentos críticos de reformas en todos los terrenos de la vida política del país, incluyendo las que han definido la construcción del Sistema de Salud que hoy tenemos.

Del núcleo de resistencia por el derecho a la salud, a la politización sanitaria de la ciudadanía

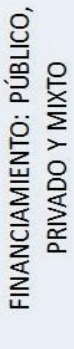
Como estudiosos/as de la distribución y determinación social de la salud, de las políticas de salud y de las características del Sistema de Salud en México, en la Medicina Social y la Salud Colectiva se comparte el diagnóstico de que hoy tenemos en la relación atención/desatención, un resultado inaceptable con predominio del segundo de ellos. Muchas de las causas de esta relación desfavorable para la atención están en las propias características del sistema que es fragmentado en su organización que impone barreras en el flujo y desarrollo de las funciones que todavía hoy le corresponde legalmente cubrir (regulación, financiamiento y servicios), así como obstáculos en las

responsabilidades que debe garantizar (asistencia médica, seguridad social y salud pública). La fragmentación, entendida como impedimento para superar las lógicas impuestas por la organización territorial (o falso federalismo) de la planeación en salud, se le suman los intrincados procesos burocráticos que impone otra fragmentación del sistema, esta vez dada por la organización de los niveles de gobierno (Federal, Estatal, Municipal-Local). Una tercera fragmentación se agrega por las dificultades asociadas a las diferencias que imprimen las dispares fuentes de financiamiento de cada subsistema, y finalmente por las responsabilidades o intervenciones que cada sistema debe garantizar a la población (Esquema 1).

Ésta fragmentación también se produce por la lógica que imprimen los subsistemas que constituyen al Sistema de Salud y le hacen comportarse segmentadamente según los grupos sociales a los que atiende, ya sea por inserción laboral como son los distintos Sistemas de Seguridad Social, o por las condiciones de vulnerabilidad específica de colectividades heterogéneas, a ser atendidas en programas concretos del Sistema que poco se relacionan entre sí. (Ver esquema 2).

Existen al menos tres grandes condicionantes de segmentación del Sistema de Salud en México. Cada elemento del Sistema trabaja aislado del resto, con sus propias lógicas, intereses, objetivos, finanzas, etcétera, muchas veces sin

Esquema 1. Ejes de fragmentación del Sistema de Salud en México.

FUNCIONES	GRUPOS SOCIALES	TERRITORIAL	NIVEL DE GOBIERNO	RESPONSABILIDADES
REGULACIÓN 	CON CAPACIDAD DE PAGO ALTA	DESCENTRALIZACIÓN TERRITORIAL Y "FALSO FEDERALISMO"	FEDERAL	SEGURIDAD SOCIAL
	CON SEGURIDAD SOCIAL			
	CON CAPACIDAD DE PAGO BAJA		ESTATAL	SALUD PÚBLICA
	CON SEGURO POPULAR			
	SIN VÍA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD		MUNICIPAL-LOCAL	ASISTENCIA MÉDICA
FINANCIAMIENTO: PÚBLICO, PRIVADO Y MIXTO 				
PRESTACIÓN DE SERVICIOS 	INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	SECRETARÍA DE SALUD, Secretarías estatales	Grandes consorcios médicos de lujo hotelero	Grandes consorcios médicos para pobres, sanatorios, consultorios de farmacia y similares

Fuente: Elaboración propia.

Esquema 2. Segmentación del Sistema de Salud en México.

PERTENENCIA A GRUPOS SOCIALES DE RIESGO ESPECÍFICO	PROGRAMAS DE ACCIÓN ESPECÍFICA, en respuesta a riesgos o necesidades prioritarias	INSERCIÓN LABORAL, CLASE SOCIAL o CAPACIDAD DE PAGO
CENSIA	CEN	IMSS
MATERNO INFANTIL	CEN	ISSSTE
INSTITUTO ADULTOS MAYORES	CEN	ISSFAM
POBLACIONES CLAVE (MIGRANTES, PRIVADAS DE LIBERTAD, JOVENES)	CEN	PEMEX
POBLACIÓN OBJETIVO DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA	PROMOCIÓN DE LA SALUD	SEGURO POPULAR
EXCLUIDOS EN LA PROGRAMACIÓN-PRESUPUESTACIÓN EN SALUD	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA / INDRE	SEGUROS PRIVADOS
POBLACIÓN SIN INSERCIÓN AL SISTEMA DE SALUD	GÉNERO	SIN ASEGURAMIENTO

1. CENAPRECE Centro Nacional de acciones preventivas y control de enfermedades. 2. CNEGySR. Centro Nacional de Equidad de género y Salud reproductiva. 3. CENSIDA. Centro Nacional para la prevención y control del VIH/SIDA. 4. Salud Mental. 5. CENAPRA. Centro Nacional para la prevención de accidentes. 6. CENADIC. Centro Nacional para la prevención y control de las adicciones. 7. Adicciones. 8. Cáncer.

Fuente: Elaboración propia.

intercomunicación entre los mismos y con interacciones de hecho, no de planeación.

Con base en esta conformación del Sistema de Salud, las propuestas neoliberales encuentran como posible solución que el Estado delegue dos de sus tres funciones esenciales al mercado, administración del financiamiento y provisión de servicios. Sin embargo, con ello se da fin a la integralidad (la no fragmentación ni segmentación del sistema), pero además se corre el riesgo de que queden desiertas o se eliminen responsabilidades que hoy tiene el Estado en materia de Salud Pública y en materia de Seguridad Social.

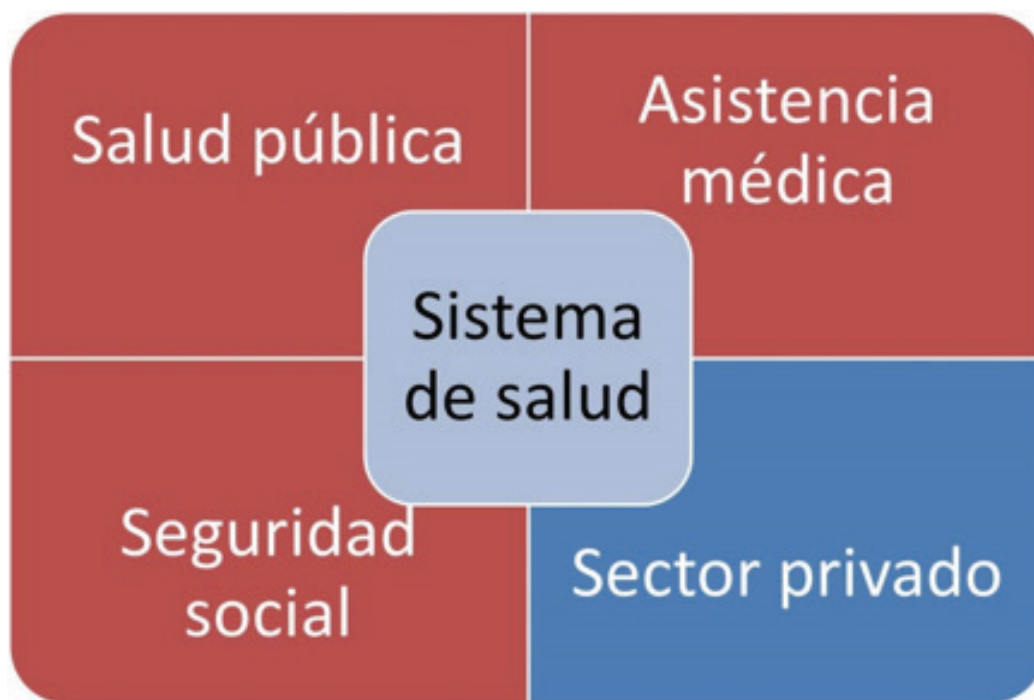
Este último punto podría ser, en realidad el objetivo máximo de la Reforma peñista de salud, además del de por sí apetecible negocio de transferir presupuesto público a la iniciativa privada desde las propias instituciones públicas de salud por las vías conocidas de tercerización, subrogación de servicios y también a través de los prestadores y administradores privados de fondos públicos.

La afirmación de que la eliminación de la Seguridad Social es el objetivo máximo de la actual reforma mexicana de salud, tiene como sustento que si bien ya es una realidad la privatización de la salud por las vías arriba mencionadas, los mecanismos

parecen apuntar a hacer inviable el sostenimiento de los Sistemas de Seguridad Social, al quedarse con la carga financiera de los contratos colectivos de trabajo, y sin posibilidad de realizar una producción eficiente de servicios, sin ningún poder de regulación para que se respeten las condiciones mínimas de funcionamiento. El objetivo de la reforma de este modo vista, es transformar la relación obrero-patronal a través de patronatos gubernamentales y una futura ley laboral que subordine a la fuerza de trabajo al interés de las empresas privadas nacionales y extranjeras. Otro elemento clave a ser problematizado en relación a lo laboral, es que al momento en que el Estado se deslinda de la función de ofertar servicios médicos, de salud pública y de seguridad social, la privatización de la educación en marcha se tenderá

a consolidar en una reforma que puede transformar de manera importante la formación de personal de salud y los espacios clínicos a favor de las universidades privadas en contra de las públicas. Ambas reformas, las de educación y laboral, son un punto nodal de articulación en el conjunto de reformas estructurales del neoliberalismo, pues permite la inclusión de la ideología neoliberal al campo de la formación de profesionales de la salud, tal como ya se ha impuesto en la educación básica y a través de transformaciones menos visibles en la educación superior pública. En tal sentido, la reforma de salud propuesta por el pluralismo estructurado, abre más la oportunidad de introducir y consolidar la reforma educativa a nivel de educación media y superior (Ver esquemas 3 y 4).

Esquema 3. Responsabilidades del Sistema de Salud en México, antes de consolidar la tercera etapa de la reforma neoliberal de salud. El color rojo representa el Sector Público.



Fuente: Elaboración propia.

Esquema 4. Impactos de la reforma neoliberal de salud en el Sistema de Salud mexicano.



Fuente: Elaboración propia.

Al armar el rompecabezas, podemos notar qué si la Secretaría de Salud se deslinda de sus funciones y responsabilidades para quedarse sólo con las de regulación, el Estado se vuelve de una institución con capacidad resolutive de los problemas de salud del país, en un órgano que controla y vigila el buen funcionamiento del mercado creciente en torno a las necesidades de salud. Dicho de otro modo, se vuelve garante ya no del derecho a la salud, sino de garantizar el derecho, constituyéndose en uno de los formuladores de las reglas y árbitro de los participantes en el mercado, construidas para favorecer el traspaso del financiamiento público y social a las empresas privadas que tampoco terminan todavía de formarse.

La ciudadanía no desconoce este camino, ya que las consecuencias de tener un Sistema de Salud fragmentado y segmentado es algo con lo que ha lidiando día con día. La población entiende que los subsistemas que coexisten se traslapan y compiten, en realidad pocas veces lo hacen en su capacidad de atención, si no en su capacidad de desatención a la salud. No hace falta decirles que estas características dan lugar a que el Sistema de Salud sea injusto, desigual, inequitativo, con duplicidades, o costoso, ineficiente y al borde del colapso, como dice el discurso oficial. Decir que esto se remediará si universalizamos el Seguro Popular, es suponer que la gente no se ha dado cuenta de que, en estos 12 años de

implementación, el Seguro Popular es una opción que empeora la fragmentación y segmentación del sistema, así como la atención. Evidentemente, la población no conoce los patios interiores del mal funcionamiento, sólo sabe que aunque su póliza explicita las intervenciones a que tiene derecho, en el momento de hacerla efectiva, no se cuenta con los insumos o se le niega el servicio. Para resolver su necesidad de atención, ha debido recurrir a las urgencias médicas, y de manera frecuente a los servicios privados u otras alternativas. Aunque al hacer explícita la información sobre la cobertura ofrece a las personas el derecho de demandar a la institución por ineficiencia o negligencia, esto no sólo no resolvió el problema, sino que además significó un endeudamiento o pérdidas de su patrimonio, además de una pérdida de tiempo, trabajo y dinero en trámites judiciales.

Así que el reto del pensamiento crítico en salud no es el entendimiento del problema que hace tanto tiempo tiene claro, sino reconocer las fuentes de transformación del mismo. Mucho se ha estudiado a las fuerzas del mercado, sus lógicas y estrategias que es una tarea permanente el seguimiento de sus dinámicas, pero ha faltado estudiar el impacto y potencialidad de las resistencias. El problema para nosotros es tener claro ¿qué hacer? Habrá que ir tejiendo las respuestas, pero una es fundamental regresar a la memoria. Una tarea es subrayar que el Sistema de Salud moderno ha sido difícilmente construido; que su ser segmentado y fragmentado ha sido un lastre, pero también nos toca resaltar que ha sido la respuesta posible del colectivo social, lo que ha resultado de la conformación histórica del país, sus luchas y contradicciones, y por eso es menester proteger al Sistema de Salud, abriendo para ello las posibilidades de transformación que lo conviertan en un recurso útil y al servicio de la población. Es por ello que debemos recuperar las propuestas a favor de nuestro interés, coincidiendo

con el de la OMS, como es movilizarnos con todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo sea llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud (OMS, 2003:117).

Evidencias del fracaso neoliberal y el reconocimiento de las resistencias a su reforma

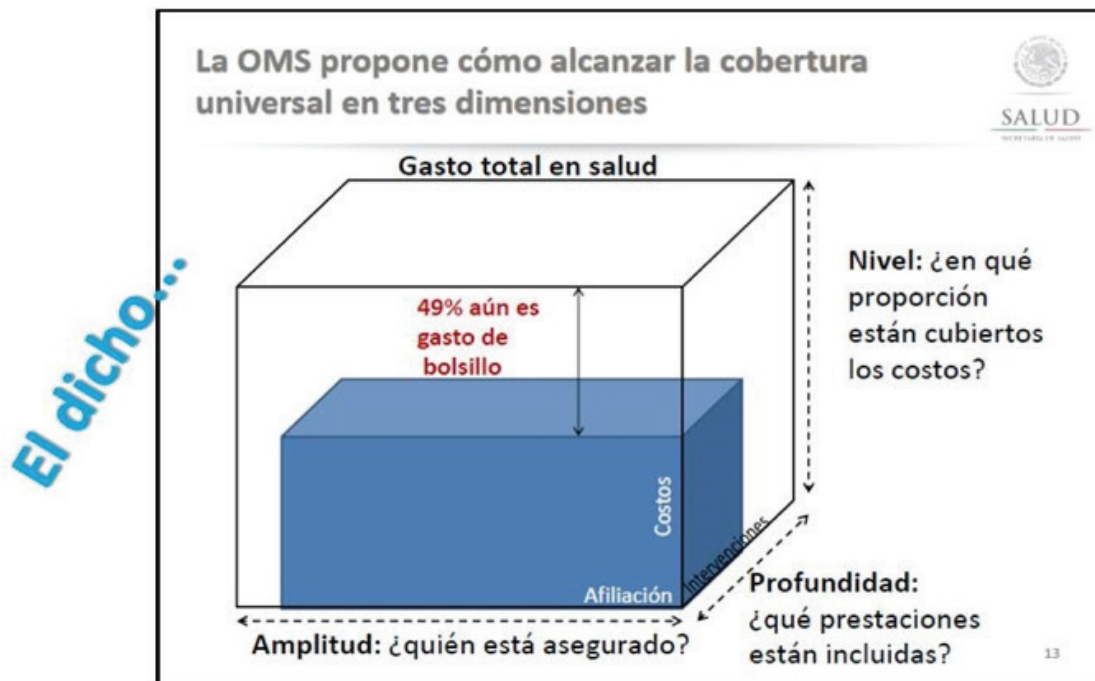
La cosmovisión del grupo social dominante es inaceptable para las mayorías. Hay evidencia de su fracaso como proyecto social y como proyecto de salud. En otros países donde se ha implementado, tanto el modelo general como en las formas de protección o de seguridad social incluidas las de salud, han sido un fracaso, y en los años que lleva implementándose en México nada ha resuelto. La evaluación empeora si además se contrasta con el alto presupuesto invertido. Claramente, cualquiera de los demás sistemas públicos de atención sanitaria habría hecho diferencias sustanciales de haber recibido la mitad del incremento presupuestal que ha tenido en los últimos dos sexenios el Seguro Popular.

Los argumentos para introducir, sostener y universalizar el Seguro Popular fueron promesas incumplidas. Se dijo que remediaría cuatro grandes problemas: 1) las deficiencias en cobertura; 2) los problemas financieros de las instituciones públicas y de las personas, reduciendo el gasto de bolsillo; 3) los retos epidemiológicos derivados de la transición demográfica y epidemiológica, altamente impactada por la epidemia de obesidad y diabetes; y 4) remediar sobre todo la fragmentación del sistema de atención sanitaria y sus consecuencias. Sin embargo, analizando básicamente la cuestión del acceso, entendida como mayor disponibilidad y accesibilidad a los servicios en términos geográficos, económicos y culturales, así como por la mayor participación comunitaria, muestra el fracaso de sus propósitos y aseveraciones. En relación a

la ampliación de la cobertura, por ejemplo, la Dra. Mercedes Juan, Secretaria de Salud del gobierno priista de Enrique Peña Nieto planteó en los Foros sobre Seguridad Social organizados en 2014 por la Comisión de Seguridad Social del Senado de la República (Senado de la República, 2014), que la cobertura universal es alcanzada si se cumplen al 100% tres dimensiones del esquema propuesto

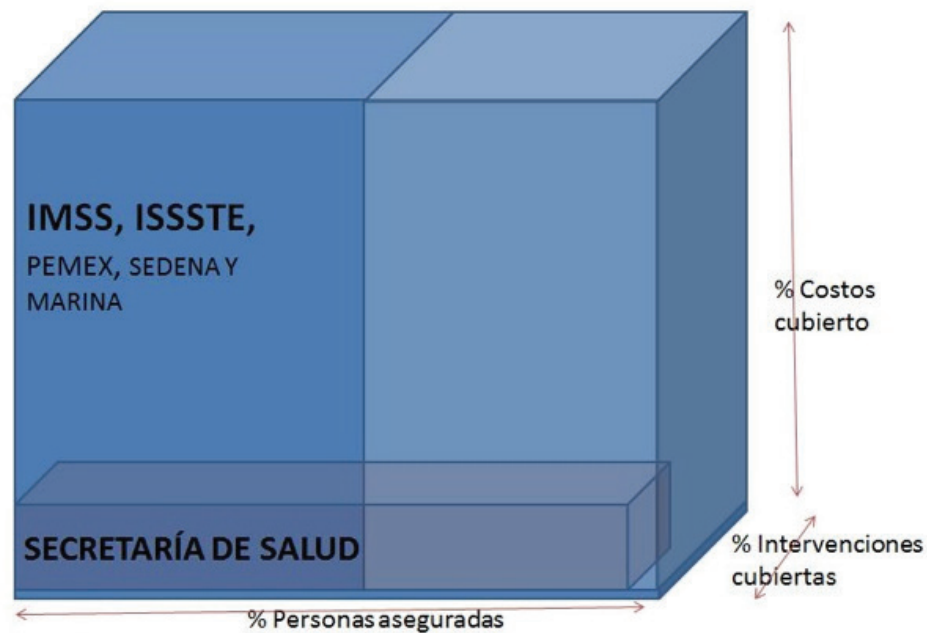
por la OPS: cobertura de intervenciones, cobertura de los costos y de la población asegurada. Sin embargo, al analizar estas dimensiones a partir de la cobertura previa a la reforma neoliberal y a la cobertura tras ésta, nuevamente denota el fracaso de la propuesta. (Ver secuencia de esquemas 5a, 5b, 5c y 5d).

Esquema5a. Seguro Popular remediaria las deficiencias en los indicadores de cobertura, que evalúa OPS.



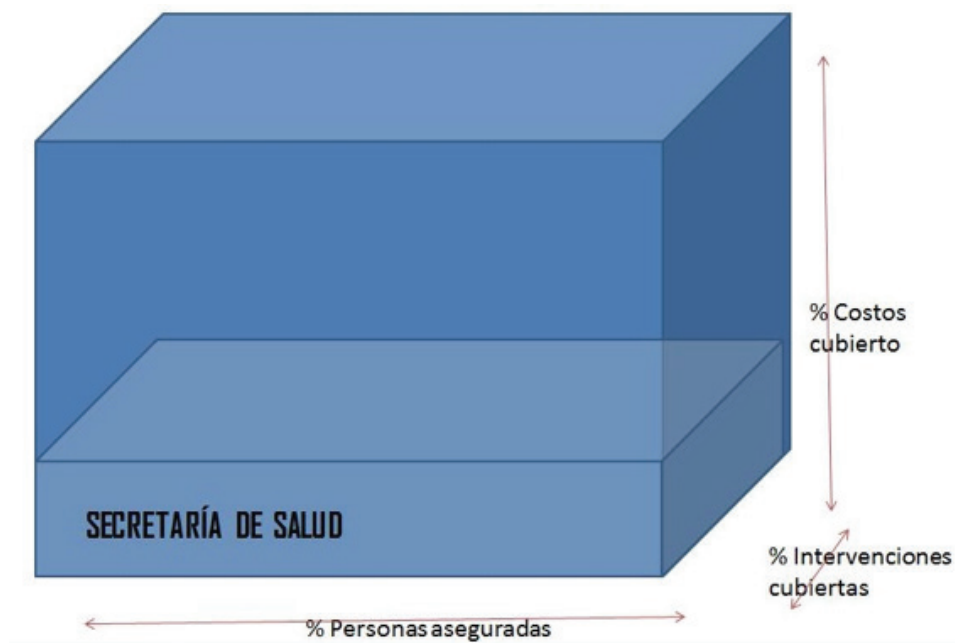
Fuente: Tomado de la imagen original presentada en los Foros sobre la Seguridad Social organizados por el Senado de la República, 2014

Esquema5b. Ejes de cobertura y deficiencias que Seguro Popular remediaría, pero tomando en cuenta la cobertura que hoy tiene la población gracias a la Seguridad Social.



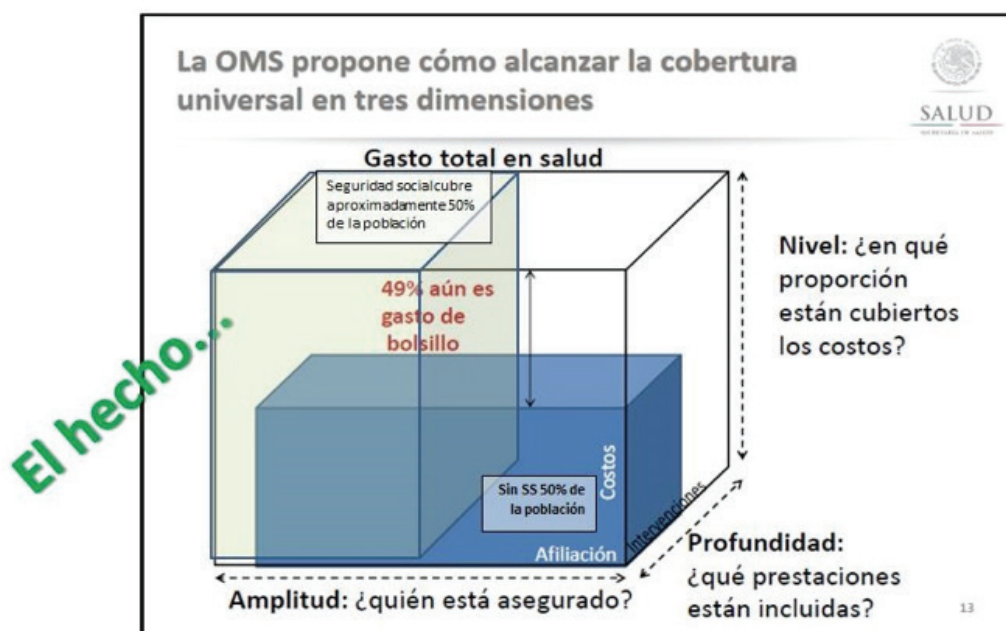
Fuente: Elaboración propia, con base en el esquema presentado por la Secretaria de Salud Mercedes Juan en los Foros sobre seguridad social del Senado de la República, 2014.

Esquema 5c. Situación cobertura tras-reforma.



Fuente: Elaboración propia con base en la crítica que se hizo al modelo de Reforma a la baja por la Dra. Oliva López Arellano en los Foros sobre seguridad social en el Senado de la República, 2014.

Esquema 5d. Universalizar el Seguro Popular empeorará la cobertura.



Fuente. Modificado del original presentada en los Foros sobre la Seguridad Social organizados por el Senado de la República, 2014.

El primer esquema (5a) muestra la imagen presentada por la Secretaría de Salud para justificar la necesidad de llevar a cabo la reforma, luego en una secuencia de esquemas se muestra lo que ocurrirá a la cobertura en términos de afiliación, intervenciones y costos en la atención, hasta llegar a la última imagen, donde al esquema presentado por la Dra. Mercedes Juan se sobrepuso la cobertura que ofrece el aseguramiento de las instituciones de seguridad social al 50% de la población. En este punto hay que aceptar que, en efecto, es una cobertura de afiliación laboral en sentido amplio de seguridad social, no sólo de acceso como la que ofrece la póliza del SP.

Las limitantes del SP para ampliar la cobertura están dadas por el recorte de la oferta a un listado completamente insuficiente de intervenciones agrupadas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y sus tres componentes, el causes 2014;

Gastos Catastróficos y Seguro Médico Siglo XXI (Secretaría de Salud, 2014). Incluso dentro de ese limitado número de intervenciones incluidas, el SP contempla reducciones adicionales que hacen del Sistema de Salud público, además de los problemas que ya tiene, se vuelva una organización institucional estructuralmente excluyente. Por ejemplo, en la página 666 del CAUSES, se explicita que el SP cubre, en la sección de gastos catastróficos, la clave I21 del CIE 10 (foto 1) correspondiente al Infarto Agudo del Miocardio (IAM), un padecimiento altamente letal y caro, por tiene dos limitantes: una es que protege si la persona tiene menos de 60 años de edad, cuando el IAM está en el grupo de padecimientos que son la primera causa de muerte en personas de 65 y más años de edad. Las enfermedades del corazón en el año 2013 causaron 87 760 muertes, 60 313 de las cuales fueron por cardiopatía isquémica (INEGI, 2015), aunque no está reportado en específico; sin

embargo, otros estudios han estimado que más del 80% se deben a IAM (Velázquez, 2007: 31-37). Al calcular la tasa bruta de mortalidad por esta causa en este grupo etareo, ésta resulta en 9.6 por cada mil personas de 65 y más años, muy alto si lo comparamos con la tasa bruta en el grupo poblacional de 45 a 64 años que es de 0.9 por cada mil personas de 45 a 64 años. La otra limitante es que, si se tiene la suerte de infartarse antes de los 59 años con 11

meses y 29 o 30 días, el SP no se compromete a cubrir el 100% del costo de los procedimientos necesarios, sino solo de alguna parte de ello. Con esta simple mirada a los datos estadísticos, queda evidenciada la fragilidad estructural del SP para dar respuesta a las necesidades poblacionales de atención médica y es rotundo el argumento de que ni mejora la eficiencia, la cobertura, ni amortigua en realidad los gastos catastróficos.

Foto 1. Catálogo Único de Servicios de Salud CAUSES 2014, Gastos Catastróficos y Seguro Médico siglo XXI, 2014.




COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD 2014



SEGURO POPULAR

COSECO

COSECO

40	CANCER EN MENORES DE 18 AÑOS	Tumores del Ojo	C69.2	Retinoblastoma
41		Sarcomas	C49	Sarcoma de Partes Blandas
42		Tumores Germinales		Gonadales
43				Extragenadales
44		Carcinomas		Diversos*
45		Histiocitosis	C96.1	Histiocitosis maligna
PACIENTE ADULTO				
NO.		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	CLAVE CIE- 10	SUBCATEGORÍA
46	CÁNCER EN MAYORES DE 18 AÑOS	Cáncer Cérvico - Uterino	CS3	Tumor maligno del cuello del útero
			D06	Carcinoma in situ del cuello del útero
47		Cáncer de mama	CS0	Tumor Maligno de Mama
48		Cáncer Testicular	C62	Seminoma / No seminoma
49		Linfoma No Hodgkin	C82, C83	Folicular / Difuso
S0		Cáncer de Próstata	C61	Tumor maligno de la próstata
S1		Tumor maligno de ovario (germinal)	CS6	Tumor maligno del ovario
S2		Tumor maligno de colon y recto	C18, C19, C20	Tumor maligno del colon Tumor maligno de la unión rectosigmoidea Tumor maligno del recto
S3	TRATAMIENTO MÉDICO	Tratamiento Antirretroviral de VIH / SIDA		
S4	MENORES DE 60 AÑOS	Infarto Agudo del Miocardio	I21	Menores de 60 años
S5	20 A 50 AÑOS	Hepatitis Crónica Tipo C	B18.2	Hepatitis viral tipo C crónica

Fuente: Secretaría de salud, 2014.

Un problema adicional es que en el CAUSES se deja muy claro de qué protege y por lo tanto deja fuera todo lo que ahí no se especifica. En el mismo caso del IAM, dice que solo cubre lo referente al inciso I21, pero no dice que cubra los demás incisos relacionados (ver tabla 1). Podría pensarse que basta con que el diagnóstico diga Infarto Agudo

del Miocardio, pero el CAUSES no dice que cubra el inciso I219, IAM, sin otra especificación, pero tampoco dice que cubra el I210 o el I211, por ejemplo. De este modo, la interpretación de la cobertura queda a la interpretación que se haga de esa clasificación.

Tabla 1. Clasificaciones diversas de condiciones específicas relacionadas con el Infarto Agudo al Miocardio, no cubiertas en el CAUSES.

I21	Infarto agudo del miocardio
I210	Infarto <u>transmural</u> agudo del miocardio de la pared anterior
I211	Infarto transmural agudo del miocardio de la pared inferior
I212	Infarto agudo <u>transmural</u> del miocardio de otros sitios
I213	Infarto <u>transmural</u> agudo del miocardio, de sitio no especificado
I214	Infarto <u>subendocardico</u> agudo del miocardio
I219	Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación

Fuente: Tomado de Clasificación Internacional de las Enfermedades 10ª Edición (CIE 10).

Tabla 2. Clasificación de los tipos de hepatitis crónica no cubiertos por el CAUSES.

B18	Hepatitis viral crónica
B180	Hepatitis viral tipo B crónica, con agente delta
B181	Hepatitis viral tipo B crónica, sin agente delta
B182	Hepatitis viral tipo C crónica
B188	Otras hepatitis virales crónicas
B189	Hepatitis viral crónica, sin otra especificación

Fuente: Tomado de Clasificación Internacional de las Enfermedades, 10ª Edición (CIE 10).

Puede argumentarse mala fe en la interpretación del catálogo, pero la lógica y razón de ser del mismo es hacer explícito el contenido del derecho, de ahí que lo señalado en torno al IAM no es un problema menor. En la misma página 6 del CAUSES, podemos analizar el caso de la cobertura que se ofrece para el diagnóstico B18.2 correspondiente a la Hepatitis viral C crónica (ver tabla 2), que representa, en este caso, el contraste, ya que no se protege contra la B18 o Hepatitis Viral Crónica, sino específicamente contra la Hepatitis C crónica y solamente mientras se tengan más de 20 años y menos de 50 años de edad, y también considerando que es una intervención contenida en el subgrupo de “Gastos catastróficos”, lo que significa que no cubre el 100% del costo.

Se puede seguir argumentando con ejemplos concretos sobre las exclusiones estructurales que

impone esta forma de organización de la atención médica, pero poco enriquece el análisis, y el argumento ya queda sentado con este par de ejemplos.

Lo que es irrefutable es que universalizar el SP empeorará el acceso y la cobertura. Con este pilar fracturado, el resto de las aseveraciones usadas para respaldar esa política, quedan derrotados como argumento. Sin embargo, esta no es una disputa de argumentos. La imposición de esa lógica y sus políticas han seguido avanzando y los elementos de resistencia a la reforma neoliberal también se han visto impregnados de las mismas dinámicas propias de un Sistema de Salud segmentado y fragmentado. Así como no hemos podido superar para el buen funcionamiento del Sistema de Salud haciendo fluir exitosamente sus funciones y llevando a cabo cabalmente sus responsabilidades, tampoco la capacidad de respuesta a las reformas

ha sido el adecuado, sino que es heterogéneo, disperso, lento y confuso. Esto, sin embargo, no niega su existencia, ni desvirtúa su avance, menos aún impide pretender aportar aprendizajes de su propio caminar.

Conclusiones y propuestas de acción. Lo que nos toca para hacer del derecho a la salud una demanda nacional y regional

En este recorrido hemos ido aclarando y sistematizando algunas cuestiones sobre qué le corresponde hacer a la Medicina Social y a la Salud Colectiva en concreto. La propuesta es construir dar cuerpo a esas ideas, proyectos y acciones, retomando los nudos analíticos para orientar las tareas y planear los aportes que desde el pensamiento crítico y la práctica en salud podríamos impulsar.

De ahí que, a modo de conclusión, las acciones concretas y estrategias tienen que ver con las siguientes ideas:

1. El Sistema de Salud debe garantizar la integralidad del derecho a la salud como “Derecho a la protección de la salud, a la seguridad social y a las acciones de la salud pública”
2. El Sistema de Salud debe incorporar el diálogo de cosmovisiones sobre las enfermedades y sus formas de atención con acciones positivas para tener mayores posibilidades de resolutivas y erradicar la desatención. Para lo que hace falta anteponer a la hegemonía ideológica, argumentos contrahegemónicos que inviten al diálogo. la contrahegemonía.

3. La construcción del Sistema de Salud, como proceso social dinámico, tiene múltiples alternativas de transformación.

4. Es urgente que en los espacios de producción de pensamiento crítico y de práctica en salud, se analicen, reformulen y propongan propuestas político-técnicas, así como estrategias de lucha y resistencia con base en el entendimiento de las dinámicas sociales propias de las diversas propuestas y la comprensión de la movilidad y articulación que se necesitan.

Las estrategias específicas para impulsar la transformación del Sistema de Salud en México:

1.-Construir una estructura organizativa flexible. Aprovechar las características propias del Sistema de Salud en la conformación de las respuestas. Lo fragmentado en su organización debe ofrecernos contención orgánica; lo segmentado en subsistemas debe permitirnos organización que entienda lo local y genere estructura organizativa que dé espacio a la articulación intersectorial. Lo anterior implica generar núcleos de resistencia con dinámicas organizativas locales, pero en sinergia para impulsar demandas generales.

2.- Jerarquizar las respuestas y reacciones ante las reformas. Para hacer posible el primer punto, es necesario identificar una agenda común que incluya a cada segmento y cada fragmento del sistema, con contenidos muy generales en la punta de las demandas y varios desgloses de pasos a seguir a nivel local para conseguir las demandas centrales. Implica identificar y organizar las demandas (Ver esquema 6).

Esquema 6. Ejemplo de organización y jerarquización de algunas demandas que articulen las resistencias.

DEMANDAS AL GOBIERNO FEDERAL					
Demandas centrales	Rescate económico inmediato de todas las instituciones públicas de Salud (destinar el 6% del PIB en salud, como sugiere OPS).	Cancelación inmediata de todas las formas de privatización (subrogación, asociación público-privada, subcontratación) ya existentes.	Homologación de servicios y prestaciones con base en el IMSS (beneficios a población usuaria y trabajadora) Incorporación de trabajadores y trabajadoras informales al IMSS, incluidas las personas contratadas por los servicios de Salud. Pagado por patrones y Estado.	Resolver el rezago de 32 mil plazas.	Participación social de las instituciones de salud y seguridad social con participación de la población usuaria y de la trabajadora.
	Producción nacional y pública de medicamentos e insumos de atención médica				
Organización de las demandas por instituciones específicas					
IMSS	Retorno de los recursos de las AFORES a la seguridad social (real) y manejo en el esquema solidario previo, no a las cuentas individuales.	DESMERCANTILIZACIÓN Cancelación inmediata de todas las formas de privatización (subrogación, asociación público-privada, subcontratación) ya existentes.	DEMOCRATIZACIÓN Recuperación de la organización sindical en las instituciones de Salud.	TRANSPARENCIA Auditoría popular en todas las instituciones de salud	ORGANICIDAD Creación de un frente nacional de usuarios, organizaciones sociales y población trabajadora de los servicios de salud y seguridad social.
ISSSTE					
SS	Cambio de Seguro popular a Atención médica y medicamentos gratuitos irrestricto, según las necesidades de atención de la población. No a paquetes básicos.				

Fuente: Elaboración propia a partir de demandas expuestas en foros y asambleas de personal de salud y organizaciones sociales como los núcleos de resistencia por el derecho a la Salud y la Alianza de trabajadores de la salud y empleados públicos 2014-2015.

3.- Cumplir con la responsabilidad intelectual y el vínculo del trabajo académico con la movilidad social y los grupos sociales activos en resistencia. Generar fundamentos y contenidos de lucha para y con los núcleos articulados de resistencia. Dado que se tiene muy bien disecadas las debilidades de la reforma de salud que se ha venido implementando y las responsabilidades que el Sistema de Salud debería cumplir, nos corresponde generar guías que ayuden a identificar y organizar las propuestas de trabajo técnico y las demandas políticas. Por

ejemplo, corresponde al pensamiento crítico en salud el discutir y definir las fórmulas en cuanto a fuentes de financiamiento que serían convenientes para el buen funcionamiento del Sistema de Salud, de modo que se consiga el ejercicio pleno del derecho a la salud de la ciudadanía en su conjunto y para cada uno/a de sus integrantes.

Nuestra labor es que en cada núcleo se tenga claro por qué la desmercantilización en el acceso a los servicios es un punto medular que discutir y defender en la reforma de salud. El debate debe permitir

decidir si la fórmula del financiamiento único, o el bipartita, o el tripartita es la que permite mejor dicha desmercantilización. Cada miembro de los núcleos debe tener argumentos para defender qué características debe permitir, proteger, promover el Estado en el ejercicio de la medicina para garantizar dicha desmercantilización. ¿El Estado habrá de optar por el ejercicio médico liberal y preocuparse prioritariamente de cómo conservarlo? ¿O por un sistema de oferta privada financiada por su cuenta? O por el contrario ¿Debe garantizar la oferta de servicios públicos accesibles para todas y todos? ¿Anteponer al ejercicio del derecho a la salud de la ciudadanía, al crecimiento económico del complejo médico industrial de empresas privadas? ¿Ofrece más ventajas que perversiones tener modelos de financiamiento mixtos (público-privado)?

Finalmente, en este tema, es necesario tener claridad de los posibles mecanismos de recaudación y la legalidad sanitaria para levantar propuestas. En la discusión sobre el financiamiento, debe ponerse énfasis en que debe optarse por formas de financiamiento que permitan que el Sistema de Salud cumpla sus responsabilidades en materia de salud pública, asistencia médica y seguridad social.

El indicador de cumplimiento de esta tarea es que en todos los núcleos puedan enunciar qué elementos de estas responsabilidades del Estado son irrenunciables, por lo que ninguna reforma debe amenazarlos y al contrario cualquier propuesta debe protegerlos y fomentarlos.

Desde la academia es clave apoyar en la identificación de los daños que la reforma trae a la condición social, laboral, familiar y personal. El personal precarizado y la población usuaria que genera esta reforma ubica a la gente en una suerte de ciudadanía de 4ª clase, población que tiene las peores condiciones dentro del Sistema de Salud,

pese a que el SP es el segmento del Sistema de Salud con el mayor crecimiento presupuestal en los últimos años (Laurell, 2013: 94-107). Debe considerarse, sin embargo, que el personal de salud cuyo trabajo ha sido precarizado por la implementación de la reforma neoliberal de la salud, es el más se beneficiaría con resistir a la reforma de salud actual y luchar por otra. Pero es el que menos posibilidades tiene de actuación política, precisamente por la inseguridad que tiene en el terreno laboral y por la falta de formación y organización crítica. Con mayor razón corresponde al trabajo de la Medicina Social y la Salud Colectiva, documentar las condiciones que el personal del SP tiene para cumplir con sus responsabilidades y contrastarlas con las que tiene el personal de salud que aún está protegido por los contratos colectivos de trabajo.

4.- Una cuarta estrategia para la transformación del Sistema de Salud en México es impulsar y promover el derecho a la información. Es momento de definir ¿qué información requerimos manejar? Como sector responsable de producir pensamiento crítico en salud, corresponde entender que la información tiene niveles y que la que se produce en nuestros espacios debe permitir a quien accede a ella, orientaciones para el desarrollo de criterios claros para la toma de decisiones y la acción. Una propuesta es hacerlo para el propio cuerpo académico, y que sea un primer nivel de organización de la información, identificando lo que debemos conocer y paralelamente generar su traducción en producción académica y de difusión, con impacto en espacios diferentes. En lo fundamental, la línea es dar a conocer las orientaciones y límites de la reforma en cada campo y su traducción en elementos claros sobre su contenido y consecuencias.

Hay trabajos muy elaborados, profundos y complejos haciendo este análisis, un ejemplo de ello es el video-reportaje titulado “Por el derecho a la salud”, producido por el laboratorio de objetos de aprendizaje (LOA) de la Universidad Autónoma Metropolitana UAM-Xochimilco que en formato de reportaje muestra los impactos lesivos y regresivos de esta reforma en salud, (Tamez y Zafra, 2015). Corresponde adicionalmente que en cada núcleo de resistencia se entienda que en concreto la reforma neoliberal consiste en crear 4 fondos: Seguro de vida, Pensiones, Desempleo, Sistema Nacional Universal de Salud), mediante la implementación de cuatro políticas: Portabilidad, Convergencia, Integración, Acceso efectivo, así como tener una descripción mínima de tales elementos. El trabajo de difusión de este tipo de información supone la politización de la población.

5.- Elaborar material de difusión que pueda usarse en estos núcleos de resistencia donde enunciemos en frases breves tres o cuatro ideas claras, como ¿por qué hay una verdadera urgencia de la movilización, participación social y articulación de todos los espacios de lucha que tengan como fin la defensa del derecho a la salud? Porque los resultados que se esperan de la reforma neoliberal de salud son catastróficos y cuáles son los ejemplos tangibles de la vida cotidiana que den cuenta de lo que ya hemos analizado a nivel macro: por ejemplo, disminuye el acceso real de las personas a los servicios y complica los mecanismos de la atención por generar mayor fragmentación del sistema; debilita los programas de salud pública; agudiza la polarización epidemiológica, lo que trae impacto en el descenso

de los indicadores de salud y enfermedad como los años de vida saludable (AVISA), por aumento de la mortalidad a edades más tempranas y complicaciones más tempranas de las enfermedades crónicas por falta de atención, control y seguimiento; destruye la seguridad social, directa e indirectamente, con precarización laboral del personal de salud, y formalización de la pérdida de derechos laborales, al universalizarse la atención con paquetes mínimos de intervenciones; aumenta los errores médicos y la criminalización de la práctica médica y de salud, en la medida que estructura que la práctica médica quede completamente descabijada de la infraestructura necesaria para la atención integral de las personas enfermas y subordina la atención de las necesidades propias del padecimiento que se presente, a las características de la cobertura que tenga cada cliente de los servicios. También es un problema la falta de insumos existentes en los servicios públicos, a pesar de lo que indiquen las pólizas como cobertura, por la falta de responsabilidad patronal en la capacitación y actualización del personal que este tipo de contrataciones conlleva. En síntesis, la reforma instaaura un sistema de negligencia institucional cuya responsabilidad ética y legal es cargada a cada profesional del ramo, no a las instituciones. Por otro lado, que es posible construir procesos de universalización de los servicios de salud alternativos al neoliberal, dejando claro en qué consiste la viabilidad de estas alternativas y las ventajas que ofrecen ante la propuesta oficial

Respecto de las alternativas desmercantilizantes, también largamente expuestas desde la corriente de la Medicina Social y la Salud Colectiva, hace

falta sintetizar y popularizar los siguientes elementos:

En la reforma del Sistema de Salud se debe buscar la autonomía de la práctica médica, entendida como la capacidad de garantizar la toma de decisiones en el ámbito del Sistema de Atención Sanitaria. En este punto se incluye alcanzar la autonomía financiera, para lo cual es menester recuperar el fondo de pensiones, que corresponde hoy en día a 14 % del PIB (CONSAR, 2014)³ de modo que todo este flujo de capital pueda ser utilizado en invertir en producción real, y específicamente, en la producción de equipo médico, insumos farmacológicos y biológicos, en vez de en la volatilidad perversa del ámbito bursátil. En este rubro, colateralmente se estarían generando empleos seguros y formales que estuviesen fortaleciendo el Sistema Público de Salud, al mismo tiempo que se estaría compitiendo en la producción de riqueza. Por otro lado, esto daría elementos para tener autonomía médica para el ejercicio moderno de la medicina, sin tener que estar totalmente supeditados a la producción de los insumos, y ceñirse a las condiciones que nos pone la importación y el pago de patentes.

Para alcanzar la autonomía de la práctica médica, es fundamental que el Sistema Público de Salud, sea realmente público; para ello es imperativo cancelar todas las formas de subrogación, tercerización de servicios, los sistemas de P y P de financiamiento de hospitales, entre otras prácticas mercantiles introducidas al Sistema de Salud que encarecen, deterioran, precarizan al personal y

las relaciones con los usuarios, y que afectan al proceso de atención.

La reforma del Sistema de Salud debe implementar la universalidad real del Sistema. Esto implica que el Estado se haga responsable de garantizar a cada ciudadano/a una *universalidad horizontal*, que implica que a toda la ciudadanía se le da el derecho a ser atendido; y *universalidad vertical* que significa que a cada necesidad de atención se le ha de ofrecer todo con lo que se cuente dentro del sistema público, independientemente de su condición de clase, de género, de pertenencia étnica, su edad, su preferencia sexual, religiosa y cualquier otro elemento de distinción cultural, social o económica.

En este sentido, cualquier reforma a impulsar, debe procurar romper los elementos productores de desigualdad social e injusticia. Es decir, se debe buscar una homologación “a la alta” de los derechos de la población, en relación a los más altos estándares de atención actuales. Es decir, con base en los derechos que hoy se tienen reconocidos para la población inscrita en los subsistemas de Seguridad Social como el IMSS y el ISSSTE. Así mismo se deben homologar a la alta las condiciones laborales del personal de salud, con base en el contrato colectivo de trabajo todavía hoy vigente en la Seguridad Social.

El trabajo ideológico propagandístico que ha hecho la élite política, defensora de las reformas neoliberales, no deja oportunidad de competencia. Legalizar y abrir la posibilidad de re-mercantilizar cualquier intervención médica asistencial requerida, es un proceso en cuya implementación se ha aplicado una técnica que incluye, entre otras cosas, la producción sistemática de un discurso oficial antisentido. Abonando a los intereses de los grandes capitales que impulsan las reformas estructurales

3 Nota de actualización de datos. En la página de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR), periódicamente se publican informes y boletines de prensa que dan cuenta del crecimiento de los fondos, un resumen se presenta en: Participación del mercado de las AFORE 2012 – 2017. (CONSAR, 2012-2017) Disponible en: <https://www.gob.mx/consar/prensa/participacion-del-mercado-de-las-afore-2012-2017?idiom=es>.

neoliberales, está el abandono de la formación política de la sociedad y sus subconjuntos además de la pérdida de sentido de las instituciones de los trabajadores, por lo que se da la batalla de las ideas en el contexto de la confusión generalizada por un lado y el simulacro como ética y política social por la parte gobernante, sea oficial o sea anónima, pero dominante, de la élite empresarial. Diríamos que, dentro de los principales retos de la Medicina Social y la Salud Colectiva están, el de desmontar dicho discurso y develar su engaño; reconocer el conjunto de elementos de resistencia al mismo; y apostar por la politización sanitaria de la población al ir alimentando con la ciudadanía los argumentos, con objetivos claros y mecanismos articuladores eficientes que abonen en la defensa del sistema público de salud, la estructura y dinámicas organizativas y las responsabilidades sociales identitarias del propio sistema público de salud.

Es una obligación ética y moral, especialmente de quienes nos formamos en las instituciones públicas de educación, producir conocimiento crítico también para ejercer ciudadanía. Como dijimos antes, el Sistema de Salud es uno de los muchos espacios estratégicos donde se está negociando la agenda política de las sociedades por el impacto que tiene en la vida cotidiana. Por eso la reforma en este sector, es una oportunidad, donde la gente puede por fin levantar cabeza, articularse y generar respuestas efectivas.

Sin embargo, no hay que cejar en esta defensa del derecho a la salud en el país y en todo el continente. De ahí que digamos: La salud es un derecho humano fundamental, no una mercancía. Tenemos derecho a tener un Sistema de Salud público, universal, único, gratuito y garante.

Referencias bibliográficas

- ALAMES. (2014). *Declaración pública del XIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva*. ALAMES, San Salvador, El Salvador, 2014. Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/declaxii.pdf>.
- ALAMES. (2012). *Declaración del XII Congreso de ALAMES*. ALAMES, Montevideo, Uruguay, 2014. Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/declaracioncongreso.pdf>.
- Centro de estudios de las finanzas públicas. (2013). *Indicadores sobre Seguridad Social en México. LXII Legislatura, Cámara de diputados. México*. Disponible en línea: <http://www.cefp.gob.mx/indicadores/gaceta/2013/iescefp0152013.pdf>.
- Comisión nacional del sistema de ahorro para el retiro CONSAR. (2014). *Panorama actual 2014*. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60287/2014_08_sar_panorama_actual.pdf.
- Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR, 2012-2017). *Participación del mercado de las AFORE 2012 – 2017*. Disponible en: <https://www.gob.mx/consar/prensa/participacion-del-mercado-de-las-afore-2012-2017?idiom=es>.
- Hersch-Martínez, P. (2013). Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud Pública*. México Vol. 55(5):512-518. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n5/v55n5a9.pdf>.
- INEGI. (2014). *Principales causas de mortalidad en México, 2013, en personas de 65 y más años*. Estadísticas de mortalidad. Consultado en junio de 2015 y disponible en línea en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>.

- INEGI. (2014). *Principales causas de mortalidad en México, 2013, en personas de 45 a 64 años. Estadísticas de mortalidad*. Consultado en junio de 2015 y disponible en línea en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>.
- Juan, M. (2014). *Sistema Nacional de Salud Universal 2013 – 2018. Semana de la Seguridad Social Senado de la República*. Disponible en: http://www.senado.gob.mx/comisiones/seguridad_social/docs/Mesa05_2.pdf.
- Laurell, A. (2013). *Impacto del Seguro popular en el Sistema de Salud Mexicano*. CLACSO, Argentina, 170 pp.
- Leal, G. y Martínez, C. (2002). Reorientaciones en la política de salud y seguridad social. *Papeles de Población*, vol. 8, núm. 34, octubre-diciembre. Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11203403>.
- Lomeli-Vanegas, L. (2000). La reforma de la seguridad social en México: del sistema de reparto al sistema de capitalización individual. En Rolando Cordera y Alicia Ziccardi coordinadores, *Las políticas sociales de México al fin del milenio. Descentralización, diseño y gestión*, Miguel Angel Porrúa, México.
- López, A. O., Tetelboin, H. C., Jarillo, S. E.; Garduño, A. M.A., Granados, C. J. A., López, M. S. y Rivera, M. J. A. (2013) La universalización del acceso a la atención médica y a la salud desde la salud colectiva y los derechos. En: *Cobertura Universal en Salud, Lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. OPS, 2013 pp 265-281.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Capítulo 7: Sistemas de salud*. En: Informe sobre la salud en el mundo 2003. OMS 116-146. Consultado en línea 10 de junio de 2015, disponible en <http://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/>.
- OMS. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000: = Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra.
- Secretaría de Salud. (2014). *Catálogo Universal de Servicios de salud 2014 CAUSES*. México. Disponible en <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/Contenidos/CAUSES%202014.pdf>.
- Secretaría de Salud. (2002). *Desempeño de los sistemas de salud*. En: Salud, México, 2002, pp 146-160. Consultado el 12 de junio de 2015 y disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/presentacion.pdf>.
- Secretaría de Salud. (s. f.) *Lista mexicana de enfermedades para la selección de las principales causas*. Consultado en junio de 2015 y disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/lista_mexicana.pdf.
- Senado de la República. (2014). *Inauguración de la semana de Seguridad social 2014*. Publicado en línea el 21 de abril de 2014. Disponible en internet en: <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/versiones/12159-inauguracion-de-la-semana-de-seguridad-social-2014.html>.
- Tamez, G. S. y ZAFRA, G. X. (2015). *Por el derecho a la salud. Video-reportaje. Laboratorio de Objetos de Aprendizaje (LOA), Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco*. Abril, 2015. Disponible en línea en: https://www.youtube.com/watch?v=skb_1kM9ZeA.
- Tetelboin, C., Granados, J., Tournier, N. y Tavernier, P. (2005). Alternancia y política de salud en México. *Estudios Sociológicos*. vol. XXIII, núm. 67, enero-abril, 2005, pp. 75-93. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/598/59811838003.pdf>.
- Valenzuela, F. J. (2010). *Economía mexicana: estancamiento y crisis*. Metapolítica. Vol 14 No. 69, abril-junio, 2010. páginas 46-53. Disponible en: https://issuu.com/revistametapolitica/docs/metapolitica_69.
- Velázquez, M (2005). Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. *Archivos de Cardiología. México*.