

Políticas públicas de salud en México: una visión retrospectiva *y prospectiva*

Ma. Eugenia Mena Sánchez*

La celebración del bicentenario de la Independencia de México y del centenario de la Revolución Mexicana es sin duda una magnífica oportunidad para reflexionar sobre los diversos caminos que ha tomado nuestra nación en los distintos aspectos de su desarrollo, de su vida política, social, cultural, religiosa, etc. En cuanto al tema de la atención a la salud de los mexicanos, éste se encuentra absolutamente vinculado al desarrollo que México ha tenido desde sus orígenes como país, mismos que a su vez, han determinado su futuro.

Con este referente, en el presente artículo se hace un breve análisis histórico de tales orígenes, la evolución del país después de la guerra de Independencia, su desarrollo, condiciones y escenarios en el siglo XX, y las perspectivas hacia el siglo XXI, con énfasis en el tema de la salud y de las políticas públicas en este ámbito.

Las raíces históricas: conquista y colonización

El desarrollo social, los procesos productivos y los regímenes de propiedad de la tierra durante la conquista y la colonización determinaron el camino del desarrollo de los países latinoamericanos. Di Filippo (1979) explica que la llegada de los españoles rompió con la organización social y productiva establecida por las culturas nativas, dando lugar a una relación laboral de corte servil que prevalece hasta nuestros días, aunque en algunas zonas, debido a la baja densidad de población, se generó una relación laboral más laxa que constituyó un trabajo de tipo precapitalista, pero que también originó quiebres étnico-culturales tan severos como los que se dieron en otras zonas de México y de América Latina.

Todas estas complejas relaciones de propiedad, trabajo e intercambio, sobre todo en los regímenes de servilismo y esclavitud, dieron origen a una cultura en la que el dominado ha dependido del dominante, no sólo para el trabajo, sino para la satisfacción de diversas necesidades, muchas de las cuales han sido atendidas bajo una óptica basada en el asistencialismo.

* Profesora Investigadora de
Nutrición del Departamento de
Ciencias e Ingenierías, UIA Puebla
eugenia.mena@iberopuebla.edu.mx

Las primeras acciones de salud

Los primeros antecedentes de protección social y sanitaria hacia la población en México tuvieron ciertamente un acentuado carácter asistencial; surgieron hospitales para la cura de las enfermedades, muchos de ellos atendidos por congregaciones religiosas; las acciones de salud pública respondían básicamente a las demandas emergentes de padecimientos de tipo endémico y epidémico, pero no tenían un carácter preventivo ni de promoción de una cultura de salud.

Hacia finales del siglo XIX y principios del siglo XX se hicieron intentos de tipo legislativo en pro de la clase trabajadora asalariada, a fin de brindarle protección social y sanitaria a través de prestaciones específicas, pero no fue sino hasta la Constitución de 1917, cuando se estableció normativamente la obligación patronal de proporcionar a los trabajadores, pensiones, habitaciones cómodas e higiénicas, escuelas, enfermerías y otros servicios (Leal y Martínez, 2002). Pinto (1973) señala que se había constituido un nuevo escenario de pobreza urbana, en el cual los avances en la medicina dieron lugar a una disminución de

la mortalidad, seguida de una aceleración demográfica; se intensificaron las migraciones del campo a la ciudad, originando un nuevo

proceso de urbanización, como respuesta al crecimiento demográfico y al incremento de empleo no agrícola.

El sistema público de salud y las reformas de salud en México

Se puede afirmar que el sistema público de salud de México se inició formalmente hasta 1943, al crearse la Secretaría de Salubridad y Asistencia, como resultado de la fusión de la

Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad. En ese mismo año se estableció el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con el que se daba cumplimiento al artículo 123 constitucional, y en adición, se crearon el Hospital Infantil de México y poco después, los Institutos Nacionales de Cardiología y de Nutrición (Soberón, 2001); en 1959 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Con los anteriores esfuerzos se inició un proceso formal de institucionalización de la atención médica y de salud pública en México. Era evidente que estas acciones lograban responder a las demandas de la emergente industrialización y facilitaron la reproducción de la fuerza de trabajo necesaria. A pesar de tratarse de una política social corporativa y centralista, permitió transitar de la beneficencia filantrópica privada, a la seguridad social ligada al empleo, al salario y garantizada por el Estado (Barba, 1997).

Sin embargo, puede observarse que el sistema nació con un gran vicio de origen, pues estaba dirigido totalmente a la protección del sector formal de los trabajadores y sus familias, pero no a la protección del sector informal no asegurado, para el que no había ninguna oferta pública de prestaciones y servicios. Esta desigualdad generada por el naciente sistema de salud mexicano afectó tanto en las áreas urbanas, como en las zonas rurales, sobre todo porque en estas últimas, la gran mayoría de su población carecía de un trabajo formal asegurado que le permitiera el acceso a los servicios de salud institucionales.

Hacia finales de los años sesenta este sistema de salud pública empezó a alcanzar su límite, además de que en las zonas rurales, muchas familias se vieron obligadas a emplear recursos propios para ser atendidas en el ámbito

Puede observarse que el sistema nació con un gran vicio de origen

privado, que generalmente ofrecía una pobre calidad asistencial e irregularidades de funcionamiento (Frenk, 1997).

Hacia la década de los setenta esta realidad llamó a la conciencia de las políticas de salud vigentes y en 1973 se reformó la Ley del Seguro Social para extender su acción a la población sin capacidad de contribución, pero sí en extrema pobreza y marginación. En 1979, la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos

lo económico, lo que originó severos impactos en lo social, especialmente sobre el financiamiento y la organización de las instituciones de protección social en general, y de salud en particular (Soria y Farfán, 1990). Se disminuyó el gasto social, así como el gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), se frenó la tendencia expansiva de los servicios públicos de salud, se limitó su lógica redistributiva, se debilitó su capacidad de respuesta y se transfirieron responsabilidades



Marginados (COPLAMAR), se integró al IMSS, con la finalidad de extender los servicios de salud a todo el territorio nacional. Este fue uno de los primeros esfuerzos de política pública de salud para atender a la población con o sin empleo formal, especialmente la que habitaba en las zonas rurales.

En 1982 estalló la crisis económica gestada en los años previos por el agotamiento del patrón de acumulación y el Estado impulsó políticas de ajuste macroeconómico con un severo impacto sobre el empleo, el salario y los derechos de los trabajadores. La política social de México se encaminó hacia la modernización neoliberal en

constitucionales del Estado a otros actores (López y Blanco, 2001).

Entre 1982 y 1998 se mantuvo la tendencia descrita con efectos directos de impacto negativo en los fondos destinados a equipamiento e infraestructura y los recursos para la atención de población sin seguridad social resultaron insuficientes. Como López y Blanco (2001) bien lo señalan, se propició la transferencia de responsabilidades públicas a instancias privadas, aunada a la carencia de nuevas plazas para trabajadores de la salud y el decremento de los salarios reales de los trabajadores contratados, lo cual acabó por deteriorar seriamente la atención de la salud

en el país. Por otro lado, hay que señalar que al mismo tiempo, el sector se enfocó en llevar a cabo más acciones de promoción de la salud y en operar programas de prevención de la enfermedad.

La segunda reforma de las políticas públicas de salud en México ocurrida entre 1983 y 1988 se conoció como *el cambio estructural de la salud* (Soberón, 2001). Se enfocó en la población rural pobre, pero también en la cada vez más empobrecida población urbana que no gozaba de seguridad social.

En los hechos, esta segunda etapa inició con la inclusión en la Constitución del derecho a la protección de la salud; al mismo tiempo los servicios asistenciales, hasta entonces a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, se trasladaron al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). En consecuencia, se reformaron las encomiendas de la Secretaría, que cambió su denominación a Secretaría de Salud. Acto seguido, en 1984 se promulgó la Ley General de Salud y en los años siguientes se promulgaron las leyes estatales correspondientes.

Cabe señalar que en esta reforma se establecieron 10 estrategias de salud, cinco a nivel macro y cinco a nivel micro. Las primeras incluyeron: a) la descentralización de los servicios de salud que en un primero momento se llevó a cabo en 14 entidades federativas; b) la sectorización institucional; c) la modernización de la ahora Secretaría de Salud; d) la coordinación intersectorial, y e) la participación comunitaria. Las estrategias a nivel micro se enfocaron en: a) la investigación en salud; b) el desarrollo de recursos humanos para la salud; c) la información en salud; d) el financiamiento, y e) los insumos para el sistema nacional de salud.

Las evaluaciones posteriores mostraron que los programas desarrollados en esta segunda etapa de reformas no lograron el éxito esperado, principalmente por la falta de inversión en el sector, por una administración de recursos poco efectiva, pero también por no haber considerado las barreras culturales de los diversos grupos de población, especialmente los de las zonas indígenas. Así mismo, y debido a las grandes desigualdades entre las entidades federativas, la descentralización en la cobertura de salud motivó una mayor desigualdad, en lugar de lograr la equidad que se pretendía (Soberón y Martínez, 1996).

Soberón (2001) ubica la tercera etapa de reformas hacia 1995, cuando finalmente la Secretaría de Salud logró la total descentralización de los Centros de Salud en todas las entidades federativas, estandarizando los servicios básicos, especialmente para la población rural, pero con serias diferencias de infraestructura y recursos entre las entidades.

De acuerdo con la política neoliberal de transferir las funciones del Estado a la iniciativa privada, se estructuró una nueva Ley del Seguro Social que eliminó el papel del IMSS como el único responsable de la administración de fondos para el retiro y pagador de pensiones; se implantó el esquema de Administradoras de Fondos de Retiro (AFORES) y se diseñó un nuevo modelo institucional de atención integral a la salud.

Se estructuró el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) con el objetivo prioritario de otorgar cobertura de nutrición, educación y salud a la población que no es atendida por las instituciones de salud. Éste, posteriormente se transformó en el actual programa OPORTUNIDADES.

Sin embargo, la responsabilidad del Estado para garantizar satisfactorios esenciales como la educación y la salud comenzó a ser cuestionada y sustituida por un discurso en donde el papel del Estado a través de las políticas sociales debía limitarse a la atención de los pobres, dejando que los no pobres resolvieran sus necesidades sociales en los mercados.

Ante la nueva crisis financiera de 1994 y para amortiguar el desfase entre las necesidades de salud cada vez mayores y más complejas, el deterioro y desfinanciamiento institucional y la pérdida de capacidad de respuesta de los servicios públicos, se impulsó una reestructuración que propuso la corresponsabilidad financiera de los gobiernos estatales y municipales en el financiamiento de los servicios y la diversificación de las fuentes de recursos. Esta reestructuración involucraba financiamiento externo tanto del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), como del Banco Mundial (BM) que condicionaron los fondos a los cambios organizacionales y financieros prescritos por ellos, convenios de cofinanciamiento, participación de instituciones privadas, aportaciones directas de la sociedad y posteriormente, el prepago voluntario de la población sin seguridad social, mejor conocido como *Seguro Popular*.

Se puede considerar una cuarta etapa de reformas iniciada en el año 2000, con el «gobierno del cambio», caracterizada por la situación crítica que prevalecía en el sector, de manera que uno de los ejes centrales del Programa Nacional de Salud fue la reestructuración financiera del mismo, aunque el gasto público en salud continuó siendo uno de los más bajos de América Latina (2.6% del PIB).

El programa OPORTUNIDADES se enfocó en las familias más pobres del país, con un desarrollo de cobertura que ha ido poco a poco en aumento, tanto en áreas rurales, como semiurbanas y urbanas. Sus objetivos han sido elevar la educación, los niveles de salud y la nutrición de las familias más pobres, otorgándoles transferencias en efectivo que permitan el desarrollo de capacidades, de manera que logren una mejor inserción al mercado laboral.

Para que este programa resulte exitoso se requiere una política social decidida a invertir fuertemente en estos rubros; es también indispensable un manejo absolutamente honesto y transparente de los recursos, alejado de políticas clientelares, con un seguimiento impecable que permita un recambio justo y equilibrado de usuarios, además de una evaluación que permita apuntalar los resultados positivos y a redirigir los negativos.

En mayo de 2003 se aprobaron modificaciones importantes a la Ley General de Salud, entre ellas, la adición de un capítulo sobre la Protección Social en Salud para impulsar la propuesta del *Seguro Popular*, planteando la reestructuración financiera del sistema público de salud. Este seguro voluntario condiciona el monto del aporte financiero federal al volumen de afiliados (subsidio a la demanda); obliga a las entidades federativas a canalizar recursos adicionales, que en su mayoría no tienen; limita el acceso a los servicios; introduce la lógica mercantil del aseguramiento privado al sistema público, y obliga a que la población pobre prepague un paquete de acciones que anteriormente en su mayoría eran gratuitas.

Se requiere una política social decidida a invertir fuertemente en estos rubros



Todo el recurso público se ha visto disminuido y no parece que haya una solución en el corto plazo

La transición epidemiológica de México

No quedaría completa esta visión de las políticas públicas de salud en México, si no se considera la transición epidemiológica del país, ocurrida principalmente entre los años 1975 y 2005. Antes de la década de los setenta, las principales causas de mortalidad en México eran en términos

generales, enfermedades infecciosas, fácil de transmitir, que requerían para su control, una infraestructura básica de saneamiento en los hogares y cuidados básicos de salud,

pero ya desde finales de la década de los noventa y sobre todo en este siglo XXI, la mortalidad general está mayormente ocasionada por padecimientos crónicos degenerativos no transmisibles, entre los que destaca la *diabetes mellitus* en primer lugar, seguida de enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, lo anterior no significa que estos padecimientos hayan sustituido a las enfermedades de transmisión, sino que ahora coexisten y se imbrican los problemas carenciales e infecciosos, con la patología crónica y degenerativa, con las lesiones y accidentes y también con los trastornos de tipo emocional.

Es necesario considerar que en esta transformación, también han disminuido las tasas de natalidad y fecundidad; hay una reducción del porcentaje de población menor de cinco años, una disminución de la mortalidad en este grupo de edad, un incremento en la proporción de población mayor de 65 años y una mayor esperanza de vida.

Es presumible que lo anterior sea el resultado del cambio en el modelo de

desarrollo, del cambio de los procesos productivos, de los patrones de consumo, de la distribución territorial de la población y de la incorporación creciente de las mujeres al mercado laboral; del tránsito de un país rural agroexportador a una nación capitalista de ingresos altamente heterogéneos, de una población crecientemente urbanizada e integrada en forma subordinada a la economía mundial.

Por tanto, los dos fenómenos importantes que es necesario considerar en las políticas públicas de salud en la actualidad son la polarización epidemiológica y la regresión sanitaria. La primera, expresada en el incremento de los diferenciales de morbi-mortalidad entre regiones, estados, municipios y grupos poblacionales específicos y la segunda, como un proceso en que enfermedades erradicadas o controladas en el pasado, resurgen y nuevamente se convierten en problemas colectivos de salud, tales como el paludismo, el dengue, la tuberculosis pulmonar y el cólera (Blanco y López, 1990; López y Blanco 1997).

Prospectiva de las políticas de salud

De acuerdo con todo lo expuesto es claro que el modelo de salud creado en 1943 fue erróneo desde su origen al no considerar la necesaria *universalidad* de las políticas de salud, lo cual llevó a un sistema nacional injusto, inequitativo e ineficiente.

En este momento, resulta inminente resolver las enormes carencias que hoy por hoy padece el sector salud, lo cual requiere de un incremento decidido al presupuesto destinado a éste, pero precisamente esta es la limitante, ya que en los actuales momentos de crisis, todo el recurso público se ha visto disminuido y no parece que desde las propuestas económicas de nación, haya una solución en el corto plazo.

Dávila y Guijarro (2000) se inclinan por la creación de un único Sistema de Seguridad Social Nacional en México que resultaría de mucho beneficio para asegurar la fusión de todos los institutos de seguridad social, principalmente el IMSS y el ISSSTE, ya que la administración con la que se han manejado, sus políticas de recursos humanos, pensiones para sus trabajadores y prestaciones, han sido sólo ventajosas para quienes allí laboran. Su integración ciertamente contribuiría a la potenciación y creación de un seguro universal de pensiones, garantizado con la aportación

de toda la población trabajadora con una parte de su salario al sostenimiento del sistema.

Seguramente habrá varias alternativas más que estratégicamente diseñadas e integradas logren no sólo mejorar los servicios de salud en el país, sino favorecer un desarrollo de nación en todos los sentidos. Así mismo, lo que debe centrar tales políticas es la *universalidad* de la atención a la salud, es decir, políticas públicas de salud para todos; las estrategias y los mecanismos son el reto para el Estado. ■

REFERENCIAS

- Barba, Carlos (1997) «Distribución del ingreso, crecimiento económico y democracia en México: alternativas de política social». En *El Debate Nacional: Libro 5. La Política Social*. México: Diana.
- Blanco, José y Oliva López (1990) «De la transición epidemiológica a la epidemiología de la crisis. centro de estudios en salud». En *Política sanitaria mexicana en los ochenta*. México: Fin de Siglo Editores.
- Dávila, Enrique y Maite Guijarro (2000) «Evolución y reforma del sistema de salud en México». En *CEPAL. Serie Financiamientos del Desarrollo*, 91. Santiago de Chile: ONU.
- Di Filippo, Armando (1979) «Raíces históricas de las estructuras distributivas de América Latina». En *CEPAL. Colección Cuadernos*, 18. Santiago de Chile: ONU.
- Frenk, Julio (ed.) (1997) *Observatorio de la Salud. Necesidades, servicios, políticas*. México: Fundación Mexicana para la Salud.
- Leal, Gustavo y Carolina Martínez (2002) «Tres momentos en la política de salud y seguridad social en México». En *Papeles de Población*, 34: 107-133.
- López, Oliva y José Blanco (2001) «La polarización de la política de salud en México». En *Cuadernos de Salud Pública*, 1. Vol. 17.
- (1997) «Los retos en salud para el fin de siglo». En Estela Gutiérrez (coord.) *El Debate Nacional: Libro 5. La Política Social*. México: Diana.
- Pinto, Anibal (1973) *Heterogeneidad estructural y modelos de desarrollo reciente de la América Latina*. Serie de Lecturas. México: FCE.
- Soberón, Guillermo (2001) *Simposio La Reforma de la Salud en México*. 18 de abril. México: FUNSALUD.
- y Gregorio Martínez-Narváez (1996) «La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta». En *Salud Pública de México*, 38 (5): 371-378.
- Soria, V. y G. Farfán (1990) «El deterioro del bienestar social en México». En *Testimonios de la Crisis*, 4. *Los Saldos del Sexenio 1982-1988*. México: Siglo XXI.