

La salud en México (2007-2009)

Víctor Manuel Muñoz Patraca*

Resumen

En este trabajo se presentan los principales programas y acciones desarrolladas por el gobierno del presidente Calderón durante el primer trienio de su administración. Se destacan los avances en materia de universalización de los servicios de salud, el mejoramiento de la calidad, los problemas de financiamiento y la respuesta ante la aparición del virus AH1N1 en México en los meses de marzo y abril de 2009.

Palabras clave: políticas de salud, financiamiento de la salud, Sistema de Protección Social en Salud, Tercer Informe de Gobierno del presidente Felipe Calderón, emergencia sanitaria por influenza.

Abstract

The subject of this paper is the healthcare system in Mexico and major programs and policies developed by President Felipe Calderón administration during the first three years of government. It highlights progress in universal health care, improving quality, funding problems and the response to the emergence of swine flu in Mexico in March-April 2009.

Palabras clave: Health politics, investment in health, social protection health system, third report of president Felipe Calderón, sanitarian emergency for swine flu.

Introducción

Las políticas de salud de años recientes muestran la importancia de las relaciones con el exterior para la definición de las políticas públicas. Los compromisos adquiridos por el gobierno mexicano con organismos internacionales, en el plano multilateral y bilateral; la cooperación e intercambio de información con organizaciones de vocación técnica como la Organización Mundial de la Salud (OMS); la precisión de objetivos y metas del desarrollo con instituciones como la Organización

* Doctor en Estudios Políticos por la Universidad de París X-Naterra. Profesor de Tiempo Completo en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM.

para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el Banco Mundial, y la coordinación y colaboración para atender problemas de salud conjuntamente con los países integrantes del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, han permitido delinear respuestas a las demandas de la sociedad mexicana que en este sector reclama, desde décadas atrás, servicios eficientes y atención médica de calidad.

En este trabajo se presentan los principales programas y acciones desarrolladas por el gobierno del presidente Calderón durante el primer trienio de su administración, destacándose los avances en materia de universalización de los servicios de salud, la elevación de la calidad y la respuesta ante la aparición del virus AH1N1 en México en marzo de 2009.

Compromisos internacionales

En el mes de septiembre del año 2000, los países miembros de la Organización de Naciones Unidas se comprometieron, por medio de la Declaración del Milenio, a trabajar a favor del desarrollo y la erradicación de la pobreza.¹ En términos de salud, las propuestas giraron en torno a tres objetivos básicos: reducir de manera decisiva la mortalidad materna, disminuir la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años y detener la propagación de la pandemia de VIH/SIDA y otras enfermedades de relevancia internacional.

Las políticas de salud de los sucesivos gobiernos han asumido estos objetivos, además de haber recogido la advertencia hecha en el documento señalado, en el sentido de que lograr su disminución dependería de la buena gestión de los asuntos públicos. A nueve años de la Cumbre del Milenio es posible observar avances en el cumplimiento de los objetivos señalados, así como cambios en la gestión de la salud en el país.

La reducción de la mortalidad materna a tres cuartas partes del nivel presentado en el año 2000 ha sido la meta del milenio más difícil de cumplir. En el Programa Nacional de Salud 2007-2012 se reconocen los elevados índices de mortalidad materna como un rezago que deberá superarse en el tiempo previsto durante la Cumbre del Milenio, en otras palabras, en el año 2015. Lo anterior significa reducir la tasa de este tipo de mortalidad de 89 por 100 mil nacidos vivos en 1990 a 22.3 en 2015. Es decir, disminuir el número total de muertes maternas anuales, de dos mil

¹ Asamblea General de Naciones Unidas, resolución 55/2, *Declaración del Milenio*, aprobada el 13 de septiembre de 2000, en <http://www.un.org/spanish/milenio/summit.htm>

producidas en 1990 a 420 en el 2015. En 2005 se había logrado un avance menor al 45% de la meta, una tasa de 63 muertes maternas por cada 100 mil recién nacidos vivos.²

Según el Tercer Informe de Gobierno del presidente Felipe Calderón, el promedio de la tasa de mortalidad materna durante el periodo 2007-2009 es de 55.6, y se espera que al finalizar este último año se ubique en 54 defunciones por cada 100 mil recién nacidos vivos.³ Una observación importante: en el año 2008 se registró un aumento en el número de muertes maternas respecto al año anterior, al llegar la tasa a 57 defunciones, es decir, 1,115 casos registrados por la Secretaría de Salud. De acuerdo con la Secretaría de Salud, lo anterior es resultado de la corrección en la clasificación de las causas de muerte las cuales llevaban a subestimar el número de muertes maternas.

La dificultad para cumplir la meta de 22.3 muertes maternas por 100 mil recién nacidos vivos en 2015, condujo a buscar una convergencia de diversos programas para dar cobertura a la atención del embarazo. El programa de medicina ambulatoria de la presente administración, las *Caravanas de la Salud*, cumple con el objetivo de llevar servicios básicos de salud a localidades indígenas y de alta y muy alta marginación; y cumple un papel importante en este terreno, al dejarse bajo su responsabilidad la atención del parto por personal calificado. También se está trabajando con parteras tradicionales vinculadas a las unidades de salud para detectar problemas y complicaciones, y el traslado a Posadas de Atención a la Mujer Embarazada en localidades en donde la frecuencia de muerte materna se repite.⁴

El Seguro Popular cuenta, a partir de mayo de 2008, con una estrategia denominada *Embarazo Saludable*, que permite a mujeres de bajos ingresos acceder a servicios médicos. Llama la atención la ausencia de mención al rubro salud reproductiva, el cual ha desaparecido de los documentos de planificación e informes presidenciales de 2008 y 2009. En el Primer Informe de Gobierno del presidente Calderón se aportaba información susceptible de seguimiento. En concordancia con dicho documento, en el primer trimestre de 2007 se registró un incremento de 13% en el número de usuarias activas de “métodos anticonceptivos hormonales, de barrera y quirúrgicos en relación a 2006”.⁵ Aunque, se aclaraba,

² *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, México, Secretaría de Salud, 2007, p. 137.

³ *Tercer Informe de Gobierno*, volumen Informe de Gobierno, cuadro Tasas de Mortalidad 1995-2009, p. 432.

⁴ *Ibidem*.

⁵ http://primer.informe.gob.mx/3.2_SALUD/?contenido=235

la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos se redujo de 70.9% del total de mujeres en edad reproductiva en 1997 a 68.5 en 2006.⁶ Las preguntas sobre el tema son varias: ¿qué ha pasado en los últimos años respecto al uso de anticonceptivos en el país? ¿El seguro popular tiene un programa para permitir a las beneficiarias de comunidades indígenas y marginadas obtener este tipo de medicamentos? El abandono de la educación en el uso de métodos anticonceptivos puede explicar, en parte, la incapacidad para alcanzar las metas de disminución de la tasa de muertes maternas.

La tasa de mortalidad infantil, considerada a la vez un indicador de desarrollo social y de nivel de salud de la población, ha continuado a la baja como resultado de la continuidad dada al *Programa Permanente de Vacunación* y las *Semanas Nacionales de Vacunación*, con lo cual se ha alcanzado una cobertura de vacunas básicas a 93.4% de la población menor de un año de edad y de 96.4% en lo referente al sector ubicado entre 1 y 4 años.⁷ A lo obtenido en materia de prevención se agrega la atención a las principales causas de muerte entre menores de cinco años de edad, todas ellas ligadas al subdesarrollo. Las tasas de defunción por enfermedades diarreicas pasaron de 47.1 por 100 mil niños en 1995-1997, a 14.3 en 2007-2009; la incidencia fatal de enfermedades respiratorias pasó de 89.4 a 28.6 en el mismo periodo y la incidencia en las tasas de muerte infantil por deficiencias nutricionales cayeron de 22.7 a 6.3 en los años en comparación.

El tercer objetivo del milenio, detener la propagación del VIH/SIDA y epidemias como el paludismo, la tuberculosis y el dengue, entre otras enfermedades graves, parece tener un avance sustancial. Entre 2007 y 2009 los casos de tuberculosis pulmonar cayeron 15.4%; los de dengue, 56%; fiebre hemorrágica por dengue, 47%, y el paludismo registró las cifras más bajas en la historia de la enfermedad en México.⁸

Las cifras del Tercer Informe de Gobierno no permiten conocer si también se ha logrado detener la propagación del virus HIV/SIDA. Se informa del tratamiento antirretroviral dado en los primeros ocho meses de 2009 a 5,865 pacientes sin acceso a la seguridad social, por medio del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular. Se habla de 54 centros ambulatorios para la atención y control del VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual, pero no se da la cifra del número de infectados en la actualidad, ni se permite conocer la evolución de la enfermedad.

⁶ *Ibidem.*

⁷ *Tercer Informe de Gobierno, op. cit.*, p. 430.

⁸ *Ibid.*, p. 431.

Las estadísticas del Centro Nacional sobre VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (CENSIDA), dependiente de la Secretaría de Salud, registran una reducción en el número de nuevos casos en 2007 y 2008, con 5,243 diagnosticados y notificados en este último año, una cifra menor a la registrada en 1995.⁹

El cumplimiento de los objetivos firmados en la *Declaración del Milenio* de Naciones Unidas ha avanzado de manera clara en combatir enfermedades ligadas al subdesarrollo económico, como las asociadas a la mortalidad infantil o las epidemias ligadas a condiciones deficientes de salubridad. Los resultados son menos transparentes en cuanto a la prevención de muertes maternas por medio del uso de métodos anticonceptivos, y sobre el freno a los contagios por VIH/SIDA.

Sin embargo, no se agota en estas acciones la importancia del trabajo realizado conjuntamente con organizaciones internacionales para cumplir con la obligación constitucional del Estado de garantizar el acceso a los servicios de salud de los mexicanos.

La universalidad en el acceso a los servicios de salud

La incorporación del derecho a la salud en el texto constitucional mediante la reforma del artículo 4º, en febrero de 1983, dio aliento a la planificación en el sector salud y a la modernización de las instituciones del mismo, que el día de hoy se expresa como el compromiso del presidente Calderón de alcanzar la cobertura universal en salud durante su sexenio.

La historia de la medicina en México da cuenta de la evolución de la prestación de los servicios de salud desde la época de la Colonia cuando fueron creados los primeros hospitales en el país. En las distintas etapas: Independencia, Reforma, Porfiriato y Revolución, se tomaron acciones para sentar las bases de la medicina pública de calidad, con aspiración universal y un sistema de protección social. Los años del crecimiento poblacional acelerado hicieron que se perdieran esas características y los rezagos, sobre todo en el campo, se fueron acumulando hasta un punto insostenible para el desarrollo económico y el bienestar social. La descentralización de los servicios de salud fue una de las primeras medidas adoptadas en los años 1980 para terminar con las diferencias observadas entre las distintas entidades federativas y, de manera más general, entre el

⁹ <http://www.censida.gob.mx> En el sitio de esta institución se informa de la celebración del *XI Congreso Nacional sobre el SIDA* en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, en los últimos días del mes de noviembre de 2009.

campo y la ciudad.¹⁰ La reforma de 1995 sentó las bases para la consolidación de un sistema nacional de salud debidamente coordinado y con recursos suficientes para dar viabilidad a la operación descentralizada del sector salud.¹¹ En los años 2000, al producirse la alternancia en el poder y la llegada de los gobiernos panistas, se abrió la posibilidad del acceso universal a la salud por medio de la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en el año 2003.¹²

Al inicio de la administración del presidente Vicente Fox, el Banco Mundial publicó un extenso informe sobre una agenda integral de desarrollo en donde se habla de la necesidad de una reforma del sistema de salud para elevar su pobre funcionamiento. Los cálculos realizados por este organismo establecen el costo de la mortalidad entre la población económicamente activa en más de 13 mil millones de dólares anuales, es decir, el 5% del PIB.¹³ E identifican tres factores clave para lograr que el sector salud mexicano responda al reto de atender enfermedades emergentes relacionadas con el estilo de vida actual y los rezagos expresados en enfermedades relacionadas con bajos niveles de desarrollo económico y social.

El primero de esos factores fue enfrentar el reto del acceso universal a la salud. Sin negar los importantes avances en la incorporación de los diversos sectores de la población al sistema de salud, los autores del informe enfatizan la necesidad de crear un sistema de salud basado en el acceso universal, en donde el gobierno no puede limitarse exclusivamente a crear la infraestructura sino que deberá involucrarse más en los resultados a obtener, en el desempeño del sistema en su conjunto. El segundo aspecto es terminar con la fragmentación en el sistema, que provoca duplicaciones entre los proveedores de servicios y es una barrera a la eficiencia, equidad y calidad de los servicios prestados. Y el tercero, revisar el papel de la medicina privada en el sistema, para poder aprovechar las aportaciones que pueda hacer este sector sin caer en los riesgos de la falta de regulación o sobreregulación de los servicios ofrecidos.¹⁴

¹⁰ Ver "Programa Nacional de Salud, 1984-1988", en Secretaría de Programación y Presupuesto, *Antología de la planeación en México*, tomo XIV, México, FCE, 1985; y Jesús Kumate, "Balance sectorial de salud: cinco años de gobierno", en Arturo Warman (comp.), *La política social en México 1989-1994*, México, FCE, 1994.

¹¹ Ver Juan Ramón de la Fuente y Joaquín López Barcena (comps), *Federalismo y salud en México. Primeros alcances de la reforma de 1995*, México, Diana/UNAM, 2000.

¹² Ver Secretaría de Salud, *Sistema de protección social en salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*, México, FCE/SS/FMS/INSP, 2ª ed., 2006.

¹³ *Mexico. A Comprehensive Development Agenda for the New Era*, Washington, D.C., The World Bank, 2001, p. 409.

¹⁴ *Ibid.*, pp. 409-410.

El diagnóstico y las propuestas fueron aceptados y a lo largo de la presente década se ha avanzado en la reforma del sector.

En el *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012* se propone avanzar hacia “la universalidad en el acceso a servicios médicos de calidad a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud”.¹⁵ A los tres ejes básicos de las estrategias del gobierno en materia de salud, se suma la orientación preventiva que se había intentado imprimir a la medicina desde hace varias décadas con pocos resultados, la cual ahora se acompaña de la promoción de la salud, centrando la atención en los principales riesgos que enfrenta la población mexicana, los cuales se traducen en las principales causas de mortalidad.

Asegurar la universalidad en el acceso a los servicios integrales de salud es el objetivo del SPSS, creado por el decreto de reforma y adición a la Ley General de Salud del 15 de mayo de 2003. Este sistema surge como un esquema de aseguramiento público y universal para la población sin acceso a la seguridad social proporcionada por instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE) y los institutos estatales de seguridad social principalmente. Por medio de su instrumento operativo, el Seguro Popular, el SPSS proporciona protección financiera a trabajadores no asalariados, auto-empleados y desempleados y a sus familias. El esquema de este seguro público de salud es coordinado por la Federación y operado por las entidades federativas. Según la Secretaría de Salud, mediante este seguro se busca reducir el “pago de bolsillo” que realizan las familias al momento de recibir la atención, el cual se sustituye por el “pago anticipado” de una cuota anual de afiliación, proporcional a la capacidad económica de la familia. Con esto, siempre de acuerdo con la dependencia gubernamental, se está otorgando protección financiera a los hogares, se promueve el principio de equidad, bajo el cual las personas contribuyen al sistema de salud con base en su capacidad de pago, a cambio del cual estarían recibiendo servicios de acuerdo con sus necesidades de salud.¹⁶

El objetivo del SPSS es que la población voluntariamente afiliada tenga acceso a servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, protegiendo de esta manera el patrimonio de las familias no derechohabientes de los grandes institutos de seguridad social. El compromiso es garantizar

¹⁵ Mensaje del Presidente de la República, en *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, *op. cit.*, p. 5.

¹⁶ Secretaría de Salud, *Sistema de protección social en salud*, *op. cit.*, pp. 13-16.

una atención oportuna y de calidad, para lo cual se creó la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud que goza de autonomía técnica, administrativa y operativa, y se encarga de la provisión de los servicios de salud a la población beneficiaria. Esta comisión trabaja en coordinación con los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y los proveedores de salud públicos y privados en las entidades federativas.¹⁷

Las cuotas familiares vigentes durante el ejercicio fiscal de 2009 dan una idea de cómo se define el esquema de pago del seguro popular; está pensado como un sistema financieramente sustentable, y al cual puedan acceder personas de distintos niveles de ingreso, con la única condición de no ser derechohabiente de ningún instituto que proporcione protección a la salud.

Cuotas Familiares

DECIL DE INGRESO	CUOTA ANUAL FAMILIAR (en pesos)
I	0.00
II	0.00
III	713.96
IV	1,400.94
V	2,074.97
VI	2,833.56
VII	3,647.93
VIII	5,650.38
IX	7,518.97
X	11,378.86

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

En los hechos, el SPSS —que ya ha sido adoptado en las 32 entidades federativas— se ha orientado hacia los sectores de menores ingresos que no pueden contratar la cobertura con una aseguradora privada. En este aspecto el reto de ofrecer servicios médicos de calidad sería la forma de atraer a afiliados de clase media al Seguro Popular.

¹⁷ Sitio de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx>

En cuanto a la calidad de los servicios brindados, el SPSS tiene un lugar definido dentro del esfuerzo por construir un sistema sectorial de calidad por parte de una subsecretaría y dirección general específicas. La certificación de la calidad de establecimientos y prestadores de servicios de salud es un proceso en marcha que se pretende convertir en un estándar nacional y debe ser competitivo internacionalmente. En el caso del SPSS la meta es acreditar al 100% las unidades prestadoras de servicios e incorporar en los convenios de gestión los compromisos vinculados con el sistema de calidad, con lo cual se pone a la cabeza de la búsqueda de un modelo de atención que satisfaga las necesidades y expectativas de los usuarios.

Por medio del Seguro Popular se mantienen dos estrategias dirigidas a personas sin acceso a la seguridad social y presentando rezagos en salud característicos de la pobreza. Están dirigidas a incidir en la reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil: embarazo saludable y seguro médico para una nueva generación, respectivamente. En este terreno convergen el SPSS con el programa *Oportunidades*,¹⁸ en su componente de prestación de servicios de salud. Para evitar duplicidades, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud es la encargada de la gestión de recursos del componente de salud de *Oportunidades*, dependiente financieramente de la Secretaría de Salud; a mediano plazo se plantea la integración del padrón del programa al SPSS.¹⁹ Un dato relevante en este sentido es que según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, la percepción de los usuarios del Seguro popular sobre la calidad de la atención a la salud es mayor a la atribuida al IMSS, el ISSSTE y los institutos estatales para los trabajadores del Estado.²⁰ De esta forma, la confianza de la ciudadanía lograda por *Oportunidades* no se perdería, sobre todo si se piensa que, al menos en parte, obedece a la coordinación interinstitucional lograda para asegurar la calidad de los servicios.²¹

El problema de recetas surtidas ha sido cubierto de manera aceptable tanto por el IMSS *Oportunidades* (94.3%) como por las unidades ambulatorias (*Caravanas de la Salud*) afiliadas al Seguro Popular (89%), lo que ha influido en la aceptación de la población a la labor desarrollada.

¹⁸ Ver Daniel Hernández Franco, *Historia de "Oportunidades". Inicio y cambios del programa*, México, FCE (Centzontle), 2008.

¹⁹ Secretaría de Salud, *Sistema de protección social a la salud*, op. cit., p. 107.

²⁰ G. Oláiz-Fernández et al., *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*, Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2006, referida en la figura 27 del *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, op. cit., p. 66.

²¹ Daniel Hernández Franco, op. cit., p. 123.

En síntesis, el SPSS se presenta como el inicio de una nueva etapa en la atención a la salud de los mexicanos. La duda está en si el sistema de financiamiento ideado funcionará adecuadamente en el largo plazo.

Financiamiento

El tema del financiamiento del sistema de salud no es menor. Los recursos que el Estado canaliza a este sector, a pesar de los aumentos en años recientes, siguen siendo limitados, muy por debajo de los destinados por los miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), a la cual pertenece México desde 1994, y menores a los que destinan países latinoamericanos de un nivel de desarrollo similar al mexicano. De acuerdo con el *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, México destinaba en el año 2000, el 5.6% del PIB al gasto en salud, habiéndose elevado a 6.5% en 2007. Esta cifra es menor al promedio latinoamericano (6.9%), en una región en donde Uruguay destina 9.8%; Argentina, 8.9%; Brasil, 7.6%, y Colombia 7.6%.²²

Del gasto total en salud en México, 46% corresponde a gasto público y 54% a gasto privado. Ese nivel de gasto público en salud se encuentra muy por debajo del promedio de los países de la OCDE, que es de 72%. Según la misma fuente, México es el país miembro de esta organización que mantiene un menor gasto público en salud como porcentaje de su PIB.²³ El gasto público en salud incluye los recursos de las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Marina); de la Secretaría de Salud y del programa *IMSS Oportunidades*.

El Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2009 estableció un gasto neto total de 3 billones 45 mil 478 millones 600 mil pesos, que representó el 25.1% del PIB del año anterior, que fue de 12 billones 110 mil 553 millones de pesos. El gasto programado en salud fue de 85 mil 36 millones 468 mil 164 pesos.²⁴ Contrario a la percepción de la opinión pública nacional, el monto que se destina al pago de salarios del sector salud es de 805 millones 624 mil 100 pesos, cantidad notoriamente menor a los 3 mil 366 millones 634 mil pesos recibidos por el sector edu-

²² *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, op. cit., p. 49.

²³ *Ibid.*, p. 50.

²⁴ "Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2009", publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, el 28 de noviembre de 2008.

cación para el mismo propósito, o los 3 mil 349 millones 432 mil 600 asignados a la Secretaría de la Defensa Nacional.

De acuerdo con el Tercer Informe de Gobierno, durante el primer semestre de este año, el gasto público ejercido en salud representó el 1% del PIB.²⁵ Esta cifra nos habla de la magnitud del reto financiero del sector salud. Es inobjetable el hecho de que la atención a la salud recae fundamentalmente en el gasto privado, entendido como “todas las erogaciones directas e indirectas que realizan las familias para la atención de la salud de sus miembros: el gasto de bolsillo que se hace al recibir la atención, pagar por un servicio o adquirir un bien para la salud, y el pago de primas de seguros médicos privados”.²⁶ Si un cambio profundo es necesario deberá darse sin duda en este terreno.

La percepción de los mexicanos sobre la importancia de la participación del Estado en la prestación de los servicios de salud se refleja en los resultados de la Encuesta Nacional 2009 de la empresa Gabinete de Comunicación Estratégica: las dos terceras partes de los entrevistados (65.9%) dijo estar de acuerdo en pagar más impuestos si éstos se destinan a mejorar el sistema de salud pública. Este porcentaje fue el mayor, superando a quienes estarían dispuestos a pagar nuevas contribuciones para mejorar la educación pública (60.3%), las vialidades (48.4%) o elevar el nivel de vida de los más pobres (62.9%).²⁷

El inesperado brote de influenza provocada por el virus AH1N1, y las acciones desplegadas por las autoridades para controlarlo, contribuyeron seguramente a realzar el papel estratégico del Estado para enfrentar problemas como éste, que no exime a ningún sector de la población.

La emergencia sanitaria

Especialistas en salud del más alto nivel en el país e investigadores universitarios coinciden en que no se podía anticipar una epidemia de influenza porcina como la aparecida en México a finales del mes de marzo de 2009. De acuerdo con Jesús Kumate, ex-secretario de Salud (1988-1994), especialista en infectología pediátrica e inmunología, miembro de El Colegio Nacional, este tipo de influenza se encontró por primera vez en Estados Unidos en 1998, pero los primeros casos en humanos se pre-

²⁵ *Op. cit.*, p. 438.

²⁶ *Programa Nacional de Salud 2007-2012, op. cit.*, p. 52.

²⁷ Gabinete de Comunicación Estratégica (GCE), “Encuesta 09 Gobierno, Sociedad y Política”, en *El Universal*, 27 de agosto de 2009, p. 1-A.

sentaron en California el 30 de marzo y el 1 de abril de 2009. No fue posible identificar el virus sino hasta 15 días después, en uno de los cinco laboratorios en el mundo que se dedican a recibir virus de la influenza de más de 120 estaciones, una de las cuales se encuentra en México. La tardanza se debió a la dificultad de tipificarlo.²⁸

En México, de acuerdo con Julio Frenk —también ex secretario de Salud (2000-2006) y actualmente decano de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, consejero de la Fundación Bill y Melinda Gates y director general del Instituto Carso para la Salud—, el síntoma de la anormalidad se manifestó cuando el sistema de vigilancia epidemiológica, que comprende más de 11 mil hospitales, clínicas y consultorios, a finales de marzo de este año comenzó a registrar un número inusualmente alto de casos y muertes por influenza en adultos jóvenes, un sector de bajo riesgo. El envío simultáneo de muestras para su estudio al Laboratorio Nacional de Microbiología de Canadá y al laboratorio del Centro para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, tuvo respuesta el 23 de abril cuando se avisó a las autoridades mexicanas que 12 de las 51 muestras enviadas contenían el mismo patrón genético del virus de influenza porcina aislado dos días antes en el CDC.²⁹ El gobierno anunció a la sociedad mexicana la situación que enfrentaba el país la noche del mismo 23 de abril.

Los temores de una posible pandemia de influenza habían quedado registrados en el *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, pero el escenario era distinto. La preocupación era por la influenza aviar y la Secretaría de Salud había venido formando una reserva de antivirales, vacunas y equipo de vigilancia epidemiológica, laboratorio y bio-diversidad. Había, pues, una anticipación ante la posibilidad de una pandemia de influenza. Sin embargo, el virus era distinto, inesperado. La situación era peor de lo imaginado, ya que a diferencia de la gripe aviar, la influenza porcina se transmite de persona a persona. A pesar de esto, el gobierno contaba con un plan de contingencia puesto en marcha de inmediato, y que implicó la suspensión de clases en la ciudad de México, la cancelación de todos los eventos públicos, el cierre de centros de reunión como cines, teatros, restaurantes y bares, y una intensa campaña de información. La comunicación de la evolución de los acontecimientos fue directamente asumida por el Secretario de Salud, José Ángel Córdova. A estas medidas se añadiría

²⁸ Arnoldo Kraus, "La enfermedad de la pobreza. Entrevista con Jesús Kumate", en *Letras Libres*, año XI, núm. 126, junio de 2009, p. 25.

²⁹ Julio Frenk Mora y Octavio Gómez Dantés, "Saldos de la influenza mexicana", en *Letras Libres*, *op. cit.*, p. 20.

días más tarde un largo asueto coincidente con los días feriados del 1º y 5 de mayo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la alerta pandémica ante la aparición de un virus capaz de provocar una epidemia global. Las medidas adoptadas por el gobierno del presidente Calderón, a pesar del aparente elevado costo económico en términos de la caída del PIB en el segundo trimestre del año, en términos estrictos del control de la epidemia permitieron detener la transmisión de la enfermedad durante el primer brote. La insistencia de que al inicio de la temporada de otoño-invierno 2009-2010 podrá haber un nuevo brote, ha mantenido a la población alerta y en espera de la vacuna contra el virus, la cual deberá distribuirse prioritariamente entre los sectores más vulnerables.

Conclusión

Las políticas de salud aplicadas durante el primer trienio del gobierno encabezado por el presidente Felipe Calderón muestran, en términos generales, resultados positivos. Los menos satisfactorios tienen que ver con la reducción en 75% de la mortalidad materna, objetivo de la Cumbre del Milenio, aunque es posible observar que el problema se está atacando desde diversos programas mediante los cuales se busca atender los problemas de equidad de género, atención a indígenas y grupos desfavorecidos.

Los esfuerzos por racionalizar recursos, coordinar acciones y devolver a las autoridades federales la rectoría efectiva del sector salud, constituyen acciones encaminadas a mejorar el sistema de salud, los cuales han sido percibidos por la población.

Deben destacarse también las ventajas de la creciente interrelación con la comunidad científica y los organismos internacionales. El cumplimiento de compromisos de carácter global ha permitido sumar fuerzas en torno a demandas largamente expresadas en el país, como la necesidad de hacer más eficientes los servicios de salud por medio de una efectiva coordinación de las instituciones públicas y la elevación de la calidad de los servicios prestados.

La emergencia sanitaria provocada por la aparición del virus AH1N1 mostró las dos caras de la interdependencia: la facilidad de la expansión de una pandemia y las ventajas de la actuación de organismos especializados en apoyo a medidas de contención; y de las redes de científicos ayudando a encontrar respuestas ante un desafío como la aparición de un nuevo virus.

En los tres primeros años del gobierno calderonista ha quedado evidenciada la necesidad de poner en marcha mecanismos de financiamiento para dar respuestas viables y hacer realidad el derecho constitucional a la salud. La universalidad en el acceso es condición insoslayable para el cumplimiento del precepto constitucional, como también lo es la decisión responsable de la pareja acerca del número de hijos y el espaciamiento entre ellos, que sólo puede darse por medio de medidas de control de la natalidad.