



Para una discusión informada

ASA CRISTINA LAURELL

Recientemente se ha desarrollado una polémica sobre la federalización de los servicios estatales de salud para personas sin seguridad social laboral, que está en marcha con el apoyo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), organismo tripartita con su propio estatuto legal. Esta polémica se inició con un artículo de Julio Frenk, ex secretario de Salud federal, y Octavio Gómez, su colaborador desde por lo menos 23 años. Dicho artículo fue analizado por el director general del IMSS, Zoé Robledo, quien explicó que el IMSS-Bienestar, con estatuto de un organismo público (OPD), sólo comparte el nombre con el programa IMSS-Bienestar, fundado en 1979, para atender a la población en extrema pobreza. Robledo señaló que los documentos creadores del OPD son su decreto de creación y su modelo de atención, ambos publicados en el *Diario Oficial de la Federación (DOF)* el año pasado. Para los estudiosos de la política de salud mexicana parece una requisito mínimo conocer estos documentos. Puede ser que Frenk esté demasiado ocupado administrando la Universidad de Miami, pero para Gómez, del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública, los mencionados documentos son su materia de estudio.

Son bienvenidas las discusiones para confrontar ideas y posiciones, siempre y cuando se basan en hechos y aportan conocimiento y no tienen por finalidad distorsionar los argumentos del adversario. Los calificativos usados por Frenk-Gómez, por ejemplo, "apartheid" y "corporativismo" parecen usarse para asociar el IMSS-Bienestar con situaciones negativas, particularmente en ciertos círculos. En este contexto cabe recordar que las políticas siempre se basan en valores y concepciones del mundo. No existen políticas abstractas, siempre se desprenden de los objetivos que se quieren lograr. Así, la manera de usar corporativismo en el texto de Gómez y Frenk insinúa que el OPD IMSS-Bienestar intenta recrear el pasado, cuando los asalariados de las grandes y medianas empresas y el sector público gozaban de la seguridad social, mientras el resto de la población fue atendida por las secretarías de Salud, federal o estatales. La visión del proble-

ma de segmentación del sistema de salud cobra otro sentido cuando el trabajo precario y la desigualdad se incrementaron sostenidamente desde la imposición general de la política económica neoclásica, particularmente después de la crisis en la transición entre los gobiernos de Salinas y Zedillo en 1994. Desde entonces hasta 2019 prevaleció la política de promover múltiples financiadores y prestadores compitiendo entre ellos, o sea, un modelo mercantil.

El Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular-SP), iniciado en 2001, prevaleció durante 20 años. Para entender su funcionamiento es importante saber que es concebido como un seguro de salud, pero no es un sistema de prestación de servicios. En esta lógica mercantil cubría varios paquetes de servicios: el básico o Causas, el de los niños y el de gastos catastróficos. Aun así, no cubría de lejos los servicios garantizados por el IMSS y el Issste. Mañosamente Frenk y Gómez sostienen que se legisló el SP porque S. Levy, director general del IMSS, propuso el Seguro de Salud para la Familia para los desprovistos de un seguro de salud laboral en el marco del IMSS ordinario. En realidad, sugirió la incorporación de esta población a los servicios de salud al Instituto Mexicano del Seguro Social, aunque no presentó un propuesta de cómo financiarla. Así, el SP mantuvo la fragmentación del sistema público de salud y generó un espacio amplio de corrupción en los estados, hecho que consta en los informes de la Auditoría Superior de la Federación.

Independientemente del deseo de tener múltiples prestadores de salud, el hecho es que los principales prestadores fueron los sistemas estatales de salud en el primer y segundo niveles y de forma eventual los Institutos y Hospitales de Alta Especialidad. Para tener acceso a los recursos del SP las unidades de salud (centros de salud y hospitales) deberían certificarse, procedimiento que no se aplicó durante muchos años. Por otra parte, los pagos a los prestadores de intervenciones de gastos catastróficos generalmente se retrasaron por lo menos un año.

La universalización de los servicios de salud fue propuesta por el actual Presidente desde 2002 y se logró en el Distrito Federal para 2006. Hoy falta precisar cuántos recursos nuevos se requieren, pero desde luego nadie ha dicho o pensado que el actual presupuesto del programa IMSS-Bienestar fuera suficiente.