

## **Sistema de Salud e Inseguridad Sanitaria**

Asa Cristina Laurell

La concepción, organización y financiamiento de los sistemas de salud repercuten directamente en el nivel de seguridad sanitaria de un país y en la protección sanitaria de su pueblo. Esta seguridad se construye desde abajo, con un sistema integrado de servicios de salud así como con la producción e incorporación de los avances científicos requeridos.

Para alcanzar un alto grado de seguridad sanitaria es necesario fomentar una cultura de salud basada en un proceso de educación diaria de toda la población sobre su salud y de promoción para que sepa qué es normal, qué medidas tomar y cuándo recurrir a los servicios de salud. Estos a su vez deben registrar y vigilar sistemáticamente qué está ocurriendo en su territorio de responsabilidad a fin de tomar medidas oportunas e informar y orientar a la gente y los propios trabajadores de salud.

Es también preciso que existan mecanismos para ofrecer la atención médica necesaria de la complejidad requerida sin ningún obstáculo económico, geográfico o burocrático. Con ello se logra una óptima interacción entre la institución de salud y los ciudadanos que es la única base para construir una relación de confianza; confianza que contrarresta eficazmente el miedo o el pánico ante lo desconocido.

Todo esto parece obvio pero pocos sistemas de salud lo logran justamente por su concepción, organización y financiamiento. En rigor, sólo un sistema público único de salud cumple todos los aspectos señalados mientras que las reformas de salud bajo la lógica mercantil y de competencia crean una lógica institucional que tiende a desmontar estos elementos necesarios.

Al concebir un sistema que se centra en la atención del individuo y en el cual el dinero sigue al enfermo a la institución, pública o privada, donde se atiende estamos ante un incentivo perverso. Su primera víctima es la salud colectiva, la salud de la comunidad y con ello la seguridad sanitaria del pueblo.

En 1983 se inició un grave desfinanciamiento de todas las instituciones públicas, incluyendo las de seguridad social, como resultado de la política neoliberal de "ajuste y cambio estructural" adoptado por México con la crisis de 1982. Resultó en un deterioro institucional creciente y la destrucción del tejido sanitario. Luego la concepción mercantil y de competencia del sistema público

de salud se impuso, primero, con la reforma de la Ley del Seguro Social en 1995, culminó con el Seguro Popular implantado en 2004 y se completó con reforma de la Ley del ISSSTE en 2007.

La Secretaría de Salud (SS) federal es la autoridad sanitaria nacional, con la coadyuvancia de los Sistemas Estatales de Salud, y la responsable de la vigilancia epidemiológica y de tomar las medidas necesarias para controlar brotes epidémicos. Para ello cuenta con protocolos y planes establecidos como en el caso de la influenza, particularmente de las nuevas cepas. El punto de arranque es siempre el reporte de un caso sospechoso. Si las personas no tienen donde atenderse o no se atienden por falta de dinero o no se diagnostican correctamente o van con un médico privado, los casos índice nunca se descubren y nada pasa hasta que haya un brote inocultable. La falta de atención y los errores diagnósticos pone además en riesgo a la persona enferma y su entorno.

El Seguro Popular (SP) incrementó los recursos financieros públicos para salud pero la lógica de asignación del nuevo dinero es darlo según el número de personas inscritas y utilizarlo en su atención. Se está además preparando la transferencia de parte de los fondos a prestadores privados en aras de la competencia. Esto ha causado un desgarramiento de la base misma de la protección sanitaria que descansa en el personal de los centros de salud y las jurisdicciones sanitarias. Se premia la atención médica y se relega el andamiaje sanitario – la búsqueda activa de casos, la revisión de expedientes, el reporte oportuno de casos, el estudio de los contactos para su aislamiento y tratamiento, los cercos epidemiológicos necesarios, etcétera; todas acciones que se realizan por enfermeras de campo, trabajadoras sociales y médicos. Sigue habiendo muchas personas que no pueden pagar el servicio. Incluso *Lancet* acaba de publicar (online April 8, 2009) que los asegurados del SP no reciben más servicios que los no-asegurados contrario a los hallazgos en resto del mundo donde la abolición del pago directo incrementa la demanda y el acceso (*Bulletin WHO*, 86:839–848, 2008). Otra evidencia de la disfuncionalidad del SP es que se tuvo que hacer un decreto especial para incluir a la Influenza A H1N1 entre las pocas enfermedades de gasto catastrófico reconocidas a fin de eximir a los contactos y los enfermos del pago de sus pruebas de laboratorio y el tratamiento, incluyendo el profiláctico.

salud@gobiernolegitimo.org.mx