



Horizonte Sanitario

ISSN: 1665-3262

horizontesanitario@ujat.mx

Universidad Juárez Autónoma de
Tabasco
México

Heras Gómez, Antonio

Protección Social en Salud: entre el feudalismo institucional y la garantía constitucional.

Una agenda de transición posible

Horizonte Sanitario, vol. 11, núm. 2, mayo-agosto, 2012, pp. 16-28

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Villahermosa, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457845141002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Protección Social en Salud: entre el feudalismo institucional y la garantía constitucional. Una agenda de transición posible

Antonio Heras Gómez *

ENSAYO

Fecha de recibido:

04 de julio de 2012.

Fecha de aceptación:

28 de agosto de 2012.

DIRECCIÓN PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA

Coordinación de Asesores. Secretaría de Salud
Estado de México, Toluca, México

Correo electrónico: antonio.herasg@gmail.com

*Maestro en Ciencias Políticas. Ha sido Director General de Políticas de Salud, Coordinador de Asesores del Seguro Popular y Director General Adjunto de Calidad en Salud en la Secretaría de Salud del Gobierno Federal.

RESUMEN

Se analizan las restricciones existentes para un sistema único de salud en México. Se revisan los límites del derecho constitucional a la salud, el papel desarrollado por el seguro popular, las experiencias de integración funcional del sector salud y una revisión del concepto de universalización de la atención a la salud. Se concluye con la agenda posible en relación con los derechos, el financiamiento y la voz de los ciudadanos.

Palabras clave • Protección social, Salud.

SUMMARY

Social protection in health: between the institutional feudalism and the constitutional right. A possible transition agenda

The existing restrictions are analyzed for the only system of health in México. We review the boundaries of constitutional right to health, the paper developed by the popular insurance, functional integration experiences of the health sector and a review of the concept of universal health care. He concludes with the possible agenda in relation with the rights, the financing and the voice of citizens.

Key words • Social protection, Health.

INTRODUCCIÓN

Hay que felicitarse por ese elemento de progreso que ha representado el que en las propuestas de los candidatos a la Presidencia de la República en México el tema de universalización en salud haya sido un común denominador. Lo perentorio, es precisamente construir un Sistema de Protección Social en Salud (1) que de manera inequívoca establezca el derecho a la salud como un derecho ciudadano (2). El enfoque que se adopta aquí de lo que se denomina “Protección Social en Salud” es, de acuerdo a la taxonomía de Munro, (3) el que lo vincula a la protección de los derechos por parte del estado. Conviene hoy revisar algunos de los aspectos que apoyan este itinerario identificando las disfunciones que lo restringen y planteando un camino factible e impostergable.

El derecho a la protección a la salud: una proclama al viento en un paisaje atomizado. Nuevos derroteros

La arquitectura constitucional en salud actualmente vigente, resulta profundamente equivoca y contradictoria. La Constitución mexicana busca un imposible equilibrio entre una concepción vanguardista de protección social en salud que se dirime en el artículo 4 constitucional y el resabio de una visión tradicional de la seguridad social que vincula prestación de servicios médicos al encuadramiento obligatorio e inserción en el mercado de trabajo público o privado (art. 123). Inestable equilibrio entre un modelo de Seguridad Social y un modelo de Bienestar o de derecho social. (4). Su pervivencia se explica tanto por la fuerza corporativa de las instituciones de salud de seguridad social como por el escaso impacto y voz que en materia de propuestas de políticas de salud tienen en el país las asociaciones, las organizaciones profesionales

y el movimiento ciudadano y de pacientes. No hay duda de que el Sistema Único de Salud en Brasil fue acelerado por el compromiso y la presión social por un sistema más justo (5).

La fragmentación propia del sistema de salud encuentra en esta inconsistencia constitucional su basamento. Visto en perspectiva, el notable esfuerzo realizado en febrero de 1983 añadiendo un tercer párrafo al artículo 4º de la Constitución (6), tuvo un mínimo impacto en el diseño organizacional atomizado del sistema mexicano de salud.

La visión innovadora del derecho constitucional a la salud que magistralmente desarrollaba ya en el año 2000 la Ministra Olga Sánchez Cordero (7), no modificó el rígido esquema de atención de doble piso según se fuera derechohabiente o no de seguridad social. El carácter ciudadano a que llamaba el nuevo derecho social proclamado no alteró la lógica discriminatoria que no ciudadana del derecho constitucional a la salud y, en consecuencia sus limitaciones (8).

Cabe señalar que la doctrina hegemónica en el constitucionalismo en ese tiempo adjudicaba a los derechos sociales, como el de la salud un carácter puramente programático o de principio constitucional. En el contexto internacional y en franca ruptura con esta concepción, la Ley 8080 de 1990 en Brasil dio paso al Sistema Único de Salud. La lectura más reciente y la praxis jurídica de la Suprema Corte de Justicia de la Nación de México ven en la redacción del cuarto constitucional de protección a la salud su carácter normativo y su exigibilidad jurisdiccional por parte de los ciudadanos (9). Esta ha sido también la evolución de la protección constitucional o tutela del derecho a la salud por la Corte Constitucional Colombiana (10).

Abona esta tesis, la resolución el 11 de julio de 2008 del amparo (11) otorgado a la comunidad indígena de Mini Numa en Metatónoc (Guerrero, México) cuando se cuestiona la violación por parte de la autoridad estatal del cuarto constitucional. Otros pronunciamientos del Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (12) han abundado en esta visión de la salud como un derecho público subjetivo. Recientemente, el amparo concedido a un derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) bajo una interpretación garantista del derecho a la salud ha cuestionado que se le cobrara por haber perdido la vigencia de sus derechos. Interesante resolución sobre los más que discutibles “límites” con que las instituciones han cercado al derecho constitucional (13).

Desde esta evolución en el ámbito jurídico, no sería impensable considerar que si no se produce una adición al cuarto constitucional que establezca la supremacía del derecho a la salud por encima del encuadramiento obligatorio a instituciones de seguridad social, las peticiones de tutela jurídica por parte de los ciudadanos por las condiciones “internas” impuestas por las instituciones que operan el sistema de salud en México (afiliación, portabilidad, prestaciones) pueden encontrar un amplio reconocimiento en el poder judicial. (14).

La reforma constitucional en materia de derechos humanos publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2011 abre nuevas vías para el ejercicio de estas acciones. (15). Cabe esperar que las nuevas atribuciones a la Comisión Nacional de Derechos Humanos en relación con el incumplimiento de recomendaciones emitidas por ésta, también en el caso de la salud, aborden más pronto que tarde las restricciones institucionales a la atención a la salud. Se trata de esa visión basada en derechos

que comporta hoy la protección social en salud (16).

Todo ello permite pensar en la conveniencia de una adición al texto constitucional precisando el ámbito y extensión del derecho a la protección a la salud, junto con la creación de una Comisión para el Sistema Único de Salud en el seno del Consejo de Salubridad General destinada a establecer las acciones a medio y corto plazo a someter al Ejecutivo y al Congreso de la Unión para la unificación del sistema público de salud.

El Seguro Popular o en busca del Sistema de Protección Social en Salud

Con la fácil mirada del tiempo transcurrido, es posible pensar que aprovechando el alto grado de consenso logrado con la reforma a la Ley General de Salud para establecer el Seguro Popular en mayo 2003, y como parte de la lógica que lo inspiraba, debió haberse promovido una precisión al cuarto constitucional que mostrará el inequívoco camino de unificación del sector salud.

La no modificación constitucional, el insistir en el carácter voluntario del Seguro Popular que lo desvinculaba del automatismo o transferencia de derecho ante la pérdida de condición de asegurado, el mantenimiento del Seguro para la Familia del IMSS, la supervivencia del componente de salud del Programa Oportunidades, la incongruente concesión del régimen “autónomo” de IMSS-Oportunidades que apareció en la disposición transitoria de la reforma que creó en 2003 el Seguro Popular, además de la configuración de una Comisión Nacional de Protección Social en Salud más bien un órgano gestor de transferencias incondicionadas que una aseguradora; son algunas de las muestras del carácter autocontenido de la más importante reforma de garantía del derecho constitucional a la salud emprendida. Seguramente la mala

comunicación con la cúpula directiva del IMSS en ese momento expliquen parte de estas restricciones e incluso que el Seguro Popular como hubiera sido factible no se hubiera desplegado en el seno de la Seguridad Social.

Conviene destacar el impresionante esfuerzo de cobertura que ha supuesto la implantación del Seguro Popular, con una proyección a diciembre de 2012 de 53.4 millones de personas (17) y su ejemplar padrón nominal de afiliados. El Seguro Popular ha supuesto un ingente trabajo de extensión de cobertura, de servicios, y en especial de protección financiera para los más excluidos con un incremento desconocido del gasto público en salud. El “estigma” sobre su supuesto efecto en el incremento del trabajo informal parece debe sino menospreciarse si atenderse en su mínimo efecto (18).

Sin embargo, la excelente conceptualización del derecho a la salud invocada en la definición del artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud que creó el Seguro Popular ha dejado inalterado el marco jurídico y operacional de las otras instituciones de salud en un esfuerzo de cohabitación desde la segmentación que cada día parece más insostenible, o que se encuentra en lo que Julio Frenk ha llamado encrucijada (19).

Siendo rigurosos, a pesar de la semántica utilizada en la reforma de 2003, se instituyó el Seguro Popular para la población sin Seguridad Social, un esfuerzo que era urgente y necesario; pero en modo alguno se constituyó un Sistema de Protección Social en Salud.

De esta manera, las instituciones públicas de salud han proseguido en estos años de expansión del Seguro Popular dándole la espalda a una más que razonable unificación del sector salud, con sus diferenciados Reglamentos de Atención

Médica, órganos “rectores”, áreas “normativas”, su propia nomenclatura de prestaciones, su política de construcción de establecimientos médicos, sus diferentes programas de intervención en salud, y su heterogénea política de condiciones de trabajo para los trabajadores de la salud.

Eso sí, todo ello bajo el siempre recurso retórico de reconocer a la “rectoría” de la Secretaría Federal de Salud. Incluso se ha cuestionado que las entidades paraestatales dedicadas a la salud, en concreto las instituciones de Seguridad Social formen parte del sector salud de manera formal (20). No extraña que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) reconociera el alto costo administrativo para gestionar el Sistema de Salud en México, proporcionalmente de los más elevados entre los países de la OCDE (21) (22).

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 avocado a la protección financiera de la población sin Seguridad Social, en relación con la unificación del sector salud solo hacía una breve referencia al papel coordinador del Consejo de Salubridad General y a fortalecer la coordinación intersectorial (23).

La inocencia planeadora seguramente pensaba que por su propia lógica o a través de una mano invisible, el recién creado Seguro Popular caminaría imparable para devenir en lo que se buscaba: un Sistema de Protección Social en Salud. Se confiaba que la figura dinamizadora capaz de generar “mercados internos” y ejercer un rol transformador en los sistemas estatales de salud eran los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) basados en la separación de funciones, en la compra estratégica

de servicios de salud y en la tutela de los derechos de los afiliados.

Pero, los REPSS, vistos con recelo por el aparato de salud estatal y el órgano vertical del Seguro Popular (Comisión Nacional de Protección Social en Salud), con limitada autonomía, dos lealtades, y depositarios de los únicos recursos “frescos” existentes, han tenido su agenda saturada por la amplia acción de afiliación, la acreditación y la obsesión a partir del 2007 por el cumplimiento de los topes por capítulo de gasto, etiquetando los recursos en el Presupuesto de Egresos de la Federación, concepción por cierta ajena al espíritu y la letra fundacional del Seguro Popular, “..En vez de enfocarse en la evaluación del desempeño con base en resultados de servicio e impactos en salud” (24)

En su concepción actual, el aparato creado para la expansión del Seguro Popular ya ha cumplido su ciclo y solo puede entenderse en transición hacia nuevas funciones.(25) La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, que debería haber sido un nítido ejemplo de la separación de funciones entre financiamiento y prestación de servicios, y haberse transformado en una auténtica aseguradora pública constituyendo reservas y trabajando bajo criterios de valuación actuarial, ha acabado promoviendo la lactancia materna y la consulta segura, lo que sin ser malo desdibuja su papel. Sin duda, podría ser el germen de un Fondo Nacional de Salud encargado del aseguramiento y el financiamiento del sector público en salud.

Integración funcional del sector salud: buenas intenciones, exigüos resultados

Al inicio del sexenio 2007-2012 existían notables precondiciones, entre ellas la consolidación del Seguro Popular para pensar en caminar hacia un

sistema de salud único o cuando menos institucionalmente más coordinado.

A pesar de que en la introducción del Programa Sectorial de Salud 2007-2012 se reconocen los problemas que derivan de la segmentación y la falta de coordinación sectorial (26), sólo se incluye una estrategia denominada “Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud”, que se concreta en “promover una mayor colaboración entre instituciones...para el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada”. Tibia propuesta que parecía abjurar del reto de construcción de un sistema de salud unificado.

No obstante, el Programa Sectorial de Salud de este sexenio contenía una previsión en materia financiera de enormes posibilidades integradoras que se denominaba Fondo Sectorial de Protección contra Gastos Catastróficos. De esta sugerente propuesta nunca más se supo.

Se han desplegado en estos años del sexenio algunas acciones para configurar lo que se ha llamado “Integración funcional del sector salud”. En este avanzar pedaleando destacan:

La Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud (CCNPMIS) con un notable trabajo en las políticas de adquisiciones de medicamentos como sector salud.

El laborioso y exitoso Convenio de Emergencia Obstétrica suscrito por las instituciones de salud para atender a la mujer embarazada con independencia de su aseguramiento en salud. Su larga gestación, muestra las reticencias y el consolidado proceso de feudalización de las instituciones de salud en el país.

Sin modificaciones al marco jurídico y en el margen opcional, del “respeto a las características de las instituciones del sector salud que

voluntariamente deciden adherirse”, se ha transitado por lo que se ha denominado “integración sectorial”, esto es, organizaciones independientes que deciden operar de forma integrada mediante alianzas (27). No queda claro si esa “integración funcional” tiene como perspectiva la unificación y porque se asume el carácter de instituciones equivalentes cuestionando el rol de rectoría que tiene una de ellas, ni más ni menos que la Secretaría de Salud.

La arquitectura de competencias en salud requiere nuevos arreglos institucionales que reconozcan un ámbito propio de rectoría de las Secretarías de Salud en los estados, cuestionando la función de los delegados de las instituciones de seguridad social respecto a salud. Por otra parte, se precisa un marco federalista de codecisión para el Consejo Nacional de Salud. Igualmente, se hace necesaria una reingeniería profunda de la estructura de la Secretaría de Salud que, entre otras cosas, haciendo frente a los retos de nuestro tiempo, priorice tanto un Programa Nacional de Cronicidad como de Salud para el Adulto Mayor, rompiendo con la tramoya históricamente justificada de los múltiples programas sustantivos.

Con lazos débiles o coyunturales como los convenios y la permanencia del estatus de la fragmentación institucional se ha apostado desde la integración sectorial a la denominada “facturación cruzada”. Así, mediante una pléyade de Convenios de Colaboración se realizarían innumerables facturas entre las instituciones del sector salud por la atención a la salud a otras derechohabientes.

Seguramente un ejercicio de compensación en la fuente de financiamiento por servicios prestados a terceros asegurados resulta más pertinente que la facturación cruzada, si lo que se quiere es

optimizar y favorecer la portabilidad del derecho a la salud. Podrían evitarse así altos costos de transacción y el efecto perverso de sobrefacturar,

En este sentido, hay que reconocer como titánicos los esfuerzos y los avances logrados, especialmente en la unificación de tarifas y condiciones para estos Convenios de Colaboración, máxime cuando no existen en la actualidad ni imperativos rectores ni incentivos organizacionales para la portabilidad. Las instituciones de salud actúan en la práctica con el carácter de “totales”, siendo simultáneamente reguladoras, financiadoras, aseguradoras y coordinadoras de su “holding” de prestadores.

Cabe reflexionar, si este proceso de “facturación cruzada” sin un marco de libre elección de prestador no significa una consolidación de la fragmentación.

Universalización de la atención a la salud: se hace camino al andar

Sin desconocer el impresionante esfuerzo de cobertura logrado por el Seguro Popular que es fruto de la sensibilidad del legislativo al asignar un creciente presupuesto y la aportación de los gobiernos de los estados, conviene ser rigurosos en lo que parece querer decir “universalización”. Compartimos básicamente y ampliamos las notas características que Julio Frenk asigna al término (28) y que pueden ser así sintetizadas:

Un derecho exigible o portabilidad institucional

Catálogo de prestaciones común

Garantía de calidad homogénea en la atención y práctica profesional

Protección financiera o inexistencia de barreras económicas al acceso de las prestaciones garantizadas y financiamiento sostenible

Veamos de forma más desagregada estos componentes que parece deben definir que entendemos por “universalización”.

Un derecho exigible o portabilidad institucional

Ya se ha hecho mención a la necesidad de precisar el derecho a la salud por el título de ciudadanía y no de pertenencia a un sistema de seguridad social. El derecho a la salud hoy está mediatizado por el carácter convenido o no, y temporalmente establecido por la voluntad de recibir a los “otros” de las instituciones de salud.

Lejos de unificarse, los procedimientos de identificación tienen hoy escasa aproximación, careciendo de un elemento común para acreditar el derecho con padrones que no se comparten. Muy al contrario, la decisión de mejora interna adoptada por el Seguro Popular en diciembre de 2009 al pasar de la familia al individuo como base de la afiliación ha creado más incompatibilidad con las instituciones de seguridad social. Pensar en una tarjeta de identificación común debería ser tema para esa Comisión para el Sistema Único de Salud que ya se ha mencionado.

Catalogo de prestaciones común

Quizás el aspecto más delicado es sin duda el de la cobertura de servicios. Coexisten actualmente, al menos las siguientes ofertas de servicios públicos de salud:

Todos los servicios: IMSS, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Petróleos Mexicanos (PEMEX)

Los servicios incluidos en el Catalogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) o en el Fondo de

Protección contra Gastos Catastróficos: Seguro Popular

Un paquete diferenciado de servicios de carácter anual establecido mediante Reglas de Operación, para el Seguro Médico para una Nueva Generación y vinculado al Seguro Popular

Una oferta básica de servicios: Componente de Salud del Programa Oportunidades

Un paquete de servicios específico: IMSS-Oportunidades

Una oferta diferenciada de servicios: Seguro de Salud para la Familia (IMSS)

Conjunto de servicios médicos de rehabilitación, hoy desigualmente proporcionados por prestadores agrupados en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

Este panorama dista mucho de una perspectiva universalista. El Seguro Popular ha optado por el gradualismo y la evidencia al incorporar prestaciones de salud, lo que no es desdeñable. No obstante un análisis de la progresividad en las intervenciones protegidas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos muestra en su evolución una incorporación de problemas de salud no siempre ajenos a la presión social y la visibilidad de unos problemas de salud sobre otros, más que a su significación epidemiológica. Lo que por cierto no es en modo alguno extraño a lo que ocurre en otros contextos a la hora de incluir un servicio en la oferta pública de salud.

La lógica normativa que prima en el caso de las instituciones de Seguridad Social, tributarias de un concepto “total”, es el de garantizar todos los servicios. Aunque en la práctica esta declaratoria se comporta como un racionamiento implícito donde hay lo que se tiene y cuando se tiene, lo que explicaría las disuasorias listas de espera.

Pero al menos formalmente y en la mayoría de los casos, no hay un catálogo de servicios restrictivo. En el caso de IMSS-Oportunidades y en el componente de salud de Oportunidades, que pervive a pesar del Seguro Popular de manera inexplicable para la misma población, no hay justificación posible, fuera de la trinchera inercial que representan sus Reglas de Operación, para justificar esa dispersión y duplicidad en los servicios cubiertos que se traduce en menos servicios garantizados.

Desde la perspectiva del derecho a la salud que se ha venido manifestando, resulta hoy difícilmente justificable la existencia de coberturas desiguales, aun cuando pueden esgrimirse argumentos de costo-efectividad en los servicios incorporados, especialmente al Seguro Popular (29). Hay que decir que los principales padecimientos ya estudiados por el IMSS en términos de costo, con la excepción de la Insuficiencia Renal ya han sido incluidos en el Seguro Popular. (30).

Sin embargo, dado el grado de cobertura y la futura convergencia equiparable entre el financiamiento del Seguro Popular y el de las instituciones de Seguridad Social, en la que se han dado avances muy significativos, no podrá ser sostenible durante mucho tiempo una oferta de atención a la salud menor a la de las instituciones de seguridad social. El reintegro de gastos por prestaciones no incluidas bajo precios públicos que estableciera el Seguro Popular para los afiliados al Seguro Popular puede ser una prudente y satisfactoria medida de transición.

Existe siempre la solución a la que parece abocarse la reciente reforma de salud en España (31) de establecer una cartera común básica regulada por Ley que señale que tipo de

prestaciones pueden ser garantizados mediante financiamiento público. Sea cual fuera la iniciativa a adoptar unificar la oferta pública de servicios de salud resulta indeclinable.

Garantía de calidad homogénea en la atención y práctica profesional

Tanto la creación de la Cruzada Nacional por la Calidad en Salud como el establecimiento del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) han significado un cambio notable en la lógica y garantía de calidad de los prestadores de servicios que han ido incorporando las diferentes propuestas en relación con la calidad percibida, la calidad técnica y la propia institucionalización de la calidad a través de los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) y de la figura del Gestor de Calidad creada en 2008. El proceso de acreditación, masivamente emprendido ha contribuido a la mejora del capital humano, infraestructura, equipamiento, la participación de los avales ciudadanos y; en menor medida a la ordenación de los procesos de atención, de manera desigual en las entidades federativas. La incipiente generación de una cultura a favor de la seguridad del paciente y las campañas y herramientas promovidas por SICALIDAD para prevenir y reducir los incidentes de seguridad son una importante contribución para el sistema de salud.

Hoy estamos en otro momento, donde esta cultura de la calidad y la seguridad del paciente y las buenas prácticas emprendidas, junto con el arsenal de Normas Oficiales Mexicanas, además de los requerimientos para la certificación, implican de una constante acción auditora de carácter externo por la calidad, la seguridad del paciente, la atención basada en la evidencia y el desempeño. En este sentido, se podría pensar en

la creación del Instituto Nacional para la Calidad y la Evaluación del Desempeño en Salud, con áreas específicas para la defensoría del paciente y la certificación de unidades que integraría los actuales procesos de acreditación y certificación hoy asignados a áreas diferentes y escasamente armónicos.

El marco de autonomía recientemente atribuido al Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (32) podría resultar idóneo para esta tarea. Es innegable que a pesar de los avances logrados, la segmentación institucional y la quiebra rectora de la Secretaría de Salud también se expresa en condiciones desiguales de calidad que deberían ser inadmisibles para los pacientes y sus familias.

Protección financiera o inexistencia de barreras económicas al acceso de las prestaciones garantizadas y financiamiento sostenible

No existen dudas sobre la necesidad de dirigirse a un sistema de financiamiento basado en impuestos generales para la salud, lo que requiere una reforma fiscal. El Centro de Estudios Espinosa Iglesias (33) ha documentado recientemente algunas de las características que debería tener esta sustentabilidad del sistema de protección social mediante un pacto social para lograr un piso mínimo de derechos sin desconocer el alto costo que implicaría y el acuerdo parlamentario preciso. El estudio resulta muy relevante, a pesar de que es discutible como iguala en prioridades la protección social en salud, es decir, un derecho constitucional, con el seguro de retiro, de vida, o de invalidez. Pero antes hay muchas cosas que pueden y deben hacerse.

Debería pensarse en la disociación del gasto en salud de los diferentes componentes de seguridad social como la misma OCDE proponía con un fondo único mancomunado de riesgos (34), que

podría iniciar con las patologías más costosas ya estudiadas por el IMSS (35). La propuesta de que el Gobierno Federal asuma el 50% del costo de los padecimientos que mayor consumo de recursos tienen para evitar que a partir del año 2016 tenga problemas de financiamiento el Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS (36) habla de la urgencia de estos planteamientos. Igualmente, es preciso analizar la equidad general en la asignación del gasto en salud, que parece únicamente lograrse con el Ramo 33 (37) y normar la participación de los municipios en el gasto en salud, a menudo caprichosa o coyuntural.

Mejorar la eficiencia de las organizaciones de salud debería ser en esta estrategia de progresiva unificación de las instituciones de salud una cuestión central, escasamente invocada. Es urgente el promover que las relaciones entre el financiamiento y los establecimientos públicos tuvieran siempre la forma de un cuasi-contrato o contrato-programa (38) para incentivar el desempeño de los proveedores de servicios de salud (39).

Tanto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social (art. 21) como en el artículo 28 de la Ley del ISSSTE, existe la posibilidad de desarrollar esta figura, hoy desaprovechada, fundamental para configurar una verdadera reingeniería gerencial y avanzar en una asignación eficiente de los recursos mediante lo que se ha denominado “gestión por contrato” (40). Una política decidida por el uso racional de medicamentos debe completar esta búsqueda de la eficiencia. La factura farmacéutica puede resultar insoportable u obligar a indeseadas medidas de copago por parte de los pacientes, como en otros sistemas de salud, si no forma parte de manera pronta de las estrategias de un sector salud unificado.

Conclusiones: una agenda posible para la construcción de un sistema de protección social en salud

En este artículo se han formulado algunas propuestas (Cuadro I) para avanzar de forma decidida, con prudencia, desde la actual constelación del aseguramiento público, a partir de los éxitos logrados, hacia un sistema de salud más justo, eficiente y apreciado por la ciudadanía.

No se ignoran las dificultades y las resistencias desde el corporativismo mas atávico y la miopía institucional, que deben ser salvadas por el consenso y la altura de miras y generosidad de los actores en favor de un sistema de salud a la altura de nuestro tiempo donde se reivindique lo que cada institución de salud ha aportado históricamente en favor de la salud de los mexicanos.

La idea central es que este proceso de construcción de un sistema único de salud está más que justificado, lo que no quiere decir que no deba ser negociado, y progresivo en el tiempo. El “atajo” denominado “integración sectorial” no parece sino un camino hacia ninguna parte, que no sea la consolidación de lo existente. Tres razones parecen avalar esta conclusión.

La primera razón concierne a los derechos y tiene que ver con la interpretación expansiva del derecho constitucional a la salud que hace poco sostenibles las restricciones “normativas” que hoy lo restringen.

La segunda razón tiene que ver con el financiamiento y mejora de la gestión y atañe a la factibilidad y el costo-efectividad de la inversión en salud. La posibilidad de dar continuidad financiera al actual sistema desestructurado parece avocada a muy corto plazo, entre otras cosas, a adoptar

medidas de racionalidad económica y unificación forzada del aseguramiento público en salud. Resultan hoy cuestionables la asignación desigual del gasto, duplicidad de pólizas, la desarticulación territorial de los prestadores y heterogéneas políticas laborales, de salud e impacto (41). Proseguir con esta dualidad en aseguramiento, financiamiento y cobertura, combinada por una cierta despreocupación por mejoras en el gasto, resultan altamente difíciles de mantener en el tiempo. Lo que no es incompatible con la necesidad de incrementar el gasto en salud, que con un 6,2% se constituye en el segundo más bajo de los países de la OCDE, después de Turquía para el año 2010. (42)

En tanto se auspicia la reforma fiscal necesaria, la viabilidad del sistema de salud pasa imperiosamente por la confluencia e integración de los actuales subsistemas de salud públicos y por ordenar las actuales vías de financiamiento separando salud de pensiones en las instituciones de seguridad social, un programa nacional de uso racional de medicamentos e instaurar contratos-programa con todas las unidades médicas y programas de intervención en salud, vinculando recursos a ganancias en salud.

Finalmente, la tercera razón se refiere a las expectativas ciudadanas, y no tiene las mismas evidencias, pero no carece de fuerza argumentativa y de enfoque de futuro. Podemos pensar que un sector creciente de organizaciones de la sociedad civil y asociaciones de pacientes recuperaran el tiempo perdido y pondrán en el centro de sus demandas a muy corto plazo una atención de salud más integrada. La reciente convocatoria, (43) de 115 organizaciones para conocer las propuestas de los candidatos en torno a la atención a los pacientes crónicos es una esperanzada pista de este previsible devenir. La

todavía tímida y a menudo menospreciada experiencia de construir ciudadanía en salud mediante los avales ciudadanos es una estrategia sin duda a reforzar.

Avanzar con convicción hacia un Sistema de Protección Social en Salud para todos los mexicanos puede ser un motivo de encuentro y de pacto que incorpore a la mayor parte de actores políticos, ciudadanos y grupos profesionales a favor de una verdadera universalización de salud como una apuesta nacional por la inclusión y la cohesión social.



REFERENCIAS

1. Rosenberg H, Anderson B. "Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe". Rev. Panam. Salud Pública. 2000. 8 (1/2)
2. Frenk Julio. La salud como derecho ciudadano. Revista Nexos. Febrero 2012
3. Munro L. Risks, "Needs and Rights: compatible or contradictory bases for social protection ". Cap. II. Social Protection for the Poor and Poorest: Concepts, policies and politics. Barrientos A., Hulme D. Palgrave. New York 2008

4. Peces-Barba Martínez, Gregorio. Lecciones de Derechos Fundamentales. Ed. Dykinson. Madrid. 2004
5. The Brasil Health System: history, advances and challenges. Jairnilson Paim et al., The Lancet, volume 377. Issue 9799. Pages 1778-1791. May 2011.
6. Soberón Acevedo, Guillermo et. Al. Derecho Constitucional a la Protección a la Salud. Porrúa. México. 1983
7. Sánchez Cordero, Olga. El derecho constitucional a la protección a la salud. Simposium por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico-paciente. Ciudad de México. México. 9 octubre 2000.
8. Charvel, Sofía .El derecho a la salud en México. Revista el mundo del abogado. Núm. 139. Nov.2010
9. Huerta Lara, María del Rosario. Expansión y justiciabilidad de los derechos sociales en México. Revista Letras Jurídicas. Núm. 20, julio 2009
10. Arbeláez Rudas, Mónica. La protección constitucional del derecho a la salud: la jurisprudencia de la Corte Constitucional Colombiana. Revista "DS". Vol. 14. Núm., 2 Julio-Diciembre 2006.
11. Acuña, Juan Manuel. El Caso Mini Numa: nuevos rumbos para la protección de los derechos sociales a través del juicio de amparo en México. Biblioteca Virtual Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM. México
12. Huerta Lara, María del Rosario. Expansión y justiciabilidad de los

- derechos sociales en México. Revista Letras Jurídicas. Núm. 20, julio 2009
13. Caso: Amparo a ex-derechohabiente del IMSS. Nota Informativa Poder Judicial de la Federación, Consejo de la Judicatura. 8 febrero 2012. DGCS/NI: 3/2012
 14. Yañez Clavel, Rosa María y Morales Ache, Pedro. Naturaleza Jurídica y justiciabilidad del derecho a la protección a la salud. www.enlacesolidario.org/observatorio/investigadores/documentos/Naturaleza%20Juridica
 15. Decreto de modificaciones a la Ley de la CNDH y a la Ley Federal de Responsabilidades administrativas de los servidores públicos. Diario Oficial de la Federación México. 15 junio 2012.
 16. Cecchini, Simone, Martínez Rodrigo. Protección social inclusiva en América Latina. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile, marzo 2011.
 17. Aviso por el que se da a conocer la información a que se refiere la fracción IXC del art. 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud para 2012. Diario Oficial de la Federación México. 11 junio 2012.
 18. Perspectivas OCDE: México. Reformas para el cambio. OCDE. París. Enero 2012
 19. Frenk, Julio. La salud como derecho ciudadano. Revista Nexos. Febrero 2012.
 20. Evaluación y Estrategias de Portabilidad y Convergencia hacia la integración del Sistema Nacional de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca. México. Sep. 2011
 21. Perspectivas OCDE: México. Reformas para el cambio. OCDE. París. Enero 2012
 22. Aguilera Nelly. Gasto público en salud: en México en el marco de la cobertura universal. México Evalua. 2010. <http://mexico.evalua.org/descargables>
 23. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México. Julio 2001
 24. Evaluación y Estrategias de Portabilidad y Convergencia hacia la integración del Sistema Nacional de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca. México. Sep. 2011
 25. Gonzalez Block, Miguel Angel y Scott, John. Equidad y Salud: retos, avances y perspectivas. Los grandes problemas de México. Volumen V. El Colegio de México. 2010. México.
 26. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud. 2007-2012. Secretaría de Salud. México.
 27. Musgrove P. González Block MA. Retos de la integración del Sistema de Salud en México. Memorias del Foro de Liderazgo en Salud. Cuernavaca. Morelos. Instituto Nacional de Salud Pública. 2007
 28. Frenk, Julio. La salud como derecho ciudadano. Revista Nexos. Febrero 2012.

29. Frenk Julio, y Gómez Dantes O, La globalización y la nueva salud pública. Salud Pública de México 49(2):156-164
30. Informe al ejecutivo federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS. Consejo Técnico del IMMSS. México. 1 junio 2011
31. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado. Madrid. España. 24 abril 2012
32. Decreto por el que se reforma el diverso por el que se crea el Instituto Nacional para la Evaluación Educativa, publicado el 6 de agosto de 2002 .Diario Oficial de la Federación México. 16 mayo 2012
33. El México del 2012. Centro de Estudios Espinosa Iglesias A.C. México 2012
34. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México. Organización para la Cooperación u el Desarrollo Económico (OCDE). 2005. París
35. Informe al ejecutivo federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS. Consejo Técnico IMSS .1 junio 2011: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama y VIH-SIDA.
36. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS. Consejo Técnico IMSS. Junio 2012.
37. Informe sobre Desarrollo Humano. México 2011. Cap.3. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD. Mayo 2011. México
38. Contrato Programa .Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. 2010-2013. www.juntadeandalucia.es/salud
39. Perspectivas OCDE: México. Reformas para el cambio. Enero 2012 .OCDE. París
40. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006.Línea de acción 8.3 "Promover la autonomía de gestión hospitalaria y la gestión por contrato". México. Julio 2011
41. Nelly Aguilera. Gasto Público en salud en México: en el marco de la cobertura universal. México Evalúa .2010. <http://mexicoevalua.org/descargables>
42. Health data 2012. OCDE. 28 junio 2012. www.oecd.org/health/healthdata
43. Desinterés de candidatos en la salud. El Financiero. Martes 5 de junio 2012. http://www.elfinanciero.com.mx/item/23616/26?fb_ref=edp&fb_source=timeline