

SECTOR SALUD: ESE VIEJO ENFERMO Y DESAHUCIADO

Por Redacción / Sinembargo- 00:00h3 Comentarios

Creado en 1943, el sistema de salud es hoy un conglomerado de instituciones y esquemas públicos y privados que, pese a su ampliación y fragmentación, no garantizan el acceso a la salud y servicios de calidad para todos los mexicanos. El 21.5 por ciento de la población, unos 25.2 millones, está relegado, de acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). A esto se suma la “amplia inequidad en el acceso”, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), lo que provoca irregularidades como el que los estados que reciben más gasto público para salud son los que menos lo necesitan, o que la población asegurada pague de su bolsillo por el servicio incluso en instituciones públicas.

Especialistas afirman que la carencia de medicamentos, de personal médico y de enfermería en las zonas del país donde más se necesitan también ocupa un lugar en el listado de problemas que enfrenta el sistema de salud y que requieren una urgente atención. Ante lo que considera un tema fundamental de la política pública que ha sido soslayado, Gustavo Leal Fernández, quien por años ha estudiado el tema, propone un símil y habla incluso de una “Ayotzinapa sanitaria” ante el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, el envejecimiento de la población y el incremento del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.

Además se tienen otros desafíos relacionados con las reformas a su estructura, la incorporación de actores privados y la preponderancia de un esquema ampliamente cuestionado: el Seguro Popular. Por si fuera poco, cada vez son más comunes los casos de negligencia, lo mismo de mujeres parturientas que no son atendidas que los de enfermos que son rechazados de clínicas y hospitales, y terminan muriendo en la calle.

Por Mayela Sánchez y Daniela Medina



Personal del Sistema de Salud en México ha manifestado reclamos por las condiciones laborales en que se encuentra. Las quejas más comunes son falta de personal, insumos, equipos para trabajar y bajos salarios. Foto: Francisco Cañedo, SinEmbargo

Ciudad de México, 14 de enero (SinEmbargo).— De una tienda de campaña apostada afuera del área de Urgencias del Hospital General Balbuena, situado en el Distrito Federal, se asoma Laura Peralta Lara, de 46 años. Dentro, sobre un edredón y algunas cobijas, sus dos hijas y dos nietas desayunan tortas de tamal y atole. Para mitigar el frío de la temporada, sobre la tienda han puesto una bolsa de plástico y reforzado sus costados con cartones.

Las cinco mujeres han pasado ahí sus días y noches desde el pasado 26 de diciembre; al principio, dice Laura, no tenían la tienda de campaña y dormían en el piso, sobre cartones.

La razón de que se encuentren en esta situación es porque la madrugada del 25 de diciembre pasado, el esposo de Laura tuvo un accidente automovilístico a bordo del taxi en el que trabaja como chofer. Se estrelló contra un poste de luz, cuenta ella.

Laura explica que duermen en la calle porque los guardias del hospital no les permiten estar a las cinco mujeres en el interior del inmueble. El hecho de que las acompañen niñas pequeñas les dificulta a ella y a su hija de 20 años el ingreso, pero tampoco pueden separarse de ellas.

Para evitar el complicado y costoso trajín de ir y venir a diario desde Chimalhuacán, Estado de México, donde residen, optaron por permanecer ahí, fuera del hospital, mientras esperan la recuperación de su esposo, quien se encuentra en terapia intensiva, explica Laura.

El accidente ocurrió en Chimalhuacán, donde vive el matrimonio, sus dos hijas y las dos pequeñas hijas de una de ellas, que es madre soltera. Todos subsisten con lo que gana el esposo de Laura como taxista. Ningún integrante de la familia tiene seguridad social.

Los paramédicos que atendieron al esposo de Alma lo trasladaron al Hospital General que tiene 90 camas, y es parte del servicio público Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). Lo rechazaron porque no había médico disponible.

El esposo de Laura se fracturó el fémur en el accidente y estaba inconsciente. En esas condiciones, afirma, lo trasladaron al Hospital General de Nezahualcóyotl “Dr. Gustavo Baz Prada”, también del ISEM. La historia se repitió: le dijeron que no lo podían recibir porque no había médico de guardia.

El tercer intento fue en el Hospital General La Perla, ubicado en el aldea municipio de Nezahualcóyotl y que también es parte de la red hospitalaria pública estatal para personas no aseguradas. Nuevamente lo rechazaron, arguyendo esta vez que no tenían la especialidad clínica que requería el accidentado.

Laura dice que fueron los paramédicos quienes decidieron ponerle fin a ese viacrucis y llevaron a su esposo a su casa. Para entonces ya había amanecido.

Los vecinos de la familia se solidarizaron: una sugirió que llevaran al herido al Hospital General Balbuena, ubicado en la zona central del Distrito Federal (como a una hora en automóvil de Chimalhuacán); otro ayudó a trasladarlo.

En ese hospital, también público para no asegurados, finalmente el esposo de Laura fue recibido. Ella afirma que en cuanto llegaron su esposo entró en coma.

La familia de Laura no ha pagado nada por la atención médica, pero sí tuvo que comprar los fijadores para la fractura. Ahora Laura y su familia tienen una deuda de 15 mil pesos por ese inesperado gasto.

Al menos hasta el pasado 6 de enero, su esposo permanecía en terapia intensiva.



El 6 de enero de 2014 miles de enfermeras, enfermeros, trabajadores sociales y terapistas de rehabilitación, así como estudiantes de Enfermería salieron a las calles a protestar contra la reversión del programa de profesionalización. Foto: Francisco Cañedo, SinEmbargo

Ese mismo día por la tarde, miles de enfermeras, enfermeros, trabajadores sociales y terapistas de rehabilitación, así como estudiantes de Enfermería de escuelas públicas y privadas, salieron a las calles en varios estados del país para protestar contra la reversión del programa de profesionalización.

El programa, que establece estímulos laborales y económicos en función de los grados académicos, fue echado para atrás en septiembre de 2014 por la titular de la Secretaría de Salud federal, Mercedes Juan López.

Con la reversión del programa de profesionalización, Juan López detonó el rechazo de los enfermeros, trabajadores sociales y terapistas.

En diciembre, estos grupos salieron a las calles a protestar por primera vez y la Secretaría aceptó modificar el convenio que revertía el programa de profesionalización.

El nuevo convenio fue considerado un remedo del primero por los tres sectores afectados, de modo que recién iniciado el año llamaron de nueva cuenta a manifestarse. De esa segunda jornada de protestas consiguieron acordar una mesa de negociación con funcionarias de la Secretaría, que se realizará esta semana.

Pero la protesta también reavivó los reclamos de enfermeros, terapistas y trabajadores sociales sobre las condiciones laborales en que se encuentran. Las quejas son comunes: falta de insumos y equipos para trabajar, falta de personal, bajos salarios.

Una de quienes así lo describe es la terapeuta física Gloria Martínez, quien tiene una experiencia laboral de 17 años, 14 de ellos en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

“No se les atiende [a los pacientes] como debe de ser porque no hay material. Muchas enfermeras ponen de su bolsa para pañales, medicamentos y lo que se necesita, porque los hospitales no están como debe de ser [...] Hay cirugías que se están postergando porque no hay material; si el paciente lo puede comprar se opera, si no, no. Realmente en ceros”, comenta.

Pero mientras Martínez defiende que hace su trabajo a pesar de las condiciones, hay quienes justifican que esa falta de insumos es la que les impide dar un mejor servicio a los pacientes. La mala atención es, precisamente, una de las quejas más recurrentes entre los pacientes.

El reciente caso de Guadalupe Ramírez Vizcaína, la anciana de 75 años que murió en la calle luego de que el privado Hospital Materno Infantil “Dolores Sanz” rechazara recibirla, muestra que no se trata de un problema exclusivo de los servicios de salud públicos.

Historias como estas son apenas pinceladas de cómo se encuentra hoy el sistema de salud en México, ese amplio conglomerado de instituciones públicas y privadas que no han logrado garantizar el acceso universal a la salud de una población persistentemente empobrecida.

Organismos como el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) o la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) apuntan que “el estado de salud de la población mexicana ha mejorado significativamente en las pasadas décadas” y que esta carencia social fue la de mayor reducción a nivel nacional.

De acuerdo con la *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013*, en el país hay más de 91 millones de afiliados a algún tipo de seguro social, ya sea público o privado.

Sin embargo, el propio Coneval plantea en su *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo* de 2014 que aún hay un importante número de personas que no tienen garantizado el acceso a los servicios de salud.

Se trata de 25.3 millones de mexicanos que no reciben servicios médicos de alguna institución, sea pública o privada. Dicho de otro modo, el 21.5 por ciento de la población está rezagada del sistema de salud.

Pero no es un tema sólo de cifras. Sobre la otra cara de la moneda –es decir, sobre aquéllos que sí cuentan con un sistema de atención médica– el Coneval advierte que aunque la cantidad de afiliados a servicios de salud ha aumentado en los últimos años, “no implica que la calidad de los servicios haya mejorado”.

En un artículo titulado “La necesidad de transformar el sistema de salud en México”, publicado en la *Gaceta Médica de México*, tres investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) sintetizaron los que consideraron son los principales problemas del sistema de salud mexicano.

El artículo es de 2011, pero la lista propuesta no ha perdido vigencia: servicios que no se ajustan geográficamente a las necesidades de la población, lo que se traduce en una falta de correspondencia entre las necesidades y demandas de los distintos grupos sociales, y la oferta y distribución de los recursos y servicios; problemas de acceso por barreras geográficas, económicas, culturales y organizacionales; baja e inequitativa calidad en los servicios, fallas en su estructura y problemas en la atención médica; fallas en la racionalización y optimización de los recursos; y falta de personal y recursos materiales adecuados para resolver los asuntos prioritarios, “mientras que existe una asignación significativa a asuntos de importancia secundaria y a atención de alto costo y cuestionable efectividad”.

Un dato más: en el Presupuesto de Egresos de la Federación para este año no se aumentaron, en términos reales, los recursos destinados al sector Salud, de acuerdo con Daniela Díaz, investigadora de la organización Fundar, Centro de Análisis e Investigación.

¿Cómo fue que llegamos a esta situación, tras más de 60 años de haberse iniciado la creación de instituciones públicas para la atención médica de los mexicanos?

RADIOGRAFÍA DEL SISTEMA DE SALUD



Para comprender la situación actual del sistema de salud en el país, conviene explicar primero cómo se encuentra integrado.

La fundación de lo que hoy se conoce como el Sistema Nacional de Salud data de 1943, año en que se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia, convertida en la actual Secretaría de Salud (SS), y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Desde su origen, el sistema de salud estuvo dividido entre los asegurados, empleados del sector formal, y los no asegurados, el resto de la población que carecía de acceso a un seguro público de salud.

Actualmente, el sistema público se encuentra fragmentado en más instancias, a las que se suman los servicios privados.

Dentro de los servicios públicos se incluyen las instituciones de seguridad social orientados a los trabajadores del sector formal, y por el otro lado a quienes se ocupan de la población no asegurada. A su vez, éstos se separan en nacionales, estatales y paraestatales.

Los servicios de salud para personas aseguradas son el IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el de Petróleos Mexicanos (Pemex), el de la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena) y el de la Secretaría de Marina (Semar).

Para las personas no aseguradas, las instituciones encargadas de brindarles servicios de salud son la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud (Sesa), el Sistema de Protección Social en Salud, a través del Seguro Popular, y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O).

Mientras que las instituciones privadas brindan servicios diferenciados según el tipo de afiliación y lo que se pague por ella.

El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, Pemex, Sedena y Semar es el gobierno) y contribuciones de los empleados, como señala un artículo llamado “Sistema de Salud Mexicano”, y elaborado por miembros del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CSNPSS) y la Escuela de Salud Pública de Harvard.

Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal.

Tanto la SS como los Sesa se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación).

El Seguro Popular se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SS y a los Sesa (y en algunas ocasiones a proveedores privados).

Las instituciones privadas del país se financian con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados. Sus servicios son proporcionados en consultorios, clínicas y hospitales privados, de modo que van dirigidos a la población con capacidad de pago.

En la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) en conjunto con el IMSS contabilizaron un total de 91 millones 540 mil 602 de derechohabientes de algún tipo de seguro, público o privado.

La mayoría está afiliada a los servicios públicos de salud. Se trata de 41 millones en el Seguro Popular, otros 40 millones en el IMSS y 6 millones en el ISSSTE. Sólo 848 mil 264 personas pertenecen al segundo rubro.

El documento de la OCDE, titulado *Desempeño y Reformas del Sistema Mexicano de Salud*, dedicado a analizar el desempeño y las reformas del sector, señala como el mayor de sus problemas la “amplia inequidad en el acceso”, pues además de que un porcentaje menor cuenta con seguridad social, alrededor de la mitad del gasto en este sector proviene del bolsillo de las personas, en contraste con la mayoría de los países miembros de la organización que cuentan con una cobertura universal o casi universal y el gasto directo del paciente es menor al 20 por ciento.

Según datos del Banco Mundial, en 2012 el 91.5 por ciento del total del gasto privado en salud en México fue desembolsado por el paciente, lo que incluye pagos a médicos, proveedores de fármacos, dispositivos terapéuticos, entre otras inversiones.

Por otro lado, existen también grandes disparidades en el financiamiento a la salud a lo largo del país, pues el Distrito Federal y los estados del norte reciben la proporción más alta del gasto público en esta materia, cuando sus necesidades –medidas con indicadores disponibles del estado de la salud tales como la mortalidad infantil– son mucho menores que en las demás entidades, de acuerdo con la OCDE.

La misma organización, que incluye a México entre sus 34 países miembros, menciona también que la calidad de los servicios de salud es otro motivo de preocupación. “Una oferta inadecuada de doctores y enfermeras en las zonas más pobres y una carencia generalizada de farmacéuticos han reducido la capacidad de proporcionar con calidad los Servicios de Salud del Estado en muchas áreas. También existen diferencias de calidad importantes entre las instituciones y los proveedores individuales”, señala.

La Secretaría de Salud, en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud, dio a conocer en 2008 el estudio *Situación de salud en México, indicadores básicos*, respecto a la disparidad del personal, en el que notó un déficit relativo de médicos y enfermeras. Para el año de publicación del documento, las regiones mejor provistas tenían entre 1.7 y 1.3 médicos por cada mil habitantes, mientras que las peores iban de 0.9 y 1.3 doctores por cada mil personas.

En contraste, la media de la OCDE para 2007 era de 3.1 médicos y 9.6 enfermeras por mil habitantes, aunque en las naciones más desarrolladas esta razón llega hasta los cinco por cada mil.

LA “AYOTZINAPA SANITARIA”



La doctora Silvia Tamez González, investigadora del Departamento de Atención a la Salud de la UAM Xochimilco, considera que la situación actual del sistema de salud mexicano “es deplorable” en cobertura y calidad de servicios. Foto: Francisco Cañedo, SinEmbargo

La doctora Silvia Tamez González, investigadora del Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco (UAM-X), es contundente al describir la situación actual del sistema de salud mexicano: “Creo que está en condiciones no malas ¡deplorables! en términos de cobertura, pero sobre todo de calidad de los servicios brindados”.

La especialista en salud considera que ello es resultado de las sucesivas reformas que se han impulsado en el sector, sobre todo a partir de los años noventa del siglo pasado.

El doctor Gustavo Leal Fernández, también investigador de la UAM-X e igualmente adscrito al Departamento de Atención a la Salud, ubica el problema un poco más atrás, durante la presidencia de Miguel de la Madrid (1982-1988), cuando se llevó a cabo la primera descentralización de los servicios de salud.

“Ahí tenemos el marco entero de un conjunto de decisiones que han sido sumamente equívocas y que han comprometido la capacidad del Estado, pero también del sector privado, para mejorar la atención en materia de salud”, destaca.

La descentralización se terminó de concretar durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari. A éste le siguió el gobierno de Ernesto Zedillo Ponce de León, durante el cual se hizo una reforma al IMSS, “que desfinanció los servicios y puso las pensiones en manos de las Afores [Administradoras de Fondos para el Retiro]”.

Luego, Vicente Fox Quesada impulsó el Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular, dirigido a la población no asegurada. Los posteriores gobiernos de Felipe Calderón Hinojosa y Enrique Peña Nieto han dado continuidad a ese programa, cuyo impacto real ha sido ampliamente cuestionado.

Calderón, además, llevó a cabo una reforma al ISSSTE que redujo los niveles pensionarios de los trabajadores del apartado B, y que afectó tanto a los empleados activos como a los de nuevo ingreso.

La investigadora de Fundar, Daniela Díaz Echeverría, dice que si bien todas estas medidas han buscado modificar el sistema de salud mexicano, con la reforma en 2003 de la Ley General de Salud se aceleró y profundizó tal intención.

La reforma de 2003 permitió la posterior implementación del Sistema de Protección Social en Salud —es decir del Seguro Popular—, que para Díaz Echeverría es la medida más importante que se ha tomado en el ámbito de la salud y que actualmente sigue teniendo un papel preponderante en el sector.

A decir de Tamez González las reformas que se han impulsado no tienen el objetivo de reforzar el sistema de salud público, de modo que en lugar de resolverse problemas como la falta de recursos, éstos se han agudizado, al tiempo que se han desfinanciado las instituciones de seguridad social.

“Había muchas cosas que mejorar pero esta no era la forma de hacerlo”, considera.

Díaz Echeverría, quien se ha enfocado a analizar lo referente a presupuestos al sector Salud en el área de Presupuestos y Políticas Públicas de Fundar, señala que el afán reformador continúa este sexenio, impulsado desde la SS por su titular, la doctora Juan López.

Desde 2013, la funcionaria ha anticipado que la siguiente “gran reforma” del gobierno federal será en materia de salud, lo que supondrá modificar el artículo 4 constitucional. El objetivo, según ha dicho Juan López reiteradamente a medios, es crear un sistema universal de servicios de salud para la población. La propuesta incluye la participación del sector privado y pagos por la prestación cruzada de servicios.

Para el investigador Leal Fernández, quien ha analizado ampliamente la política pública de salud y seguridad social del país, la propuesta de un sistema de seguridad social universal fue un “truco” del Presidente Peña Nieto desde su candidatura, para evitar discutir problemas de fondo como el sistema de pensiones y las fallas en la prestación de los servicios de salud.

A partir de esa idea, Leal Fernández plantea otra: así como Peña Nieto soslayó desde el inicio de su gestión la urgencia de atender los problemas que en materia de seguridad y justicia le heredó Calderón, también optó por esquivar los problemas estructurales que persistían en el tema de la salud y la seguridad social.

“En lugar de haberlo puesto sobre la mesa, lo esquivó, y a cambio de eso hizo un truco, un truco que se vino a pique muy pronto. El truco fue decir: ‘Yo no discuto nada de lo que está pasando en pensiones y salud, me hago omiso y ofrezco un sistema de seguridad social universal para vender nuevos derechos [pensión universal, acceso a la salud, seguro de desempleo y seguro de riesgos de trabajo]. Este, creo yo, es el fondo del problema que precipitó la situación en que nos encontramos en este momento”, dice el investigador de la UAM-X.

Leal Fernández recuerda que en el tema de seguridad y justicia, el Presidente soslayó primero un problema de urgente solución, luego intentó cambiar la percepción social, pero finalmente una tragedia –la desaparición forzada de 43 estudiantes normalistas en Iguala, Guerrero– develó la realidad. En el tema de salud, refiere, está ocurriendo lo mismo, de ahí que proponga hacer un símil y calificar la situación como una “Ayotzinapa sanitaria”.

“Ayotzinapa sanitaria justamente lo que significa es eso: como pasó con la agencia de justicia e impunidad en materia de salud y seguridad social, el gobierno de Peña Nieto comenzó con un truco de campaña [pero] no está a la altura del país que realmente dice que quiere modernizar”, plantea.

En ese sentido, señala el investigador, el Presidente no está dando respuesta a las demandas elementales de los mexicanos, que podrían resumirse así: mejorar los servicios, ampliar el catálogo de prestaciones, tener infraestructura y recursos suficientes para brindar un servicio adecuado, y priorizar los esquemas de atención primaria en lugar de los meramente curativos.

“Todo esto, que es lo que pide la sociedad, ha sido desestimado penosamente por la Secretaría de Salud”, dice.

El símil de Leal Fernández vale para un aspecto más: así como el descontento social que generó el caso de los 43 normalistas desaparecidos sacó por primera vez en muchos años a miles de ciudadanos a las calles en varios estados del país, la inconformidad en el sector Salud también ha llevado a protestar a dos de sus pilares: los médicos y el grupo conformado por enfermeros, terapeutas y trabajadores sociales.



Marcha del movimiento #YoSoyMedico17, en junio de 2014. Foto: Twitter @adrifadi

El 22 de junio de 2014, miles de médicos salieron a marchar en varias ciudades del país para denunciar la criminalización de su gremio, agrupados en el movimiento llamado #YoSoyMedico17.

El movimiento surgió como apoyo a 16 de sus colegas contra quienes un juez de Jalisco había librado órdenes de aprehensión por la muerte de un menor. Los padres del menor presumían una supuesta negligencia.

El hecho detonó las denuncias de los médicos por lo que consideraban una criminalización de su labor. “Somos médicos, no somos dioses ni criminales”, era su lema.

La movilización de los enfermeros y enfermeras, terapistas y trabajadores sociales del pasado 6 de enero fue la otra muestra de descontento e inconformidad de esos sectores.

Se trata, según Leal Fernández, de los dos movimientos más importantes en el sector Salud en las últimas tres décadas.

“Lo más interesante de lo que estamos viviendo, es que estos movimientos son básicamente de gente muy joven que están expresando la urgencia de que se rediseñe la entera política de salud y seguridad social, y estos liderazgos saben por dónde, tienen idea, y la pelota está en la cancha de Peña Nieto”, expone.

MÁS AFILIADOS, PEOR CALIDAD

La madrugada del 2 de octubre de 2014, una joven indígena de 28 años, llamada Irma López Aurelio, dio a luz en la jardinera de un Centro de Salud de Oaxaca, sin anestesia, sin cuidados médicos y en condiciones insalubres.

Pronto, la fotografía en que la mujer mazateca se mostraba en cuclillas, con el recién nacido debajo de ella, comenzó a rondar las redes sociales y los medios de comunicación, quienes denunciaron que el Centro de Salud le negó la atención médica porque los doctores determinaron que “aún le faltaba” dilatación para considerar que ya estaba en labor de parto, según testigos.

Una hora después de que fue regresada a su casa por los médicos, la mujer se vio obligada a parir en una jardinera.

El polémico caso terminó con una disculpa por parte del gobierno oaxaqueño, motivada por una recomendación de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), sanciones administrativas, cese de personal y la determinación de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca de que no existió una negligencia.

La impactante imagen y el caso en general fueron sólo el comienzo de una serie de denuncias ciudadanas por parte de mujeres embarazadas a quienes se les negaba la atención médica o eran víctimas de negligencia médica. En el caso de Oaxaca, hubo por lo menos nueve casos en los últimos meses del 2013 y los primero del año siguiente.

Uno de ellos fue el de Mariana Florina García Osorio, quien estuvo en coma durante un año en el Hospital Rural de Miahuatlán de Porfirio Díaz, en Oaxaca, luego de dar a luz a sus gemelas. Los médicos la intervinieron días después de parir, pues tenía la matriz infectada debido a que, según sus familiares, los cirujanos habían olvidado dentro unas tijeras.

Casos como los de Irma y Mariana también se han documentado en Chiapas, Guanajuato y Puebla.

Historias como estas ilustran, por una parte, lo que incluso una instancia oficial como el Coneval reconoce: que la cantidad de afiliados que se han sumado a los servicios de salud en los últimos años “no implica que la calidad de los servicios haya mejorado”.

Por otro lado, los casos de mortalidad materna son un reflejo de cómo está el sistema de salud en México, pues la mortalidad materna es un indicador de la calidad de los servicios médicos que tiene un país, señala la doctora Tamez González.

Su relevancia se ve, por ejemplo, en que la reducción de la tasa de incidencia es uno de los Objetivos del Milenio planteados por la Organización de las Naciones Unidas.

Según datos de la Secretaría de Salud, en 2014 hubo 893 casos de muerte materna.

El Observatorio de Mortalidad Materna en México, que analiza sólo datos que ya han sido validados por el Inegi y la SS, refiere –con cifras de 2012– que de las 960 mujeres que murieron ese año por complicaciones en el embarazo, parto o puerperio, el 55 por ciento estaba afiliada al Seguro Popular y el 87.4 por ciento contó con asistencia médica.

Asimismo señala que el 54 por ciento murió en una clínica u hospital del servicio federal o estatal de salud, 18.8 por ciento en una clínica u hospital de las instituciones de seguridad social y 9.4 por ciento falleció en una unidad médica privada.

“La mortalidad tendría que ser ínfima si tuviéramos garantizados servicios de calidad, y nuestras parturientas no se están muriendo en la banqueta. Ya eso nos está hablando de la calidad”, apunta la investigadora.

Tamez González dice que la aspiración cardenista de la cobertura universal en salud sigue siendo materia pendiente y hace una distinción pertinente, a propósito de la propuesta del gobierno federal de un sistema de salud universal: no es lo mismo hablar de cobertura universal que de un servicio de salud unificado.

“Hay una especie de discurso tramposo porque lo que hacen los funcionarios es hablar de unificación del sistema como si eso fuera atención universal. Lo usan como sinónimo [pero] no es sinónimo”, agrega por su parte Díaz Echeverría.

Leal Fernández completa esa idea. “Hablar de universalidad es una forma sofisticada sobre la demanda básica de la población, que es mejorar servicios. Porque la población lo que quiere es llegar a cualquier institución y que la atiendan. A la población qué le importa que esté pagado de una u otra manera”, dice.



Casos de negligencia médica contra mujeres embarazadas aumentaron en los últimos años. Foto: Cuartoscuro

PRIVATIZAR LA SALUD

A decir de la investigadora Tamez González, las reformas en el sector Salud tienen como principal objetivo “incorporar al [sector] privado a todos los niveles del sistema [...] Es una privatización de nuestros servicios de salud que se ha dado sin llamarla de esa manera”.

Los mecanismos a través de los cuales se está dando esta privatización, de acuerdo con la especialista, son varios. Uno de ellos, por ejemplo, es la subrogación de servicios a empresas privadas, como ha ocurrido con los servicios de hemodiálisis para pacientes del IMSS con insuficiencia renal crónica.

Otra forma, continúa, es la “renta” de equipos que empresas privadas cobran a los hospitales, en lugar de que éstos cuenten con sus propios aparatos.

El desabasto en las farmacias de las instituciones públicas de salud, situación que obliga a los pacientes a adquirir sus medicamentos en farmacias particulares, es otro mecanismo orientado en esta lógica, dice.

Lo mismo ocurre con los consultorios en farmacias, como las Farmacias Similares, propiedad del empresario Víctor González Torres. Al respecto, dice Tamez González: “Es otra forma de privatización porque la gente tiene que pagar consulta, aunque sea poco, y comprar los medicamentos, porque es la condición para que le den a uno consulta”.

Una forma más en que, según la investigadora, se está propiciando la privatización de los servicios de salud es en la construcción de infraestructura sanitaria, bajo esquemas de asociaciones público-privadas. Un ejemplo de este esquema es el Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango, Estado de México, construido por el empresario Juan Armando Hinojosa Cantú. A Hinojosa Cantú se le ha señalado por haber sido el principal contratista de obra pública en el Estado de México durante la gubernatura de Peña Nieto, y por ser el dueño legal de una propiedad de uso residencial de la familia del presidente, conocida como la “casa blanca”.

Sobre todos estos mecanismos que son prácticas habituales en el sistema de salud actual, Tamez González explica: “La lógica es trasladar fondos públicos al sector privado de diferentes formas, para eso se tenía que estratificar a la población muy claramente en cuanto a su capacidad de pago”. Es decir que la tendencia es que el acceso a los servicios de salud está en función de lo que cada persona puede pagar.

El *Programa Sectorial de Salud 2013-2018* plantea un panorama de la salud de los mexicanos que enfrenta situaciones como el cambio del perfil demográfico de la población, que ha generado un proceso de envejecimiento.

Aunado a ello, refiere el documento de la SS, los mexicanos han adoptado estilos de vida poco saludables y de riesgo, como la falta de actividad física, nutrición inadecuada, relaciones sexuales no seguras, consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, falta de educación vial y de salud ocupacional.

También ha habido un creciente predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y aquéllas causadas con lesiones causadas por factores externos.

Cuestionada sobre si la composición actual del sistema de salud en México responde a estas necesidades sanitarias, Tamez González responde que el problema de la salud es lo que menos importa. Lo relevante, dice, es el “costo-beneficio de las acciones” y en función de eso se otorgan los servicios.

“También hay un problema de orden ideológico político”, agrega la investigadora. “La gente ya perdió la noción de tenerlo [la salud] como derecho [...] Ahora la gente lo siente como un favor o como una suerte”.

LA “PÓLIZA PARA POBRES”

Cuando Tamez González habla de una estratificación de los servicios de salud en función de la capacidad de pago, el ejemplo que sugiere es el Seguro Popular, cuyo diseño, dice, está pensado como si fuera una póliza de seguro privado. Sólo que éste es una “póliza para pobres”.

El Seguro Popular tiene un catálogo básico de servicios de salud y “lo que no entra en esa lista elaborada no puede ser atendido en ningún lado [...] es como comprar una póliza para pobres, que tiene pocas posibilidades incluso de hacerse efectiva, como lo hemos estado viendo en la prensa cotidianamente. Entonces es aseguramiento para pobres con esta lógica del aseguramiento privado, porque es lo único que puede garantizar la ganancia”.

En su *Informe del Resultado de la Fiscalización de la Cuenta Pública 2012*, la Auditoría Superior de la Federación señala que, al menos hasta ese año, el catálogo de servicios que cubría el Seguro Popular contemplaba 341 enfermedades, apenas el 2.4 por ciento de los padecimientos registrados en el Catálogo de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud que propone la Organización Mundial de la Salud.

Sólo el IMSS y el ISSSTE cubren este catálogo al 100 por ciento, según la Auditoría.

La investigadora de Fundar, Díaz Echeverría, señala además que la propuesta del Seguro Popular de ofrecer un paquete de servicios es “anticonstitucional”, ya que el artículo 4 de la Constitución Política mexicana garantiza el derecho a la protección de la salud y el esquema del Seguro Popular restringe ese derecho.

Fundar ha analizado ampliamente la operación del Seguro Popular. Uno de los señalamientos que recurrentemente ha hecho la organización es que el énfasis del Seguro Popular es más en lo financiero que en la parte operativa, que es la que se encarga de la atención.

“Es muy claro cómo se ha fortalecido la Comisión Nacional de Protección Social en Salud [encargada del Sistema de Protección Social en Salud, del que forma parte el Seguro Popular] muchísimo más en relación a las subsecretarías y la Secretaría de Salud. Ese fortalecimiento de la Comisión tiene que ver con el enfoque de fortalecer la gestión financiera y no ha ido de la mano con que se fortalezca la gestión para la provisión de servicios en salud”, refiere.

También se le ha fortalecido al dotarlo de más facultades rectoras al interior de la Secretaría.

Un tercer elemento que permite ver la preponderancia que tiene el Seguro Popular sobre otras instancias o programas es que quien está al frente de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud es el doctor Gabriel O’Shea Cuevas, quien fue Secretario de Salud en el Estado de México durante el último bienio del gobierno del Presidente Peña Nieto.

“Es el nivel de relevancia que se le da al interior del círculo más duro del poder político del Ejecutivo federal”, apunta Díaz.

Una consecuencia obvia de que el esquema del Seguro Popular esté más enfocado en el aspecto financiero que en la prestación de servicios es que la prevención, promoción y la atención en salud se debilitan.

“Yo lo veo como en ámbitos organizativos muy caótico, porque tienes esta estructura muy fortalecida de un modelo financiero [...] pero coexiste con otro modelo que son las redes de atención, que tiene otra estructura y en el ínter tienes a la población. Lo que la población hace es acudir a las redes de atención, no acudimos al régimen [financiero]”, expresa la investigadora.

No es la única que lo señala. El estudio realizado por el Coneval en 2014 llamado *Indicadores de Acceso y Uso Efectivo de los Servicios de Salud de Afiliados al Seguro Popular*, concluye que los derechohabientes de este tipo de asistencia fueron los que reportaron mayormente una falta de atención a sus problemas de salud.

El programa, instaurado durante el gobierno del panista Fox Quesada, tuvo en un primer momento un aumento en el número de afiliaciones, a la que le ha seguido “una reducción en la calidad de los servicios respecto a tiempos de espera y provisión de medicamentos”, de acuerdo con el organismo.

Los principales motivos por los que la población reportó no recibir atención fueron la falta de dinero, la espera para ser atendido y la escasez de medicina.

SALUD Y DISCRIMINACIÓN



Indígenas son víctimas de discriminación y malos tratos por su condición racial. Foto: Cuartoscuro

En octubre del 2013 una historia sacudió a las instituciones médicas e indignó a ciudadanos y organizaciones, cuando personal del Hospital General de Guaymas, Sonora, dejó morir afuera de sus instalaciones a José Sánchez Carrasco, un jornalero de 38 años que permaneció a la intemperie durante cinco días esperando ser atendido.

El video del campesino originario de Chihuahua, tendido en el patio del nosocomio, se difundió a través de diversos medios de comunicación, quienes también dieron la postura del ahora destituido director del hospital, Alfredo Cervantes Alcaraz: “Él llegó al hospital pero no contaba con dinero y no se le pudo atender. Él mismo decidió quedarse debajo de un árbol, donde durmió varios días y un médico salió a checarlo en el trayecto de su estancia en las afueras del hospital. Pero nunca fue hospitalizado”.

En entrevista telefónica con **SinEmbargo**, Cervantes Alcaraz dijo entonces que el mismo hombre se negó a recibir atención médica: “Estuvo internado por un día por deshidratación, se le dio alimentación y él decidió salirse y le vieron buena evolución y permaneció en las afueras del hospital. El día siguiente se sintió mal, se le ofreció, a través de Seguro Popular, atenderlo y él negó la atención, negó necesitarla y negó ya no sentir más síntomas, pasó otro día igual y al tercer día se encontró por ahí fallecido”.

Sin dinero, deshidratado y con un cuadro de desnutrición, José “decidió” morir debajo de un árbol y envuelto en una cobija.

Además de evidenciar las fallas en el sistema de salud, casos como el de José o el de Irma o el de Guadalupe tienen una cosa en común: las víctimas pertenecen a grupos vulnerables –indígenas, discapacitados, mujeres–, por lo que son casos en donde hay un componente extra de discriminación.

A inicios del año pasado, expertos alertaron que la discriminación contra los indígenas en México estaba “más viva que nunca”, luego de casos como la falta de asistencia en hospitales de zonas rurales.

“México es una ‘pigmentocracia’, en el que las jerarquías sociales están definidas por el tono de piel”, dijo entonces a **SinEmbargo** el académico del Departamento de Ciencias Sociales y Políticas de la Universidad Iberoamericana (UIA), Juan Pablo Vázquez.

A pesar de que 80 por ciento de los mexicanos tiene rasgos de alguna etnia, y cifras del Censo de Población y Vivienda 2010 dicen que el padrón de hablantes y autoadscritos alcanza un registro de 16 millones 102 mil 646 personas consideradas indígenas, este grupo racial no está en exento de sufrir algún tipo de agresión.

En noviembre del 2013, Ricardo Antonio Bucio Mújica, presidente del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred), dividió a México en dos países: uno, acorde con el párrafo tercero del artículo 1 constitucional, según el cual “todas las autoridades en el ámbito de su competencia tienen la obligación de proteger, de respetar y de promover los derechos humanos legalmente reconocidos”; y otro, el país “que dejó morir a la puerta de un hospital a un jornalero agrícola hace unos pocos días, en supuesto cumplimiento de la norma de ese centro de salud”, refiriéndose a Sánchez Carrasco.