

El papel estratégico de la mujer en las políticas sociales de salud

CEGUIR*[^]

En la actualidad, el tema de la salud tiene un impacto muy significativo en el crecimiento y desarrollo económico, de ahí que los gobiernos se preocupen por implementar medidas para que su población se encuentre sana y con ello elevar su nivel de vida. El aseguramiento de la población es un tema que hace mucho ruido, ya que es un medidor del progreso en salud que los gobiernos han alcanzado.

En México, el 15 de mayo de 2003, se publicó en el Diario Oficial de la Federación una reforma a la Ley General de Salud, que en su artículo 77 bis 1 menciona: “Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social”.

En el segundo párrafo del mismo artículo define la protección social en salud: “La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social...”

En virtud de lo anterior, hay que considerar dos aspectos, el primero se enfoca al porcentaje de personas no aseguradas a nivel nacional según la Encuesta Nacional de Salud 2006, que es de 48.5%, lo cual es un porcentaje muy elevado todavía a pesar de que se reformó la Ley General de Salud en el 2003 y que en su octavo artículo transitorio menciona: “A partir de la entrada en vigor de este Decreto, cada año y de manera acumulativa, se podrán incorporar al Sistema de Protección Social en Salud hasta el equivalente a 14.3% de las familias susceptibles de nueva incorporación, con el fin de alcanzar el 100% de cobertura en el año 2010”.

De manera muy particular observemos el caso del Distrito Federal, donde según el Informe de auditoría de desempeño practicada a la Secretaría de Salud por la Contaduría Mayor de Hacienda de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (CMHALDF), se observó una tasa de afiliación de 6.8% anual contrario al 14.3% considerado en la Ley General de Salud para alcanzar la meta de afiliar al 100% de la población para el año 2010.

El segundo aspecto se enfoca a los gastos catastróficos en salud que la misma Ley General de Salud define en su artículo 77 bis 9: “[...] se considerarán gastos catastróficos a los que se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el Consejo de Salubridad General, que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, seleccionadas con base en su seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren”. En el caso de México, país en desarrollo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido que el 30% es el porcentaje del ingreso efectivo a partir del cual un gasto en salud se considera catastrófico (Torres y Knaul 2003).

Lo anterior está estrictamente ligado con el aseguramiento en salud, en palabras de Ana Torres y Felicia Knaul (2003) en el 2000 el gasto de bolsillo en salud absorbió 6.7% del gasto disponible de las familias no aseguradas, mientras que para las aseguradas fue de 4.7% De la misma forma se puede apreciar en su estudio, que la proporción mayor de gasto de bolsillo en

* Egresado de la Escuela Superior de Economía

[^] Contaduría Mayor de Hacienda de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal

salud fue para los quintiles más bajos de ingreso per-cápita a pesar de que los hogares más ricos tienen un mayor gasto nominal. Esto refleja que 6.23% de los hogares en el ámbito nacional (es decir, alrededor de 1.5 millones) se empobrecen debido a los gastos catastróficos generados a partir de su aportación directa en la compra de servicios (Nigenda, Orozco y Olaiz, 2003). En México la fragmentación financiera y concentración del ingreso en las diferentes instituciones de salud ha generado un sistema ineficiente de financiamiento de la salud. Más del 50% del gasto total en salud es gasto privado y más del 90% de éste proviene directamente del bolsillo (Torres y Knaut 2003).

Diversos estudios realizados por miembros de la Fundación Mexicana para la Salud A.C. nos reflejan que los gastos en salud son muy elevados. El estudio hecho por Nigenda, Orozco y Olaiz (2003) nos menciona los rubros que están considerados dentro del gasto en salud: ambulatorio, hospitalización, medicamento, maternidad y otros.

En este caso el rubro que más impacta al gasto en salud es el de medicamentos. La Encuesta Nacional de Salud II de 1994 reportó que del total de las personas que requirieron de los servicios de la SSA, 53.4% adquirió sus medicamentos en farmacias privadas (Nigenda, Orozco y Olaiz, 2003).

La importancia de la mujer en las políticas públicas de salud

Aterrizando un poco la idea que quiero dar a entender, tenemos que a partir de la reforma a la Ley General de Salud del 2003, se ha tratado de incorporar a toda la población al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), sin embargo, la realidad es otra ya que no ha existido desde ese año una coordinación entre gobierno federal y estatal para cumplir la meta de asegurar al total de la población para el 2010.

En el caso del Distrito Federal, en la auditoría de desempeño realizada por la CMHALDF, menciona: "La operación del Sistema de Protección Social en Salud inició en 2004, pero en el Distrito Federal fue hasta el mes de julio de 2005, por lo que se presentó año y medio de desfase", en relación con esto, tenemos que con el 6.8% de afiliación anual la meta de incorporar al total de la población se cubrirá hasta el 2019.

México es un país donde la cultura de prevención y aseguramiento en salud es poca o casi nula. En el caso de la poca afiliación puede ser combatido si las políticas públicas se enfocan más a concientizar a la mujer de la importancia de que ella y su familia cuenten con un seguro de salud. Diversos estudios empíricos basados en datos de hogares, sugieren que los patrones de comportamiento familiar pueden variar de acuerdo con el poder de persuasión que tenga la mujer en relación con el de su cónyuge. Por ejemplo, algunos estudios sugieren que el dinero del hogar tiene mayor probabilidad de ser invertido en la educación y la salud de los hijos cuando la madre es quien aporta los recursos, que cuando éste se encuentra en poder de su pareja. En este estudio hecho para el programa Oportunidades, dentro de sus reglas de operación destaca aquella que condiciona el envío de los recursos económicos a que la madre sea el único familiar que reciba el dinero (Rubalcava Luis, 2003).

Esta regla claramente expone la intención de Oportunidades de garantizar un impacto adicional en el bienestar familiar, alterando la distribución de los recursos al interior del hogar en favor de la mujer. Implícitamente, Oportunidades no está de acuerdo con el modelo unitario del hogar y supone que el dinero en poder de la madre tiene mayor probabilidad de ser asignado hacia un mayor bienestar para sus hijos, que si éste fuera transferido a otro miembro del hogar. El programa basa esta hipótesis en el grueso de la evidencia empírica internacional que sugiere que el dinero en las manos de las madres, por un efecto de poder de negociación, tiene más probabilidades de ser canalizado a la educación y salud de los hijos (Rubalcava Luis, 2003).

En la auditoría que se le practicó a la Secretaría de Salud, los resultados son interesantes en el tema de la participación de la mujer para elevar el porcentaje de la afiliación al Sistema de Protección Social en Salud. "En la revisión del Padrón de Beneficiarios del SPSS 2005-2006, se verificó que, de las 100,000 familias incorporadas al cierre del 2006 al SPSS, el 89.1% (89,063 familias) estaban encabezadas por mujeres y sólo el 10.9% (10,937 familias) estaban encabezadas por hombres". La mayor participación de las mujeres como titulares de familia se debe a la transformación en la composición y descomposición de las familias en relación con las leyes y costumbres matrimoniales del país (clasificada en: solteros, casados, viudos,

divorciados, separados, unidos libremente o las nuevas formas de contratos de convivencia). Esto también está asociado a que existe un mayor grado de escolaridad de los miembros en las familias y una elevada participación de la mujer en las actividades productivas, dentro y fuera del hogar.

Conclusión

Como podemos observar, el papel de la mujer en las políticas de salud es sumamente importante para que se pueda cumplir con el objetivo de asegurar toda la población del país, ya que el poder de negociación de una mujer en la familia es bien visto para que los programas sociales funcionen y gradualmente cumplan sus objetivos.

No se podrá cumplir el objetivo de asegurar al total de la población para el 2010, sin embargo, se puede disminuir el número de años que se plantean, por ejemplo de nueve a cuatro, mediante la cientización de la mujer que hoy por hoy está empujando fuerte y cada vez más ganando terreno y colocándose como una parte coyuntural en el diseño de las políticas públicas de beneficio social.

Los programas actualmente como el Oportunidades, citan a las madres de familia para darles pláticas acerca de la importancia de que los recursos otorgados sean canalizados hacia la educación, nutrición y salud de los miembros de la familia, esto en gran medida desde el punto de vista de los gastos catastróficos en salud, sirve como plan de prevención para evitar gastos no previstos y con ello el empobrecimiento de las familias ya que se ha observado que los gastos catastróficos se presentan en mayor medida en familias donde hay niños y adultos mayores.

En este sentido, las mujeres forman parte de una estrategia para fomentar el bienestar social, sin embargo, habrá que considerar cuestiones como la desigualdad social existente en el país y el analfabetismo, la “trampa de pobreza” como lo define el Dr. Mayer- Foulkes, ya que la cobertura de los programas alivian la pobreza, más no la curan. Es importante ver que todavía hay lugares en nuestro país donde todavía no llegan estos programas, o que simplemente su funcionamiento no es el adecuado. Tenemos que tomar en cuenta el tema de la planeación, que es un tema eje en las políticas públicas, y que afecta profundamente el funcionamiento de estas, pero de eso no vamos a tratar en este artículo, será tema de otra nueva discusión.

Dudas o comentarios a:
ceguir_ese@yahoo.com

Documentos consultados

Contaduría Mayor de Hacienda de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, “Auditoría APPDE/01/06, al Programa 15 “Servicios de Salud” en “Informe de Resultados de la Revisión de la Cuenta Pública del Gobierno del Distrito Federal Correspondiente al ejercicio de 2006”, Vol. 9 de 9 pp. 88-93.

Ley General de Salud vigente 2008, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

Nigenda Gustavo, Emanuel Orozco, Gustavo Olaiz, 2003, *La importancia de los medicamentos en la operación del Seguro Popular de Salud*, en *Caleidoscopio de la salud*, Fundación Mexicana para la Salud A.C. edición electrónica, <http://www.funsalud.org.mx/CASEsalud/caleidoscopio/librocaleido.htm>

Olaiz Gustavo y Otros, Encuesta Nacional de nutrición y salud 2006, Instituto Nacional de Salud Pública, edición electrónica, <http://www.insp.mx/ensanut/>

Ruvalcaba Peñafiel Luis, 2003, *Salud y Negociación en el hogar: un ejemplo de política social*, en, Seminario de Economía de la Salud edición electrónica, bibliotecas.salud.gob.mx/gsd/collect/publin1/index/assoc/HASHaa78.dir/doc.pdf

Torres Ana Cristina, Felicia Marie Knaul, 2003, *Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000*, en *Caleidoscopio de la salud*, Fundación Mexicana para la Salud A.C., edición electrónica <http://www.funsalud.org.mx/CASEsalud/caleidoscopio/librocaleido.htm>