



Entrevista a la Dra. Asa Cristina Laurell

Secretaria de Salud del Gobierno Legítimo de México, encabezado por el Lic. Andrés Manuel López Obrador (AMLO), México

La Dra. Asa Cristina Laurell es una de las pioneras del pensamiento médico-social en México y en América Latina. En 1976 ingresó como profesora-investigadora de tiempo completo a la recién creada Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, ciudad de México. Hasta el año 2000, desde este espacio académico formó e impactó en numerosas generaciones de alumnos mexicanos y latinoamericanos, publicó exhaustivamente haciendo aportaciones teóricas y metodológicas a la corriente, así como generando investigaciones novedosas desde esta corriente, y participando en un sinnúmero de eventos académicos, dando conferencias magistrales y presentando ponencias en todo América Latina. De manera paralela, pero retroalimentando su práctica académica, militó ininterrumpidamente en la

izquierda mexicana en diversos contextos: Punto Crítico, Frente Democrático Nacional Cardenista y Partido de la Revolución Democrática. En el año 2000, México vivió una coyuntura política inédita de la cuál ella fue una importante protagonista: la derecha ganó la presidencia de la República, derrotando al Partido Revolucionario Institucional, en el poder por 71 años, mientras que la izquierda triunfó por segunda vez en el Gobierno de la ciudad de México, eligiendo a Andrés Manuel López Obrador como Jefe de Gobierno. La Dra. Laurell fue designada Secretaria de Salud de este gobierno, cargo en el que combinó su profundo conocimiento académico de los sistemas de salud y seguridad social en el mundo, con su militancia política en la izquierda mexicana.

En materia de salud, dos proyectos distintos se pusieron en marcha en el país: mientras el

Gobierno Federal impulsó programas focalizados, siendo sus proyectos principales el Sistema Nacional de Salud y el Seguro Popular; el Gobierno del Distrito Federal, con la Dra. Laurell al frente, promovió la garantía y la universalidad del derecho a la salud. Consecuente con la corriente médico-social, la Dra. impulsó y coordinó, tan sólo a los tres meses de asumir el cargo, la pensión universal ciudadana para los mayores de 70 años residentes en la ciudad, con garantía de servicios médicos y medicamentos gratuitos. Esta política, que en los hechos significó la creación de un nuevo derecho social, fue elevada a rango de Ley en 2003 y uno de los pilares de la popularidad de AMLO en todo el país.

El gobierno foxista primero calificó la medida de populista, tratando de denostarla, pero en el contexto electoral del final del sexenio fue implementada como

política federal en todo el país el programa para los adultos mayores. En el Gobierno de AMLO el financiamiento de esta medida se basó en la eliminación de gastos suntuarios de los funcionarios (que incluso se bajaron los salarios un 15%) y en el combate a la corrupción, por tanto, para implementarla no fue necesario elevar los impuestos.

noviembre del 2006, pp. 3-10).

MS: Dra. Laurell, Entre las 20 medidas del GLM, leídas por AMLO el 20 de noviembre del 2006 en el zócalo capitalino, la número 19 dice textualmente: “Haremos valer el derecho a la salud de todos los mexicanos. Hoy día, más de la mitad de la población no cuenta con seguridad social. El derecho a la

hospitales y centros de salud; para destinar más recursos al abasto de medicinas e insumos médicos, y contratar los médicos y enfermeras necesarios para brindar los servicios de salud. De la misma manera, buscaremos que el IMSS y el ISSSTE dispongan de los recursos suficientes para revertir su deterioro” (*La Jornada*, 21 de noviembre del 2006, p. 11”).

Asimismo, la Dra. Laurell puso en marcha el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG) para lograr la universalización del derecho a la salud de la población no asegurada residente en la ciudad de México. Este programa también obtuvo rango de Ley en mayo del 2006, con lo que, asimismo, también creó un nuevo derecho social en la ciudad.



¿Cuál va a ser su estrategia como secretaria de salud del GLM en este escenario político inédito para luchar por la garantía y la universalización del derecho a la salud, haciéndole frente al desmantelamiento de la seguridad social que ha llevado a cabo el Gobierno Federal durante los últimos

El pasado 20 de noviembre del 2006 se realizó la toma de posesión del Gobierno Legítimo en México (GLM), medida política puesta en marcha como estrategia para desconocer a Felipe Calderón Hinojosa, el presidente oficial, pero ilegítimo, que llegó al poder tras la sospecha de un gran fraude electoral escandaloso y de una muy amplia movilización ciudadana clamando por el respeto al voto, que no fue escuchada. La Dra. Laurell fue nombrada Secretaria de Salud de dicho GLM (mayores informes: periódico *La Jornada*, <http://www.jornada.unam.mx>, 21 de

protección de la salud no está garantizado, sea porque no se tiene el dinero para pagar la atención médica y los medicamentos o porque no hay servicios donde vive la gente. El llamado seguro popular es pura demagogia, porque no es seguro ni es popular. En los centros de salud no hay medicinas, sólo entregan la receta y cobran 6% del ingreso familiar para la afiliación.

El gobierno legítimo luchará por garantizar servicios médicos y medicamentos gratuitos a todos los mexicanos carentes de seguridad social. Pugnaremos por incrementar la inversión para la construcción de

decanos?

CL: Vamos a trabajar en varias direcciones. La primera, es hacer propuestas de legislación en las Cámaras, a través de nuestros diputados y senadores, promoviendo las acciones que como gobierno ya estábamos preparados para llevar a cabo. Es bien sabido que el derecho a la salud está consignado en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, pero no establece un sujeto obligado, por lo que en los hechos no es más que una buena intención, no una garantía. Tenemos ya una propuesta de formulación para obligar al

estado a ser el garante de este derecho; también sobre la Ley General de Salud haremos pronunciamientos

La segunda vía, será a través del presupuesto federal de salud, es más, esta propuesta ya hasta se entregó. En ella estamos pidiendo no sólo incrementar el gasto, sino su redistribución. Ciertamente, en el sexenio pasado hubo un incremento del gasto en salud para la población no asegurada, la que es atendida a través de la Secretaría de Salud, y en mucho menor medida para los recursos asignados a los estados, incluido el mal llamado Seguro Popular. Sin duda, quién recibió más dinero fue el Sistema de Protección Social en Salud, lo que no está mal, pero esto ocurrió a costa de la institución de seguridad social más fuerte en el sector público, el IMSS, es decir, no hubo un incremento real del presupuesto, sino sólo una reasignación.

En esta redistribución Julio Frenk ganó la pugna contra el IMSS; por lo que si bien el gasto público en salud es del 2.5%, con un incremento para la población no asegurada, esto se hizo a costa de la institución de seguridad social más fuerte en el sector público: el IMSS, por lo que realmente no se avanzó. Estos hechos son muy preocupantes, en cualquier mirada de universalización de los servicios se debería construir desde el IMSS para partir de la institución más fuerte, optar por debilitar a esta institución pone en serio cuestionamiento la posibilidad de avanzar. Otro tema relacionado con el presupuesto, es que para el 2007

no se están asignando recursos para inversión en infraestructura. Acaban de salir los indicadores de la Organización Mundial de la Salud y en ellos estamos peleando el último lugar en camas por habitante con Guatemala y Haití, tenemos 1/1000, lo que es muy bajo, y ello a pesar de que se cuentan de una manera inadecuada porque se incluyen camas en los Centros de Salud, dónde en realidad no se internan pacientes. El GLM está haciendo una propuesta de inversión en infraestructura en la perspectiva de garantizar servicios médicos y medicamentos gratuitos a toda la población; también proponemos que se fortalezca el rubro de adquisición de medicamentos e insumos médicos.

Además, hay que etiquetar los recursos, en el 2007 hay un incremento de 11 mil millones para el Seguro Popular, sin embargo, no está etiquetado lo que corresponde a infraestructura, por lo que este seguro popular, que no tiene dónde prestar los servicios que ofrece, subroga servicios privados con un tabulador poco comprensible. Por ejemplo, en Jalisco, subrogaron a los costos de la medicina privada y sabemos que es mucho más cara. En este contexto se vuelve retórica que el seguro popular va a fortalecer al sistema público.

La tercera vía que utilizaremos es dar un seguimiento muy preciso a cómo se utilizan los recursos en salud. Hay razones para pensar que se gasta muy ineficientemente, la estructura burocrática con una gran cantidad altos funcionarios y con

prebendas diversas es costosa, innecesaria e inaceptables. Es posible reducir a la alta burocracia casi a la mitad y bajar sus salarios y sus prestaciones como una buena manera de ahorrar recursos. Asimismo, se está haciendo lo posible porque los medicamentos sean comprados a través de la industria farmacéutica, en la actualidad, hay subrogación a farmacias privadas, que significan gastos en este rubro muy elevados.

Un ejemplo de lo que debe denunciarse es la construcción por el gobierno federal de cuatro nuevos hospitales, dos en Chiapas, uno en Tabasco, y uno en Oaxaca. No porque ello sea negativo, sino porque su impacto es muy limitado, por ejemplo, tomando como ejemplo el de Oaxaca, que supuestamente tiene 80 camas, en realidad sólo están disponibles 32 y hay especialistas para atenderlo en un solo turno; los cuatro hospitales no ofrecen sino únicamente 320 camas, es decir, este tipo de acciones son pura retórica.

Además, se debe hacer todo un replanteamiento de proyectos público-privados en infraestructura hospitalaria (quitar la lógica de inversión pública en los hospitales privada). Es muy preocupante que incluyen la compra de servicios privados por 15 años, por esta vía se empeña una parte del presupuesto estatal para comprar servicios por muchos años, legalmente no sé cómo le están haciendo, dado que el presupuesto es anual. Es, además, un esquema que ha fracasado en

Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para Población no Asegurada del D. F.

La protección de la salud es un derecho ciudadano

Afíliate en tu Centro de Salud más cercano
Si tienes alguna queja, comentario o duda, llama a LOCATEL 5658 - 1111

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México, la Ciudad de la Esperanza
Secretaría de Salud

con un diagnóstico con información de campo, porque los datos oficiales son inconsistentes, de difícil interpretación o incorrectos. Para obtener la información queremos trabajar con los directamente involucrados, con las universidades, los usuarios y trabajadores de los servicios y los sindicatos, sólo así podremos tener una visión real de lo que está pasando en el sistema de salud y partir de allí para elaborar un proyecto real y tener una plataforma sólida para el debate, así como tener los elementos para construir un plan estratégico de desarrollo de los sistemas de salud y seguridad social, aunque sabemos que el GLM no va a tener gran capacidad de gestión, ni mucho menos posibilidad de instrumentar políticas porque no tenemos los recursos políticos o económicos que se requieren para ello.

MS: En el Reino Unido existe la estrategia política llamada “gobierno de sombra” (*shadow government*), mismo que

Inglaterra, por ejemplo.

Hasta ahora un seguimiento puntual de las acciones del gobierno federal en material de salud no se ha hecho sistemáticamente, hay destellos de seguimiento y algunos escándalos, creemos que este seguimiento puntual permitirá intervenir oportunamente y parar

una serie de cosas, como las ya expuestas, cuando sean proyecto o estén en sus fases iniciales, no cuando sean un hecho consumado.

La cuarta área que queremos trabajar desde la Secretaría de Salud del GLM tiene que ver con la planeación estratégica de los servicios de salud en el país. Aquí tenemos planeado iniciar

siguiendo puntualmente las medidas llevadas a cabo por el gobierno oficial, pero siendo muy crítico con ellas, utiliza todos los errores para generar contrapropuestas como elemento de campaña permanente entre los electores. Sin embargo, también existe la práctica política de desconocer completamente al Gobierno y luchar por construir

otra alternativa día a día. Esta última opción no tiene perspectivas electorales, pretende la construcción y fortalecimiento de organizaciones sociales para la generación de poder popular. ¿Cuál de las dos estrategias considera como más adecuada para los propósitos del GLM en materia de salud?

CL: Definitivamente no seremos un gobierno de sombra, entendido como la contestación a las acciones oficiales desde el otro gobierno, nosotros queremos ser mucho más proactivos, elaborar y hacer discutir propuestas originales a partir de otro proyecto nacional.

MS: En México, mucho se habla de la necesidad de actuar en la construcción de ciudadanía, haciendo a la población consciente de sus derechos y de la necesidad de luchar por su garantía. En este contexto ¿Cuál fue su experiencia como Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal al hacer Ley nuevos derechos sociales como son la Pensión Universal Ciudadana y el Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral?

CL: Esa pregunta es muy interesante, la experiencia que nosotros tuvimos valdría la pena analizarla mucho más. En realidad, la creación de ciudadanía en México está muy poco desarrollada, también se ha limitado mucho la confusión de esa ciudadanía con la ciudadanía política y la discusión se ha

restringido mucho solamente al ámbito político.

Hay una doble concepción en la gente, a la mitad del gobierno hicimos una encuesta de opinión entre los derechohabientes de nuestro programa de SMMG; lo que tenía mayor aceptación como afirmación es que la salud es un derecho y que el gobierno tiene la obligación de cumplirlo (estamos hablando de entre el 85 y el 90% de los encuestados), también obtuvo un buen número de respuestas positivas la obligación del gobierno de dedicar recursos fiscales para los servicios de salud. Considero que se trata del reflejo de un arraigo de valores, basados en los derechos sociales. Quizá, porque las grandes ganancias de la Revolución Mexicana no sólo fue la obtención de libertades individuales, sino de creación de nuevos derecho sociales, la idea de que el Estado debe ser responsable de sus ciudadanos es un producto de este movimiento armado.

Por otra parte, está el cómo se ejerce la ciudadanía, hay varias cuestiones que discutir, por ejemplo, cuando empezamos con la pensión universal, había mucha desconfianza, pero también había muchos cuestionamientos sobre el porqué se estaba haciendo universal (en lugar de focalizarlo a los sectores pobres), a pesar de que un derecho universal es para todos, incuestionablemente. Nosotros tuvimos un discurso sostenido y consistente y la gente cambió tanto su concepción de este nuevo derecho, como su discurso. Los mismos beneficiarios comenzaron a

asumir que era su derecho, incluso entre los sectores que primero sostenían que debían darse sólo a los pobres. Todos fueron cambiando y comprendiendo la necesidad de hacer este nuevo derecho universal.

El otro ejemplo es el SMMG, que se volvió ley en mayo del 2006. Con respecto a este rubro, la encuesta del 2003 arrojó dos actores principales con respecto a estos derechos: primero, el personal de salud, que al principio estaban en contra de esta prestación y que fue cambiando, en la última encuesta la gran mayoría reconoce que es correcto que se den los servicios y los medicamentos gratuitos y que toda la gente debe tener el mismo acceso a los servicios. El otro actor importante son los usuarios, dónde también ha ido creciendo tanto la aceptación como la exigencia de este derecho. Estos son los dos sectores fundamentales para la construcción de ciudadanía en este sector, entreo quiénes hay que construir un código ético de derechos y responsabilidades. Esto porque a veces nos encontramos en un extremo dónde los derechohabientes pasan de percibir que se les hace un favor, a un nivel de exigencias realmente irrealizables. Por ejemplo, nosotros atendíamos como 250 urgencias diarias (en cada uno de los hospitales de urgencias), los pacientes se clasificaban en a) los que requieren atención inmediata, b) los de mediano riesgo y c) los que podrían asistir a un centro de salud. Obviamente, atendíamos prioritariamente a los primeros,

pero tuvimos complicaciones con este esquema que llegaron hasta a las amenazas de muerte con pistola al personal, exigiendo atención inmediata. Por ello se necesita un nuevo código, hacer campañas para la comprensión de que la falta de atención inmediata no es igual a la no atención. Esto lleva a reconocer también que el personal de salud tiene derechos, no puede estar en este riesgo de muerte por cumplir con priorizar la atención a los pacientes de mayor riesgo.

se lleva a cabo el interés general, por tanto, es fácil que se prioricen una serie de intereses particulares a los integrantes de los grupos, que pueden ser legítimos, pero que pueden dejar atrás el interés de otorgar un mejor servicio.

El otro tema dónde tuvimos dificultades fue para organizar a

salud. La idea era convertir a los Comités de Salud de los Centros de Salud rutinarios en grupos activos en asambleas vecinales para construir de abajo hacia arriba, pero ese proyecto quedó a nivel de estudio piloto. Esto hace pensar mucho sobre cómo se construye la participación, quizá un primer paso sea

institucionalizar el control social, más que promover la participación en la conducción de los servicios.



Falta mucho para ir reconstruyendo prácticas

entre los usuarios y también en el personal, éste último muchas veces parte de actitudes y una cultura inadecuadas para las prestaciones de servicios, muchos no tienen una cultura de atención, aunque hay que reconocer que muchos sí la tienen. Además, a veces trabajan en malas condiciones, nosotros tratamos de mejorarlas, conscientes de que también se traducen en mejores servicios para los usuarios.

Sin duda, se requiere de un proceso de aprendizaje para el cuál se necesita mucha información. Esto va más allá de construir un órgano de representación tripartita (ciudadanos, trabajadores y autoridades). En México, ese tipo de organismos fácilmente dejan los motivos de su creación y se contaminan de intereses corporativos. Para mí uno de los grandes temas de las instituciones en el país es que no hay una concepción de lo público, entendido como el espacio dónde

la población a partir de asambleas vecinales llevadas a cabo cuatro veces al año. Para dar a conocer a la población los avances de los programas sociales a nivel territorial, se formaron comisiones de distintos temas, una fue la salud. Comisiones de salud fueron como 800; el planteamiento era que con personal capacitado a través de estrategias de investigación-acción se hicieran los planes de salud locales. No avanzamos fácilmente a pesar de ser una traslación de la investigación participativa con los sindicatos, ello por varias razones: se requiere estabilidad en el grupo y su asistencia a muchas reuniones de trabajo. Es muy difícil que este tipo de compromiso, no por falta de interés o voluntad, sino porque la vida de la gente es muy compleja, además, las que más participaban eran las mujeres, con muchas otras ocupaciones paralelas, por tanto, a través de este mecanismo no logramos hacer más que unos 200 planes de

El presupuesto participativo, aún en el momento de su esplendor

era mínimo, porque otra parte de éste no se puede reubicar según las decisiones que se tomen en estas instancias participativas. La construcción de una participación desde abajo en los sistemas de servicios tenía dificultades fuertes, se requeriría de un sistema de información para que bajara qué es lo que estaba pasando en el Centro de Salud y en la región y con base en esta información se elaboraran las propuestas, eso lo tratamos de construir. Pero eso requiere un alto grado de sofisticación, difícil de resolver, se necesita una política específica a mediano y largo plazo. Además, tiene sus aristas, si se le pregunta a la gente ¿Qué quiere? Va a solicitar un hospital de tercer nivel en su cuadra, esto no es deseable ni sostenible, hay que generar una nueva cultura de salud y por tanto, el proyecto es necesariamente de largo plazo.

Cuando se construyen programas como el de pensiones y el de

gratuidad, que no existía en la ciudad y no existe en todo México, se creó una nueva institución social. La construcción de instituciones es muy importante para incidir en los valores, eso es lo que hace a las instituciones exitosas, indestructibles. Pasan de ser una política pública a ser fuerza política, se convierten en valor social y se vuelven políticas de Estado. Las instituciones crearon estos nuevos valores y ciudadanía social en su sentido original. Ha habido una confusión en lo que es ciudadanía social, que es el derecho de los ciudadanos a determinadas cosas, como libertad de expresión; en cambio ciudadanía civil, política y social, quiere decir que se tienen derechos exigibles al Estado.

Otro problema relacionado con el anterior es el discurso del llamado “empoderamiento”. Cuando proyectos ideológicos – en el buen sentido– muy diversos, de repente tienen coincidencias en el uso de términos, a pesar de que tienen prácticas completamente distintas, hay que detenerse a pensar ¿Qué estamos queriendo decir con esto? Creo que se han cruzado los derechos sociales con los derechos humano, en los humanos todo individuo tiene esos derechos y el Estado no necesariamente tiene que garantizarlos si se satisfacen de otra manera, en cambio sí está obligado a garantizar los derechos sociales.

Ciudadanía social sí requiere de que la gente sepa exigir sus derechos, pero no es solamente un problema de “empoderamiento”, como lo

utilizan los neoliberales en el sentido de que si yo puedo elegir, así demuestro mi poder. El “empoderamiento” que está detrás de la “libertad de elección”, es una falacia porque ese derecho de elección no lo tiene, ni nunca lo va a tener todo el mundo en el país, por tanto, no es un derecho social. El Seguro Popular dice: le vamos a dar los recursos a la gente para que lo que rija la prestación sea la demanda, y vamos a quitar todo lo que es el apoyo a las instituciones porque quien es el buen prestador de servicios va a captar libremente la mayor demanda. En salud no opera la ley del mercado oferta-demanda, el que hace mayor propaganda tiene mayor demanda y no necesariamente por ello es el mejor. Como decía, hay que cuidar mucho los términos, porque parecería que se habla de lo mismo y en realidad no es así.

Hay que recordar que el gran debate es ¿focalizar o universalizar? En la ciudad de México comenzamos las pensiones con una focalización territorial temporal en las poblaciones más pobres de la ciudad, pero con una clara idea de terminar universalizando, cosa que ocurrió. Eso tiene desde involucra el tema de la justicia social, el programa se dirigió primero a los más pobres, pero sin excluir a nadie. La objeción más fuerte a la pensión universal fue y es de los actuarios tramposos, que hacen hasta cálculos deshonesto para demostrar que no es sostenible. En realidad, desde el punto de vista de la población no se genera resistencia porque es una

prestación que les toca a todos y eso lo hace mucho aceptable, todo mundo está dispuesto a contribuir porque de alguna manera se va a beneficiar.

Con los servicios de salud no hicimos focalización, pero tampoco pusimos en marcha una gran campaña, temíamos tener una sobrecarga muy brusca de los servicios y provocar una aguda crisis que resultara contraproducente. A pesar de ello, de la población elegible al programa captamos entre el 85-90% de las familias, desde luego, los más favorecidos con el programa han sido las familias más pobres. Esto tampoco es el gran hallazgo, cualquiera puede utilizar los servicios, siempre y cuando no tenga seguridad social, pero hay una autoinclusión y una autoexclusión lógica, sin necesidad de ponerles requisitos y someterlos a estudios poco eficaces y sí denigrantes. Por tanto, un programa universal va a ser un programa que beneficie particularmente a los pobres, y como lo gran mayoría del país es pobre, es un contrasentido absurdo hacer una “selección”, no hubo necesidad de comenzar restringiendo, construimos sobre algo que luego podíamos ampliar, no comenzamos restringiendo el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos.

SM: Diversos medios de comunicación, incluso de izquierda, han enfatizado que el PRD se enfrenta a importantes fracturas internas, que harán difícil el seguimiento y la consecución de los 20 puntos propuestos el día 20. ¿Qué tiene que decirnos desde el GLM con

respecto a la lucha por el derecho a la salud en este escenario?

Yo creo que es necesario enfatizar que si en algún momento se han cerrado filas ha sido a partir del 2 de julio, no solamente dentro del PRD, sino también con otros partidos y con la participación ciudadana. Además, hay un afán de los medios de enfatizar los conflictos y las diferencias en lugar de la unidad y los puntos de acuerdo.

Ha sido muy claro que López Obrador no ha obligado a nadie, eso le da mucha autoridad moral y legitimidad política, por tanto, de veras creo que estamos haciendo una revolución de conciencias y eso es lo más importante. Desde el Gobierno de la ciudad se demostró que sí se pueden hacer cosas distintas, desde otro proyecto de nación; eso ha significado que millones de ciudadanos se han politizado, no inscribiéndose en partidos, sino comprendiendo que es viable este proyecto distinto de nación. Esa participación y esa exigencia ciudadana es lo que le da fuerza a nuestra alternativa, hemos vivido una transición democrática, desde 1968 –ya casi son 40 años–, ahora los resultados de este proceso electoral han significado para la gente cosas diferentes a 1988, entonces también hubo grandes manifestaciones, con una conducción distinta, pero había un componente de miedo. Yo diría que el 2006 tiene un liderazgo distinto, con un énfasis importante en la Resistencia pacífica (resistencia con mayúsculas y subrayado pacífico, por favor). La gente está reaccionado, eso le da cohesión y

fuerza al GLM, a la Convención Nacional Democrática, la Frente Amplio Progresista –que esencialmente es un frente electoral– si perdemos ese inmenso apoyo, no podremos avanzar. Por eso es muy importante lo que vamos a hacer, estrategia que arrancará en serio en enero, AMLO quiere que el GLM sea un gobierno del pueblo, así que vamos a firmar cartas compromisos con millones de ciudadanos y ellos van a ser los representantes del GLM, para constituir un gobierno de millones de ciudadanos.

MS: A partir de la designación de José Ángel Córdova Villalobos, ex presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, como Secretario de Salud del Gobierno Federal, ¿Cuáles creen que serán las acciones fundamentales a ser emprendidas desde esa oficina? Seguramente el llamado Seguro Popular será un programa de salud al que se le dará continuidad en el nuevo gobierno panista ¿Cuáles son sus críticas fundamentales a este programa? ¿Cómo vislumbra el futuro de éste?

Primero me gustaría realizar una crítica conceptual; el Seguro popular, por ley, es una restricción al derecho a la salud porque es un derecho condicionado al pago. Eso de entrada no puede ser un derecho social porque en el momento que restringe, excluye. Por tanto, conceptualmente, el SP es una restricción al derecho a la protección a la salud en México, es decir, es un paso para atrás.

Mi segunda crítica a su

financiamiento, menos los dos deciles más pobres, implica el 6% del ingreso familiar, una cantidad importante para la población pobre, además, no hay una cultura de aseguramiento y como es voluntario, va fracasando y va a fracasar. No es el primer esquema de aseguramiento voluntario que se pone en marcha en México y todos han fracasado. Otro tema es que el SP ofrece un paquete de servicios bastante limitado, con la misma definición de paquete se decide qué acciones están incluidas y cuáles excluidas. Es decir, se rompe el proceso continuo de atención, deja vacíos en éste, atiende la diabetes hasta que hay que amputar, atiende la diabetes, pero su prevención no está incluida. ¿Qué es un paquete de servicios? Un número definido de intervenciones, pero todas los demás quedan fuera, se trata de un sistema de aseguramiento comercial, es un modelo de mercado. un sistema de aseguramiento restringido.

Otra restricción muy fuerte es su esquema de financiamiento. Se espera que las entidades federativas aporten para cada una cuota fija para las familias aseguradas en el SP, hay una cuota fija que las los estados tienen que pagar por cada familia asegurada, lo que resulta muy inequitativo porque el porcentaje de la población asegurada varía muchísimo en cada estado. Los estado más pobres tiene que pagar por más familias, por ejemplo, Chiapas tiene el 80% de población no asegurada, mientras Nuevo León solamente el 30%, adicionalmente, los presupuestos estatales son absolutamente

diferentes, lo mismo que las otras carencias, paralelas a las de salud. Los secretarios de finanzas de todos los estados señalaron oportunamente que para los estados pobres el pago por cada familia asegurada a través del SP es una carga difícil de aportar. Yo no veo cómo los estados van a pagar esa cuota, tendrán que tomar dinero de educación, de infraestructura o de obra pública, va a haber un conflicto redistributivo verdaderamente complejo que tarde o temprano va a hacer crisis ¿Voy a quitar dinero a agua potable para meterlo a salud?

La otra restricción muy importante es que no hay infraestructura ni personal para prestar esos servicios. Esto lleva a un planteamiento que ya está en marcha: ¿Por qué no aprovechar al sector privado? Fortalecer la infraestructura del sector público utilizando la del sector privado tendrá dos problemas: si se canalizan los recursos de infraestructura al sector privado se pierde toda capacidad de planeación estratégica de largo plazo, se encarecen los servicios, la calidad de la atención no se garantiza –las iatrogenias son más en él– y que los servicios privados se distribuyen según los mercados, entonces dónde puedes echar mano de los servicios privados es precisamente dónde se tienen servicios públicos ¿Cuál es el caso, pues? Además, la gran mayoría de los servicios privados son clínicas precarias, sin control de calidad. En términos concretos significa que el sector privado no es en absoluto una solución para proporcionar los servicios que se ofrecen el

Seguro Popular. Adicionalmente, la verdad es que en el primer paquete de servicios del Seguro popular se incluía en una sola intervención varios servicios, agrupados como enfermedades exentemáticas, pero en el segundo paquete éstas se desglosaron y se listaron como 10 intervenciones distintas, ahora una intervención es sarampión, otra rubeola, etc., además, incluyeron en el paquete muchas situaciones patológicas que nadie presta, así que es vender un seguro inviable. Esto, a escala ampliada, es lo que se está vendiendo bajo el rubro de eventos catastróficos, porque allí sí no hay la capacidad de atención y a marchas forzadas se están tratando de hacer de infraestructura de tercer nivel, cuando hacen falta clínicas y hospitales.

Por ejemplo, el tratamiento del cáncer cérvico-uterino como evento catastrófico está hundiendo al Instituto Nacional de Cancerología. ahora están sobrecargados y a ellos sí les regatean cuánto le van a pagar por cada intervención, lo que no les hacen a los servicios privados. Este esquema está pintado para una crisis de prestación de servicios en el corto plazo, no tiene salida ni solución

MS ¿Considera que la universalidad y la garantía del derecho a la salud es posible a nivel de todo el país? ¿Existe capacidad financiera para ponerla en marcha?

Sí, pero se requieren de una planeación estratégica de largo plazo, con visión a futuro,

tenemos la capacidad económica para meter la infraestructura faltante, con 7 mil millones de pesos de inversión anual en infraestructura, en cinco años tendríamos cubiertos el país con hospitales de especialidades básicas. Pero no lo están haciendo, están obsesionados con la idea de que va a ser la demanda la que determina qué servicios existen y como eso invalida toda planeación estratégica, nunca se va a poder universalizar.

Ni hoy podríamos decir que la universalidad es ya una realidad en la ciudad, hay acceso gratuito a los servicios disponibles, en condiciones iguales para todos, eso sí. Pero si realmente se quisiera llegar a la universalización con una cobertura médica completa, se tendría que construir, comenzar desde ahora a levantar el gran esqueleto de un sistema futuro. Hoy, la parte más fuerte es el IMSS, si dejamos que esa gran institución se destruya, nos alejamos muchos años de la posibilidad de la universalización del sistema de salud.

MS: ¿Cómo ve la perspectiva de salud actual a nivel mundial? ¿Qué papel juegan los movimientos tales como la Asamblea de Salud de los Pueblos, el Movimiento de Salud de los Pueblos e, incluso, la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, que cuestionan las políticas de salud de los gobiernos neoliberales?

Creo que estamos en uno de esos

movimientos pendulares de la historia, le quiero recordar a todo el mundo que hace 25 años nadie cuestionaba el derecho a la salud, no era tema, el tema era cómo se iba a garantizar ese derecho a todos. Nuestro sistema en AL siempre fue desigual, y eso era lo que se criticaba. Con el cuestionamiento y los resultados de la reforma del sector salud en todo el mundo, la gente se pregunta: ¿Qué es esto?, y el asunto se ha convertido en una lucha política muy importante e imposible de detener porque hay valores humanos que ya son indestructibles: los derechos sociales fueron valores constitutivos de la modernidad, estamos yendo para atrás, pero en la conciencia colectiva esos valores no son fáciles de destruir, por tanto esta lucha va a ser exitosa. Es parte de la lucha en contra de una concepción de organización de la sociedad que está haciendo agua por todas partes, en lo económico, en lo social, cuestiona lo humano de frente, así que vayamos pensando cómo va a ser el psotneoliberalismo, porque este sistema no da para más.

CL: Creo que es muy importante que la gente se organice, que proteste, que resista. Destruir una institución de salud es relativamente sencillo, reconstruirla, en cambio, es muy difícil. La resistencia es muy importante, pero la comprobación de que se pueden hacer las cosas de distinta manera tiene un valor político fundamental en México hoy. Eso es exactamente lo que hicimos en la ciudad, reconociendo que tuvimos condiciones muy buenas, tiene la mejor infraestructura en salud de todo el país, los problemas no son tan agudos como los de otros estados, la población es mucho más conciente y se impulsaba un proyecto alternativo de nación, con su centro en el bienestar de la gente, eso fue lo que pusimos en marcha y la gente lo percibió, no por nada aquí AMLO sacó el 58% de los votos, la gente que vivió ese proyecto votó mayoritariamente por él. Realmente logramos comprobar que actuamos desde una concepción distinta del país y de sus ciudadanos.

Quiero que haya consciencia fuera del país de que en el 2006

no nos jugamos solamente una candidatura, sino que nos jugamos el futuro del país. El drama del fraude electoral es el no haber podido incidir en cambiar el rumbo de la nación, perdimos como mexicanos la gran oportunidad de hacer la reconstrucción del país para que fuera menos desigual, de construir una nación para todos, donde los derechos sociales sean garantizados y construidos, eso fue lo que se perdió en este fraude electoral. Por ello toda idea de que estamos con un GLM por capricho es totalmente falsa, lo que estamos tratando de hacer con el gobierno legítimo y con la movilización de todos los que quieran, es mantener la esperanza viva, no claudicar, no podemos entregar el país así nada más, desde la indiferencia. Los signos del rumbo que toma y que estamos viendo día a día son altamente preocupantes, nos dan la razón para seguir con nuestra lucha.

MS: Muchas gracias, Dra. Laurell, seguiremos con atención el curso del país y sus políticas sociales y de salud.