

Editorial

El presente número de la Revista Salud Problema aparece con retardo tras el fin de la huelga más larga de la historia de la Universidad Autónoma Metropolitana iniciada a sólo dos meses del comienzo del Gobierno de la IV Transformación que la apartó de sus interesantes primeros meses de desarrollo.

El presente número contiene en primer lugar, el artículo de Raquel Irene Drovetta “Profesionales de la salud y el estigma del aborto en Argentina. El caso de la Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir” que incursiona en un tema fundamental, los estigmas, tanto en la selección que realizan los usuarios respecto del lugar y el personal dónde realizarse un aborto, así como también los existentes en las instituciones y en el personal que los realiza, afectando la certeza, seguridad y transparencia de éste procedimiento para acceder al aborto legal en el sistema de salud de Argentina.

El siguiente artículo “Condicionantes del acceso a tratamiento del abuso de alcohol en instituciones de carácter público en México. Diferencias por género” de Nancy Araceli Méndez-Romero y Luz María González-Robledo, se trabaja a partir de un estudio cualitativo de entrevistas y participación en un grupo de mujeres de Alcohólicos Anónimos, las barreras de acceso al tratamiento del abuso o dependencia alcohólica (alcoholismo) en instituciones especializadas de salud de carácter público en mujeres y hombres, concluyendo que las primeras sufren mayor discriminación y estigmatización por la familia, la sociedad y de los prestadores de servicios de salud, así como mayor rechazo institucional que los hombres. También muestra la falta de protocolos de tratamiento con perspectiva de género.

El avance de Investigación de Lukasz Czarnecky, Delfino Vargas y Carolina Tetelboin “Depresión y diabetes en México. Una relación a explorar desde las ciencias sociales”, plantea el desarrollo de la parte cuantitativa de un trabajo más amplio realizado desde una perspectiva teórica e histórica particular. Se trata de un acercamiento novedoso para la aproximación a la diabetes que explora de manera cualitativa y cuantitativa las relaciones entre los procesos sociales y emocionales con la producción y reproducción de la diabetes en mujeres en dos comunidades socioeconómicamente distintas, la ciudad de Tuxtla Gutiérrez en Chiapas, y de Monterrey, Nuevo León. Los resultados cuantitativos demuestran una alta correlación entre depresión y diabetes.

El ensayo de Héctor Alemán Martínez “Crítica de la razón compleja a la noción capitalista de la evolución como el motor de la historia” representa una preocupación que está siempre presente en la tradición de la Medicina Social y la Salud Colectiva latinoamericana a nivel teórico. Los intentos de interpreta-

ción desde las diversas perspectivas teóricas de cuál es la razón que motiva los cambios o la transformación en la sociedad, para lo cual se requiere una comprensión del movimiento social de cada época del desarrollo humano. En tal sentido el presente ensayo desarrolla una crítica desde la perspectiva de la complejidad a la concepción capitalista de la evolución como el motor de la historia, vinculando el evolucionismo como discurso sociopolítico con el liberalismo capitalista y el determinismo biológico como una construcción social al servicio de un orden social determinado.

Finalmente se presenta la reseña “Un cincuentón ¿fracasado?” de Andrea Angulo Menassé sobre el evento en el Centro Cultural Universitario Tlatelolco para recordar y sacar lecciones sobre el asesinato de los estudiantes asesinados en la Plaza de las tres culturas en 1968. En un conmovedor y sensible relato, la autora nos confronta con las sensaciones que la memoria puede dar oportunidad de ofrecer a las generaciones actuales.

En último lugar, se entregan informaciones relevantes para los lectores:

XXX Congreso de la Asociación Latina para el Análisis de los Sistemas de Salud, “Cultura y transformación de los sistemas sanitarios. Las transformaciones de los sistemas de salud”, a llevarse a cabo en Montreal, Canadá, 22 al 24 de agosto.

VII Congreso Nacional de Medicina Social y Salud Colectiva, “El derecho a la salud: un desafío para el México actual”, a llevarse a cabo en Zacatecas, México, 23 al 25 de octubre.

XXXII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, “Hacia un nuevo horizonte de sentido histórico de una civilización de vida”, Lima, Perú, 1 al 6 de diciembre.

Declaración pública del XV Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva “Saber y poder popular en la conquista del derecho a la salud y la vida. Transformación social para el vivir bien”, realizado en La Paz, Bolivia, octubre de 2018.

De esta larga huelga se puede hacer la siguiente síntesis: el Sindicato Independiente de trabajadores de la UAM (SITUAM) acordó una huelga con escasa participación y con poca diferencia de votos de los representantes sindicales, para resolver dos causales: las afectaciones al salario sufridas por los trabajadores durante los últimos 20 años de políticas de ajuste fiscal y control salarial neoliberal que provocó la pérdida del 80% del poder adquisitivo del salario, sin dar oportunidad para preparar mejores condiciones para un programa de discusión en las nuevas condiciones; y por violaciones al contrato colectivo, cuestión que al parecer no se atendió convenientemente por las instancias sindicales frente a las rectorías desde la última huelga hace 12 años. Respecto de la primera causal, la universidad no movió su oferta inicial de 3.35% directo y 3% al tabulador para los administrativos y profesores de tiempo parcial y medio tiempo durante todo el proceso de la huelga, no obstante reconocer la justeza de las demandas, argumentando la falta de recursos dado que cumple sus funciones vitales sólo con el 14% del presupuesto que recibe de la hacienda pública, mientras el 86% se orienta a salarios y prestaciones. La

huelga evidenció el tema estructural que está a la base de las diferencias salariales desde la instalación de los estímulos a los académicos, además de las diferencias respecto de los salarios de las autoridades; también evidenció las diferencias de trabajo real y simulación al interior de la comunidad que da argumentos a la universidad para la contratación de personal de confianza; los diversos efectos de la política de estímulos que debilitó la participación de los académicos no sólo al interior del sindicato sino también de la vida académica; en decir, existe la necesidad de fortalecer las instancias de participación y reflexión, la necesidad de democratización, transparencia y operación real de las estructuras universitarias y sindicales, la existencia y eliminación de privilegios, así como la defensa y respeto al contrato colectivo que nos rige en el marco de las nuevas relaciones sociales del nuevo gobierno nacional.

El gobierno actual es producto de un largo proceso de luchas por la democratización del país. Los hitos más significativos de este proceso, después de la reforma política de 1977 que abrió las puertas a la competencia política democrática controlada desde el Partido Revolucionario Institucional (PRI), en la “caída del sistema” electoral en 1988 que dio el triunfo a Carlos Salinas de Gortari en vez de Cárdenas, iniciándose formalmente el neoliberalismo y la inserción del país en el mundo con el TLC afectando la producción interna; el asesinato de Colosio, sucesor de Salinas para el sexenio siguiente, y el Gobierno de Zedillo que surge en medio del sorpresivo levantamiento Zapatista en los albores de 1994 que pone sobre la mesa la cuestión indígena como problema social olvidado y pendiente, y abortado en el no cumplimiento de los Acuerdos de San Andrés; la fallida transición hacia la derecha del gobierno del Partido de Acción Nacional (PAN) en el 2000 que saca después de 70 años al PRI de la presidencia a través del “voto útil” que demostró la adopción del modelo priista de gobernar de corrupción y privilegios. La continuidad del PAN con Calderón impuesta por fraude electoral de 2006 contra el actual presidente de México, que utilizó al ejército para legitimarse poniendo a prueba una estrategia fracasada que no atendió las causas estructurales sino profundizó la crisis de seguridad sacando al ejército a las calles para combatir al narcotráfico con graves consecuencias para la extensión de la violencia con muertes de civiles inocentes, desapariciones, creación de fosas clandestinas y un clima de inseguridad generalizado. La vuelta del PRI al gobierno con Enrique Peña Nieto logró, a través de la alianza el “Pacto por México” comprometió a los tres principales partidos en el congreso (PRI, PAN, y PRD) para la aprobación de 11 reformas privatizadoras, entre las más significativas la Reforma Energética, la ley de medios, la educativa, y a la vez profundizó la corrupción y el abuso de poder contra el erario público.

En salud, éste recorrido se caracterizó por la aplicación de una política pública de privatización de lo público y de fomento de la empresa privadas en salud. Sus hitos provienen desde la crisis fiscal de fines de los 70s que inicia la reducción del presupuesto público y cambios en la gestión, la aplicación de criterios de racionalización y articulación de las instituciones públicas, la emergencia de la idea del sistema nacional de salud para articular no sólo lo público y la seguridad social sino la incorporación del sector privado; el cambio al artículo 4to. Constitucional que establece el derecho a la salud, y los primeros intentos de descentralización; más tarde, la extracción de las pensiones de las instituciones de seguridad social, la gran fortuna de capital social del IMSS que se privatiza en 1994 y del ISSSTE en 2007, para objetivos del desarrollo nunca logrado, afectando los recursos para la atención médica y las condiciones de los futuros jubilados; introducción de mecanismos de copago, tercerización, compra

de servicios y corrupción y falta de transparencia en los sistemas de compra especialmente de medicamentos, introducción de mecanismos de gestión empresarial, produciendo una significativa pérdida de sentido en los objetivos de las instituciones de seguridad social y de salud públicas. Finalmente, en el gobierno del PAN, la reforma posible al eslabón más debilitado del sector, la Secretaría de Salud (SS), con la creación el Seguro Popular (SP) y el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que media entre sistemas distintos como el de seguridad social y el modelo privado de seguro, el primero para el control de las cuotas obrero patronales y el segundo para la atención por riesgo, cambiando la lógica histórica de la atención pública por necesidad a un paquete de prestaciones básicas, el CAUSE, atenciones catastróficas, convirtiendo a la Secretaría de Salud en reguladora de distintos prestadores y sin control pleno del financiamiento compartido con el nuevo seguro.

Este periodo que va desde 1988 a 2018 finalmente cristaliza en una crisis de legitimidad del sistema político que permitió el triunfo holgado del nuevo Partido Morena, heredero también de una parte importante de las luchas históricas por la democratización del país, junto a nuevos aliados. La 4ta. Transformación iniciada el 1 de diciembre del 2018 se define como un gobierno antineoliberal, de austeridad republicana, soberano, que se propone poner fin a la corrupción, los privilegios y abusos de poder de los servidores públicos devolviendo al Estado su papel y privilegiando el impulso a lo público; por otro, redistribuir la riqueza nacional creando nuevas fuentes de empleo públicas, sociales y privadas, y otorgando subsidios a la población sin oportunidad como los jóvenes, los adultos mayores, y la población de menores ingresos. Se podría decir que se trata de un esfuerzo de regularización nacional después de treinta años de pérdidas en amplio sentido de la cuestión pública, la soberanía y el manejo de recursos. Sin embargo, el proyecto de cambio se ha encontrado con un estado de cosas tanto en las instituciones y programas más allá de lo esperado, que ha retrasado la aplicación de la nueva política pública. También, han ocurrido diversos traspiés atribuidos a los cambios en la forma de conducción de la cuestión pública, aplicación excesiva y pareja de la austeridad, precipitación de algunas medidas, inexperiencia, y la intervención de hacienda en el control directo en cada sector, que requieren ajustarse, corregirse y evitarse a futuro para no afectar la operación institucional, especialmente derechos humanos ya consagrados u otros nuevos en desarrollo. En salud, el proyecto inicial de precampaña se orientaba hacia la formulación de un sistema universal de salud de centralidad pública, fortaleciendo y recuperando el papel de la Secretaría de Salud como cabeza de sector junto a la Seguridad Social como ejes del sistema de salud y a su gradual integración funcional hacia la universalización; desaparición del Seguro Popular revirtiendo la dualidad de operación al interior del sistema público para usuario del SP con derechos limitados pero financiados respecto de los usuarios históricos en ventanillas sin medicamentos por ejemplo; regularización del personal del Seguro Popular para su integración al nuevo sistema; mejora de la calidad de los establecimientos públicos.

Sin embargo, la realidad supera las expectativas y se observan las primeras situaciones críticas, y a la vez adecuaciones para su superación, entre ellas, la aplicación de la compactación administrativa en el sector público de salud que tenía como plazo el 31 de mayo, y que provocó falencias en los Institutos Nacionales y Hospitales de Especialidades, además de una huelga de personal médico en formación de especialidades por falta de pago y un bono descontado de sus becas. Se resuelve al quedar su aplicación

sin efecto a partir de un memorándum del Presidente de la República que expresa respeto absoluto a las actividades médicas, al funcionamiento de los institutos, y para que el Sector Salud no sea vea afectado con ningún despido <https://www.milenio.com/politica/recorte-presupuestal-salud-hacienda-desconge-la-mil-200-mdp>. También el Secretario de Salud ha declarado recientemente que 250 hospitales, clínicas y centros de Salud, 150 de ellos en Oaxaca, Veracruz y Jalisco, pertenecientes al sector salud están a medio construir y abandonados por gobiernos federales y estatales desde hace años. <https://www.milenio.com/politica/concentran-tres-estados-casi-la-mitad-de-hospitales-inconclusos>.

Dentro de la planificación de la Secretaría de Salud hasta el momento se ha avanzado en la definición del programa prioritario del Presidente, la Atención a la Salud (Médica) y Medicamentos Gratuitos, para lo cual el 14 de diciembre de 2018 se firmó en Mérida, Yucatán, el “Acuerdo para hacer Efectivo el Acceso a la Atención Médica y Medicamentos Gratuitos de la Población sin Seguridad Social”, que plantea la federalización o recentralización de los servicios estatales de salud con la finalidad de mejorar gradualmente la atención a la población sin seguridad social. Esta medida se adopta ante la situación crítica de los servicios de salud particularmente en los 8 estados del sureste del país, donde se da inicio al proceso de centralización, aunque se extenderá más adelante a los demás estados donde seguirá por el momento en operación el Seguro Popular.

El modelo se basa en la “Atención Primaria de Salud Integral o Renovada (APS-I) según la OPS”, anclada en el Primer Nivel de Atención y en las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Para su cumplimiento se ha realizado inicialmente en los 8 estados seleccionados un diagnóstico sobre las unidades de salud a través de un “Censo Estratégico llenado en las propias unidades, un rastreo en campo y una “auditoría médica” de los hospitales con más de 30 camas” a fin de planear la intervención, realizar una priorización y el análisis de las necesidades específicas en cada una de estas entidades federativas para posteriormente priorizar la asignación de recursos para el fortalecimiento de la infraestructura, instrumental, equipamiento, medicamentos, recursos humanos y programas de mejora (SIDSS, 2019: 5). “La propuesta es construir de abajo hacia arriba fortaleciendo en primer lugar los establecimientos de Primer Nivel de Atención a fin de que puedan brindar los servicios básicos e integrar las redes de servicio a partir de las necesidades identificadas en ese nivel, lo que llevará a intervenciones para mejorar las condiciones de operación de los niveles de mayor complejidad de atención (segundo y tercer nivel) que complementen el trabajo de la base de la pirámide” (SIDSS, 2019: 17). Hasta el momento se cuenta con el primer análisis de los estados de Veracruz, Tabasco, Chiapas y Oaxaca. Para el segundo y tercer nivel de atención se tiene el procesamiento inicial de la información del Censo para determinar la eficiencia en el uso del equipamiento y los recursos existentes por unidad hospitalaria. También se han realizado visitas a “diferentes hospitales de segundo y tercer nivel, incluidos los de alta especialidad en los estados de Chiapas, Tabasco, Veracruz, Yucatán y Oaxaca, detectándose irregularidades consideradas graves en término de mantenimiento de equipo médico de alto costo, equipo embalado o abierto sin estar en operación, áreas sin utilización, bajos niveles de ocupación sobre todo en los de alta especialidad, donde se trabaja hasta con la mitad de las camas registradas, saturación de algunos de los servicios de urgencias, y sobre todo sin procesos bien definidos, lo que pone en riesgo a los pacientes en términos de su seguridad. Los mismos resultados se reportan en el IMSS y en el ISSSTE” (SIDSS, 2019: 18).

Se trabaja también en la definición del nuevo modelo de Centro de Salud de 6 núcleos, considerado como modelo “intermedio” en esta categoría de unidades de Primer Nivel de Atención (SIDSS, 2019: 18); en el cambio del concepto de cuadro básico a cuadro institucional “que responde a las necesidades reales por niveles de complejidad de los servicios, y que da respuesta integral a las patologías de una población” (SIDSS, 2019: 9 y 10), así como “abasto crítico” “que se refiere al tipo de medicamentos que nunca debe faltar en ningún centro de salud porque pone en riesgo el control de los padecimientos críticos, como diabetes e hipertensión ..., a la vez que su existencia en los servicios debe ser medida sistemáticamente en el territorio como un indicador importante de calidad y oportunidad de la atención” (SIDSS, 2019: 10).

Carolina Tetelboin Henrion