

La reforma del sistema de salud en México*

(The reformation of the Mexican health system)

Asa Cristina Laurell**, Elsa Ladrón de Guevara Morales***

Pregunta (P). ¿Por qué si el derecho a la salud está garantizado constitucionalmente, éste no se cumple cabalmente en nuestro país?

Respuesta (R). Yo creo hay una contradicción en la propia Constitución, porque en el artículo cuarto se concede el derecho a la protección a la salud a todos los mexicanos, pero no se dice quien tiene que garantizar este derecho; un derecho que no tiene un responsable de garantizarlo, es entonces una declaración de principio pero no es un derecho exigible. Sin embargo, también es importante decir que en México hay jurisprudencia que determina que es el Estado el que está obligado; en el caso de las instituciones de seguridad social ahí sí es un derecho exigible, de tal manera que para quien no se cumple este derecho es para la población no asegurada, que hoy en día según el último Censo de Población es el 55 por ciento de la población.

P. Tanto las instituciones de seguridad social como los servicios de atención a la salud de la población no derechohabiente enfrentan una crisis, expresada entre otras cosas por el desabasto de medicamentos e insumos, listas de espera para acceder al segundo nivel de atención y deterioro de las condiciones laborales y salariales de los trabajadores de la salud, así como problemas de sustentabilidad en el sistema de pensiones ¿Cuáles son los factores que desencadenaron y mantienen esta crisis?

R. Yo creo que esa crisis en realidad empezó cuando se cambió lo que era el Proyecto Nacional por el Proyecto Neoliberal, que

como todos recordamos fue en el año 1983; después del derrumbe financiero el cual fue una crisis de deuda externa.

Lo que ocurrió en la primera fase de ese proyecto -llamada la fase de estabilización-, fueron dos hechos los que generaron la crisis de las instituciones de salud: por una parte hubo una depresión salarial muy importante, además, se paró prácticamente el empleo y esos dos hechos afectaron directamente a los institutos de seguridad social, ya que las cotizaciones a la seguridad social eran porcentajes sobre el salario, y cuando cae el salario cae en la misma proporción los ingresos de los institutos de seguridad social, y por otro lado, como no se generó el empleo, esto significó que no había crecimiento de nuevos afiliados, lo que trajo como consecuencia que dentro de las instituciones de seguridad social se alterara gravemente la relación de los trabajadores activos que están cotizando y los trabajadores que se jubilan.

La otra vertiente de la fase de estabilización fue una decisión de orden político, consistente en recortar todos los presupuestos sociales para hacer frente a la crisis fiscal del Estado, y esta decisión se constituyó en un golpe muy fuerte a los servicios de salud para la población abierta.

Lo que se puede decir y que es verificable, es que hubo una caída en los presupuestos de salud de alrededor del 50 por ciento y en algunos casos un poco más, para 1997 aún no se había recuperado el nivel de presupuesto por persona existente antes de la crisis; con estas medidas se inició un largo camino de

*El trabajo que se presenta es una entrevista que se realizó el 16 de marzo del 2007 a la Dra. Asa Cristina Laurell en el marco del Seminario: "La Reforma del Sistema de Salud en México" evento que tuvo como propósito analizar los procesos de reforma del Sistema de Salud en México de 1995 a 2006. Se efectuó en el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

**Dra Asa Cristina Laurell. Ex Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

***Elsa Ladrón de Guevara Morales. Investigadora tiempo completo. Coordinadora del área disciplinar de administración de servicios de salud. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. México. elsaladron@uv.mx

deterioro y de desfinanciamiento de los servicios de salud. Esto se expresa de distintas maneras en las distintas instituciones; en la seguridad social lo que ocurrió fue el desfinanciamiento, que por ciento, se suponía que se iba a reponer con la reforma de la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1995 y que entró en vigor el 1997, uno de los compromisos explícitos del entonces presidente Zedillo era que con ese nuevo esquema de cotización que se aprobó se iban a refinar los servicios del IMSS. Cuando se analizó la reforma -y lo señalamos- lo que se hizo en realidad fue introducir una cuota fija para el Estado, pero esa cuota fija apenas o ni siquiera compensó lo que se aprobó respecto a bajar la cotización a los patrones, particularmente a las empresas que tienen los niveles salariales más altos, y en esos términos el fondo global de salud para el IMSS no se incrementó más bien disminuyó.

Además, se tomó una decisión totalmente arbitraria en el sentido de que el 1.5 por ciento del salario base de cotización se destinaría para financiar los servicios de salud de los pensionados, decisión arbitraria porque no hubo ninguna base actuarial ni nada que sustentara esa decisión, y hay que agregar a esto la falta de incorporación de nuevos trabajadores; estos hechos se han traducido en un déficit permanente, ya que el gasto en servicios de salud de los pensionados se ha incrementado, no porque son pensionado sino porque son los que tienen las patologías crónicas que tienen un mayor costo de tratamiento, aunque probablemente no tan alto como se podría pensar a primera vista, porque también hay seguramente mucha fuga de recursos y una falta de calidad en los servicios.

Se estima que el IMSS en los diez últimos años ha tenido un creciente desfinanciamiento tanto en lo que es inversión como en lo que es gasto de operación, que se expresa entre otras cosas por una parte, en el deterioro del equipamiento de las propias instalaciones hospitalarias y en las clínicas de medicina familiar. Se calcula que se requeriría de un presupuesto emergente inmediato para poder tener los indicadores de infraestructura, de

personal y de equipamiento del orden de 50 mil millones de pesos. Además, hay un déficit en el gasto de operación que ha hecho que se esté restringiendo la prestación de los servicios eso se traduce en largas listas de espera, una de las medidas que se tomaron -que también fue muy desafortunada- es que se eliminó prácticamente lo que eran las suplencias a través del concepto 08, situación que incrementó mucho la presión sobre los trabajadores del IMSS.

Por último en esa misma línea, están obligando al IMSS a tener reservas actuariales determinadas de una manera -yo diría- discrecional, pues no se conoce cuál es la base del cálculo de esas reservas actuariales; además, se está utilizando esta situación de las reservas como un mecanismo para presionar sobre el propio Instituto y particularmente sobre su sindicato, eso se observó con toda claridad cuando se dio el conflicto interno sobre el régimen de jubilación y pensión de los propios trabajadores del Instituto, porque ahí la postura de las autoridades fue: ningún peso del fondo actuarial ni una nueva plaza hasta que accedan al cambio contractual que se está proponiendo.

Pero las reservas actuariales no solamente se ha utilizado para presionar sobre el sindicato del IMSS, ya que en este último presupuesto de 2007, la Comisión de Seguridad Social de la Cámara de Diputados, había propuesto y aprobado la utilización de siete mil millones para infraestructura y para comprar equipo y el Secretario de Hacienda dijo que no tenía ningún peso para inversión porque debería preservarse la reserva actuarial.

Lo que se está propiciando es que se llegue a un desprestigio muy importante de las instituciones públicas, en este caso del IMSS, porque aparece como si fuera ineficiente y que casi por naturaleza prestara los servicios. No hay que olvidar que el Instituto Mexicano del Seguro Social fue un ejemplo de buenos servicios, un ejemplo de actualización científica y lo fueron estrangulando. En este momento ya han generado una situación que hace mucho más posible atacar a esta institución.

En el caso de los servicios de la Secretaría de Salud, que fueron descentralizados como parte del cambio estructural en el sector salud, lo que ocurrió es que no se dio el presupuesto suficiente, porque hay que reconocer que el presupuesto per cápita en la población abierta representa la mitad del que se le asigna a la población del Seguro Social el cual ya de por sí es demasiado bajo, podemos imaginar lo que significa en términos de la población abierta que se atiende.

La pregunta en todo caso es si el Seguro Popular que se supone está dando recursos frescos, está en condiciones de poder remediar el déficit que se tiene, yo diría -por la manera como está concebido el Seguro Popular- que el financiamiento que se está otorgando en realidad no se constituye en recursos frescos para los sistemas estatales de salud, porque están manejados por la Comisión Nacional de Protección Social de Salud y por los Regímenes Estatales de Previsión Social y allí no hay ninguna garantía en dos sentidos: primero, lo que hasta ahora se puede ver es que ha sido un manejo muy ineficiente de esos recursos, incluso ha habido casos donde se están investigando corrupciones más o menos importantes, por otra parte, frente a las dificultades que enfrentan los servicios estatales (por los fuertes rezagos en infraestructura y gastos de operación) para prestar los servicios, se está recurriendo a la subrogación de servicios con el sector privado, sin tener bien establecido cuál es el tabulador que se debe pagar, a pesar de que es ampliamente conocido, que la prestación de los servicios privados siempre resulta más caro que la prestación de servicios en el sector público.

Por lo anterior, en realidad no hay ninguna garantía, de que estos recursos efectivamente vayan a ser utilizados para ampliar la infraestructura, para regularizar el personal y garantizar que haya insumos necesarios en los servicios de estatales de salud; ésta es una de las objeciones de fondo al Seguro Popular.

P. En otros países como en Chile inicialmente y posteriormente en Colombia, se han impulsado reformas en el sector salud similares a las que

se han estado instrumentando en México en las últimas décadas ¿Quisiera comentar los resultados de estas políticas en aquellos países?

R. Bueno tomemos primero el caso chileno que creo que es paradigmático realmente porque hoy día están revisando todo el sistema. Lo que se hizo en Chile fue una variante mucho más radical en términos de la actividad privatizadora porque se destruyó el Servicio Nacional de Salud y se introdujo un seguro obligatorio, la población podría optar o bien por las administradoras de fondos privados (ISAPRES) o adscribirse al Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Lo que ocurrió en Chile es que las ISAPRES tenían la posibilidad de rechazar a la gente e hicieron lo que es uno de los vicios más conocidos en economía de la salud, es decir, hicieron una selección adversa ya que admitieron a la gente sana con altos ingresos altas cotizaciones y rechazaron a los pobres y a la gente enferma, incluso en el origen tenían que reafiliarse cada año, lo que implicaba que si alguien adquiría una enfermedad crónica en el transcurso de un año, en el siguiente ya no los aseguraban, generando así una canalización hacia el sector público de los más enfermos.

Pero aún con esas facilidades que le dieron al sector privado nunca cubrió a más del 20 por ciento de la población, sin embargo concentraban casi el 50 por ciento del presupuesto. Mientras que el sector público se quedaba con la población de bajos ingresos y tenía que abastecer de servicios de salud al 80 por ciento de la población.

Es importante señalar que después de casi diez años de estar funcionando este sistema en Chile, se empezó a hablar de la crisis del sector salud. En cuanto a la satisfacción de los usuarios, a través del levantamiento de encuestas se encontró que a pesar de las dificultades financieras y la gran carga de demanda que tenían los servicios públicos, la satisfacción de la población que se atendía en éstos era mayor que la que manifestaba la población que se atendía en el sector privado.

Por todo lo anterior, actualmente se están tomando medidas relacionadas con el establecimiento de paquetes obligatorios para los ISAPRES, para que incluyan un componente preventivo más fuerte. Yo diría que lo que ocurrió en Chile con el crecimiento de los ISAPRES sobretodo (no tanto de los prestadores privados de servicios), es que se generaron intereses económicos muy importantes ligados a los grupos financieros y a mi modo de ver, ésta es una de las razones por la cual la actual presidenta de Chile no ha podido y no ha querido atacar de fondo al problema, ya que es un problema político de conflicto con los grandes intereses financieros.

La reforma de Colombia se inició con la Ley 100 en 1993, con algunas variantes importantes es el antecedente inmediato del actual Sistema de Previsión Social y creo que es importante señalar y recordar que participó directamente en esa reforma Julio Frenk, como asesor del entonces Ministro de Salud de Colombia Juan Luis Londoño, hicieron todo el modelo básico que denominaron Pluralismo Estructurado, pluralismo porque parte de toda la connotación neoliberal que introduce tanto administradores de fondos de salud como prestadores de servicios de salud privados aunque también había públicos.

Básicamente lo que se hace con la reforma a través de la Ley 100 es plantear una nueva legislación en donde se establece la obligatoriedad de un seguro de salud para los que tienen capacidad contributiva, y para la población que está clasificada como muy pobre, entra en un régimen subsidiario de donde se establece un paquete de servicios restringidos (en comparación con el régimen contributivo), que se financia a través de un subsidio estatal. Se mantiene también un fondo especial para las actividades de salud pública que queda en manos del sector público.

Con ese seguro en la mano, los asegurados que pueden decidir quien va a ser el administrador de sus fondos, y los administradores de los fondos del seguro son los que compran los servicios a los prestadores privados, sobre un principio esencialmente competitivo.

En esos términos lo que ha ocurrido -y yo creo que es muy importante subrayarlo- que casi la mitad de los hospitales públicos han cerrado, se ha incrementado muchísimo la dificultad para acceder a los servicios de salud, y lo que era el sistema de intervención en salud pública relativamente consistente antes de la Ley 100 prácticamente colapsó bajo el modelo actual, ya que las coberturas de vacunación bajaron, el programa de tuberculosis también casi colapsó, lo que era el combate al paludismo también tuvo un retroceso muy importante. Es también muy interesante observar que hasta hace dos años la población cubierta por un seguro de salud obligatorio era alrededor del 60 por ciento, con fuertes evidencias de que el aseguramiento está generando reestratificación, ya que se asegura a la población con ingresos altos y empleo formal que está obligada a cotizar.

P. ¿Considera que las reformas que se han impulsado en las instituciones de salud de México lograrán resolver los problemas de calidad, equidad y sustentabilidad que prevalecen?

R. Yo estoy convencida de que las reformas que se han hecho, como la reforma del IMSS, no ha garantizado ninguno de estos elementos. Creo que el trasfondo de estas reformas en realidad es la privatización de los servicios, lo que menos garantizará la sustentabilidad y la calidad, existe una agenda oculta en las reformas y esta agenda no ha sido explícita porque hay una opinión pública muy adversa a la privatización, el hecho de hacer la separación del financiamiento de la salud de lo que es la prestación de los servicios de salud, es una precondition necesaria para que se empiece a contratar los servicios privados, yo creo que próximamente vamos a ver también la entrada de administradores privados de esos fondos. De tal manera que yo creo que las reformas incluyendo la del ISSSTE que está a marchas forzadas en estos días, en realidad no van a resolver los problemas.

Lo que es francamente lamentable, es ver como se están copiando esquemas que ya han demostrado en otros países que no sirven y no resuelven los problemas, de tal manera que

vamos a estar dentro de diez años otra vez planteando la crisis en el sector salud. Yo creo que no se están tomando las medidas que deben de tomarse, las medidas que deben tomarse es el refinanciamiento de los servicios, garantizar la suficiente infraestructura y eso requiere el incremento del presupuesto, pero un presupuesto que realmente sea utilizado eficientemente y visualizando las condiciones a largo plazo para que se pueda garantizar un sistema público de salud.

P. ¿Cuáles son los intereses que subyacen tras estas reformas hoy etiquetadas como neoliberales?

R. Yo creo que sobre todo hay intereses económicos y también hay intereses ideológicos, no sé si se puede hablar de intereses ideológicos porque hay como una fe ciega, en que con mecanismos de mercado van a arreglar los problemas y eso también es lamentable porque todas las evidencias y algo que la economía de la salud ha dicho en estos 30 años, es que el mercado no funciona como asignador de recursos en el sector salud, entre otras cosas, porque hay asimetría de información entre los que prescriben los servicios y los prestan y los que reciben los servicios. En medio de un discurso que hay en todo el mundo sobre que hay que hacer política basadas en evidencias, en las políticas que se están instrumentando, todas las evidencias son contrarias, esas medidas no van a ser la solución a los problemas, pero estas evidencias parece no importarles.

En cuanto a los intereses económicos, desde luego que hay intereses económicos tanto financieros como de las empresas médicas que están creciendo de manera importante, La compra de servicios a estas empresas se traduce en un mayor gasto en servicios de salud a expensas de la economía familiar. Otra tendencia económica que se observa y que hay que seguir de cerca, es la creciente monopolización de lo que es el sector de las empresas médicas, por lo menos en la ciudad de México el grupo Ángeles está absorbiendo prácticamente todos los grandes hospitales privados, lo que significa incluso, que inicialmente este grupo podría hacer una oferta de precios digamos no tan desfavorable en términos

de lo que es la prestación de los servicios de salud, pero una vez que se haya desmontado el sector público y no existiendo competencia estarán en la posibilidad de determinar cualquier precio sin ninguna restricción.

Existen otros sectores con intereses económicos en el sector de la salud. Estos intereses han dado lugar a otro fenómeno que se manifiesta a través de la privatización de las instituciones de salud por pedazos; por ejemplo lo que se ha propuesto en México denominado el “*Compromiso para garantizar la suficiencia, disponibilidad y precio justo de los medicamentos*”, seguramente conducirá a subrogar todo lo que es el abasto de los medicamentos, a la industria farmacéutica, lo que redundará en un sobreprecio de alrededor del 30 por ciento, las presiones no sólo son de la industria farmacéutica, también existen presiones por parte de la industria del equipamiento médico ya que se ha generado la idea que se tiene que tener todo el equipamiento médico, cuando se ha demostrado que en la mayoría de los casos, mayor equipamiento médico no incrementa la capacidad diagnóstica, por lo anterior la compra y sustitución de equipo médico sólo encarece los servicios y no tiene ningún efecto real en la mejoría de los servicios de salud.

P. Como Secretaria de Salud en el Distrito Federal, implementó una política sanitaria no sólo diferente a la política federal, sino incluso opuesta ¿nos podría comentar qué resultados obtuvo y que condiciones hicieron posible el garantizar el derecho universal a la salud en el Distrito Federal?

R. Nos planteamos hacer una plataforma de salud en donde garantizamos el derecho a la protección de la salud; el vehículo para hacer esto fue el establecimiento de servicios médicos y medicamentos gratuitos, que por cierto se convirtió en ley en mayo del 2006; optamos por este camino, porque hicimos varias encuestas y llegamos a la conclusión con base en ellas, que el principal obstáculo al acceso a los servicios era el económico. Hicimos de esta manera, una política en dos líneas; por una parte la promoción del programa donde podía inscribirse cualquier ciudadano, cualquier

familia residente del Distrito Federal que no tuvieran seguridad social. Hacia finales de la gestión del 2006 teníamos una cobertura de 95 por ciento de las familias sin seguridad social, residentes del Distrito Federal.

En promedio 75 por ciento de los servicios que prestábamos en nuestras instalaciones ya fuera en centros de salud o en los hospitales, se otorgaban en el marco del Programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos, el otro 25 por ciento correspondía a pacientes residentes del Estado de México que usaban los servicios del Distrito Federal; y para los cuales no siempre estábamos en condiciones de otorgarlos en forma gratuita, por lo que se realizaba un estudio socioeconómico, y en los casos donde no podían pagar se exentaban; de lo contrario, hubiésemos generado un efecto perverso, en el sentido de que hubiera recaído sobre nuestros servicios (de por sí están ya bastante sobrecargados), la atención de la población del Estado de México.

El programa también permitió a las familias a las cuales prestamos los servicios tener un ahorro familiar muy importante, según nuestros cálculos muy conservadores, del orden del 3 mil 500 millones de pesos, esto constituye un mecanismo redistributivo, porque esos recursos se pueden utilizar para cubrir otras necesidades básicas de las familias.

También se incrementó en forma importante la prestación de servicios en salud; ya que el Programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos, efectivamente removió el obstáculo económico para el acceso a los servicios; como ejemplo puedo comentar que incrementamos la atención hospitalaria en el orden del 30 por ciento, incrementamos el número de cirugías entre 75 por ciento y 80 por ciento, y en todos los rubros, menos en consulta externa, hemos tenido un incremento importante.

Otro gran eje que se trabajó, porque no queríamos cometer el error demagógico que se está haciendo con el seguro popular, diciendo que hay derecho a la salud por un paquete de servicios, si no se tiene la infraestructura y el presupuesto necesario para efectivamente dar el servicio. Hicimos una inversión

importante en infraestructura, construimos dos nuevos hospitales e incrementamos las camas de hospital en 25 por ciento; también construimos nuevos centros de salud y clínicas comunitarias, siempre con un criterio basado en las necesidades tanto de salud como de la falta de infraestructura. Con esta estrategia logramos corregir la distorsión que había en los servicios de salud del Distrito Federal, ya que la infraestructura existente correspondía a los asentamientos de la población y al tipo de patología que prevalecía hace 25 años, porque desde entonces no se había hecho gran cosa, yo creo que logramos corregir parte de esta problemática.

Todo lo anterior fue posible porque había un compromiso presupuestal muy importante por parte del gobierno del Distrito Federal. En este compromiso se colocaron los temas sociales como primera prioridad junto con la seguridad pública, lo que se tradujo en un incremento presupuestal muy sustancial; inicialmente tuvimos un incremento del presupuesto de gasto corriente de casi el 45 por ciento, y en los siguientes años más o menos se mantuvo en ese nivel, además, se dio un fuerte impulso al presupuesto para inversión.

Yo creo que logramos llegar casi a una cobertura universal, con la aclaración de que lo que nosotros ofrecemos gratuitamente son los servicios que efectivamente se prestan en el sistema del gobierno del Distrito Federal, que excluye algunas patologías como son el cáncer, aunque si logramos ofrecer tratamiento para patologías cardiovasculares incluyendo la cirugía cardiovascular.

Esta forma de poner a disposición de la población los servicios de salud que existen, cumple mucho más con la equidad, en el sentido de que la equidad es tener acceso a los servicios que existen para esa necesidad; no como lo plantea el seguro popular que hace un paquete de servicio y cuando el padecimiento no está en el paquete, lo tiene que pagar la persona.

Otra gran diferencia con el seguro popular, es que nosotros no condicionamos en absoluto el derecho a la protección a la salud, porque no

establecemos como lo hace el seguro popular -que a mi modo de ver es una violación de la Constitución- el condicionamiento al acceso a la protección a la salud, al pago de una cuota para el 80 por ciento de la población, porque sólo 20 por ciento de la población sin seguridad social esta exenta.

P. ¿Por qué una persona con la trayectoria académica que usted tiene, sigue luchando por un ideal, ahora como Secretaría de Salud del Gobierno Legítimo de Andrés Manuel López Obrador, en un contexto en el que se vislumbra un futuro poco satisfactorio?

R. Bueno, en primer lugar yo quiero decir que el trabajo académico y el trabajo analítico de investigación no es de ninguna manera incompatible con ser Secretaria de Salud del Gobierno Legítimo, y en segundo lugar también quiero decir, que toda mi vida he desarrollado mi trabajo profesional en el ámbito académico, -con excepción del periodo en que fungí como Secretaria de Salud en el Distrito Federal-, y siempre he tenido también otra labor social, entonces, no veo ninguna razón para dejar de luchar por un proyecto de nación distinto al que estamos sufriendo, literalmente sufriendo en la actualidad; es más, yo creo que es más necesario que nunca porque la situación del país como resultado ya no del proyecto neoliberal, sino de la instrumentación de las políticas neoliberales realmente ha polarizado al país; no ideológicamente, sino social y económicamente; lo que yo creo que es absolutamente intolerable, no se puede tener tolerancia frente a la situación que se está viviendo.

El hecho que se haya hecho un fraude electoral, no quiere decir que nos vamos a descansar hasta el próximo periodo electoral, sino que es muy importante que estemos siguiendo adelante, haciendo el tipo de intervenciones que podemos hacer, para por lo menos frenar el empobrecimiento y tratar de evitar que haya una serie de cambios nuevos, como puede ser la reforma del ISSSTE en los términos que la están planteado; porque se estaría profundizando la crisis social. Seguir luchando por un ideal como lo dices, yo

creo que no es una novedad, para mí es una necesidad creciente.

Los que estamos en contra de la manera como se ha destruido prácticamente el país, creo que tenemos que seguir todos los días en la lucha, porque si lo permitimos van a vender hasta lo último que tenemos que es PEMEX, pues entonces el país se queda sin recursos para poder hacer un cambio.

Yo creo que en el tema de la salud es importantísimo, no dejar que se desmantelen las instituciones públicas, ya que nos tardamos 50 años en construirlas y se pueden desmontar en cinco.

Lo que estamos haciendo como tareas más concretas, es presentar a través de los legisladores del Frente Amplio Progresista, la formulación de un presupuesto alternativo en el terreno de la salud; incrementamos más los recursos e hicimos una reasignación de los mismos, para fortalecer la inversión en infraestructura y equipo, no fue muy exitosa nuestra propuesta porque la plancharon, sin ningún análisis de fondo o negociación.

También estamos haciendo una serie de propuestas legislativas y el seguimiento del uso de los recursos públicos destinados a salud, tradicionalmente, siempre se genera una gran discusión en torno a la aprobación del presupuesto, pero luego, nadie da seguimiento al ejercicio del mismo, y esta falta de seguimiento da lugar a mucha ineficiencia y también mucha corrupción; yo creo que es importante hacer esta tarea, porque es una manera de obligar a que por lo menos el presupuesto autorizado se utilice con mucha transparencia y con eficiencia.

También hemos establecido un Consejo Consultivo de Salud, en donde expertos de diversas áreas están haciendo análisis y propuestas en sus respectivos campos. En las entidades federativas se están instalando también consejos consultivos estatales, el primero que se estableció fue en Veracruz. Queremos hacer un análisis real sobre cuáles son las condiciones del sistema de salud, para a partir de ahí hacer un programa de salud alternativo, y yo diría un diagnóstico con bastante detalle, éste sería el punto de partida para desarrollar un sistema

único público de país; esto no es fácil, tiene una serie de dificultades, pero yo creo que con un diagnóstico bien hecho, que de cuenta de los recursos existentes, su utilización, el marco jurídico, los diferentes actores sociales, las fuerzas que concurren en el sector salud, etc., podemos realmente tener una propuesta muy claramente delineada.

Yo creo que se va a lograr, y creo que sí podemos frenar el ritmo de desmantelamiento, creo que también es muy importante que podamos lograr algo que no han querido hacer y que es transparentar la utilización de los recursos. También tiene que haber de manera complementaria, la denuncia respecto a la agenda oculta que se está instrumentando y cómo puede afectar cada uno de los mecanismos privatizadores a las diferentes instituciones públicas de salud, éste es un tema que hay que llevar al debate público ya que es un elemento fundamental para la salud, y yo creo que tendríamos elementos para hacerlo.

P. Desde su perspectiva ¿Cuál es la tarea que tendríamos que desarrollar los ciudadanos interesados en mejorar las condiciones de salud de los mexicanos y hacer una realidad el derecho universal a la salud?

R. Es muy importante que no haya un desconcierto o un sentido de derrota en este periodo en que estamos, creo que es importante que todos los ciudadanos y particularmente los que estamos involucrados en el sector de salud, sigamos adelante e incluso intensifiquemos las tareas que hemos desarrollado; es muy importante mantenerse y dar seguimiento a lo que esta pasando.

Hay además, una tarea de investigación importante, es necesario contar con las evidencias de que las reformas que se están implementando no están dando los resultados que se están anunciando. Los resultados documentados, permitirán demostrar que no se ha dado solución a la crisis del sistema de salud, sino que más bien, lo que se está haciendo es profundizar en esa crisis, para luego poder bajo este argumento, liquidar las instituciones de salud.

Todos los ciudadanos y particularmente los que están directamente involucrados en el sector salud, tenemos que seguir adelante, porque si dejamos que sigan avanzando sin que haya ninguna resistencia, podríamos estar dentro de seis años en una condición de la que no se pueda retornar. Es muy importante que sigamos organizándonos dentro del movimiento que se inició durante la campaña de Andrés Manuel el cual se consolidó durante el periodo poselectoral.

Es necesario seguir pendiente de los grandes cambios, y estar dispuesto a movilizarse cuando se requiera, porque yo creo que la lucha por un México mejor no se da solamente en un periodo de elecciones, no se logra solamente depositando el voto en un momento dado; lo que está realizando Andrés Manuel en este momento, son giras por todo el país para volver a hacer un compromiso de lucha; se está realizando también la credencialización de los representantes del gobierno legítimo; estas acciones están dando cohesión al movimiento y es un movimiento que no lo veo de ninguna manera derrotado; simplemente se está realizando un reagrupamiento.

Creo que también es muy claro que si uno quiere que se haga realidad el derecho a la salud en este país, la única manera es luchar por un nuevo proyecto de nación, porque este derecho no es un tema aislado del proyecto global que atiende los problemas sociales y económicos del país.