

# La Salud en México, algunas Consideraciones Actuales

MARIO SÁNCHEZ SILVA \*  
BERTHA PALOMINO VILLAVICENCIO \*\*

**Resumen:** En este artículo se pretende analizar la situación actual de la salud en México desde el acercamiento a algunos rasgos de la política pública de este sector estratégico para la calidad de vida de la población. Se inicia con la exposición de la concepción teórica socio-histórica del proceso salud-enfermedad, que lo considera como expresión y resultado de las formas y estilos de vida que se desarrollan en las comunidades. Se continúa con un recuento de las orientaciones y los impactos de la política en salud de los años 80 a la fecha, dirigidos por las denominadas políticas de ajuste liberales, que se han desarrollado, desde hace más de dos décadas, en América Latina pero particularmente en nuestro país. Posteriormente, se hace una caracterización del estado de salud en México a partir de un elemento central de la intervención gubernamental en este sector: la privatización de la atención de la salud que ha avanzado, lenta pero efectivamente, en una redefinición del papel del Estado ante el bienestar social. Se presentan algunos datos que muestran que México a pesar de los innegables avances, tiene rezagos significativos en materia de salud, sobre todo en la materno-infantil, que lo sitúan epidemiológicamente en un lugar inferior a otros países localizados en clasificaciones internacionales como de menor potencialidad económica que México. De entre las diferentes estrategias del proceso de privatización de la atención de la salud se eligió el tema del Seguro Popular de Salud (SPS) que ha generado una gran controversia en torno a su viabilidad socioeconómica y de dotación de servicios de alta calidad sanitaria. Se exponen las dos posiciones que se han desarrollado al respecto, la que proviene de las autoridades del sector salud y la que han desarrollado un grupo de investigadores, académicos, políticos y grupos de la sociedad, sobre sus alcances, costos económicos, sociales y en salud de los beneficiarios que se afilien a esta propuesta.

## 1. Un enfoque multifactorial de la salud

Se considera a la **salud y a la enfermedad** como parte de la calidad de vida, y resultado de la interacción del hombre con su entorno biológico, socioeconómico y cultural.

La salud y la enfermedad, son el resultado de las interrelaciones del hombre con su medio. Son extremos de un estado de equilibrio dinámico, que cambian el disfrute de la vida y que tiene dos determinantes históricas fundamentales: el intercambio de materia, energía e información entre la sociedad

\* Director del Centro de Investigaciones Económicas, Administrativas y Sociales (CIECAS) del Instituto Politécnico Nacional.

\*\* Profesora-Investigadora del Centro de Investigaciones Económicas, Administrativas y Sociales (CIECAS) del Instituto Politécnico Nacional.

y la naturaleza y el tipo de relaciones sociales que se establezcan entre sus miembros en los intercambios mencionados. Ambas determinantes explican las condiciones materiales de vida de los diferentes grupos sociales y las formas específicas de enfermarse y morir, conformando un abanico de oportunidades de vida que se concreta en la capacidad física y/o psíquica de los individuos para satisfacer sus necesidades, así como para desarrollar sus capacidades intelectuales.<sup>1</sup>

La salud y la enfermedad no son estados opuestos, sino diferentes grados de un proceso de adaptación del organismo al medio. Esta capacidad adaptativa está determinada por un potencial genético individual y por las condiciones sociales, económicas, culturales, psíquicas y biológicas de su medio ambiente. De tal manera que, la salud es un proceso socialmente determinado que se concreta en la capacidad física y/o psíquica de los individuos para satisfacer sus necesidades básicas, así como para desarrollar sus capacidades intelectuales.

El estudio de la salud y la enfermedad ha tenido diferentes enfoques a través del tiempo y de acuerdo a la corriente teórico-práctica de atención social de la salud pública que lo aborda. Sólo mencionaremos algunos por considerarse los más destacados: el biologicista y el ecológico-sanitario, que le ha dado un sello de medicalización a la atención de la salud; el multidimensional de la OMS, que desde una visión positiva de la salud acepta la participación de lo biológico, lo psicológico y lo social en este proceso y algunos de corte más integrales, que consideran a los factores sociales y económicos como determinantes fundamentales de la salud o de la enfermedad sin demeritar la presencia de factores secundarios biológico-ecológicos.

Uno de los esfuerzos más destacados para estudiar a la salud a partir de una orientación epidemiológica más amplia e integradora es el **modelo epidemiológico de análisis de políticas de salud** de Dever.<sup>2</sup> Este modelo contiene cuatro dimensiones **explicativas de los problemas**

**de salud de una población: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y el sistema de atenciones de salud.** Dever considera las correspondencias de su propuesta metodológica con otros modelos denominados holísticos, como el de Lalonde y el de Bluta<sup>3</sup> que permiten abordar la salud desde el punto de vista de las políticas públicas y de acuerdo a las nuevas y cambiantes necesidades epidemiológicas.

En América autores como Breilh, Granda<sup>4</sup> y Castellanos<sup>5</sup> entre otros, han construido un marco explicativo que pone especial atención a las vinculaciones entre las condiciones de vida y la salud de las poblaciones estudiadas. Esta corriente histórico-social del proceso salud-enfermedad se considera como la más adecuada para abordar los problemas sanitarios en la actualidad.

La salud y la enfermedad son momentos de un proceso biológico y social, que es dinámico, complejo y dialéctico. Tiene dos determinantes históricas fundamentales: el intercambio de materia, energía e información entre la sociedad y la naturaleza y el tipo de relaciones sociales que se establezcan entre sus miembros en los intercambios mencionados. Ambas determinantes explican las condiciones materiales de vida de los diferentes grupos sociales y las formas específicas de enfermarse y morir.

De tal manera, el carácter social y la historicidad del proceso salud-enfermedad no se muestran en el caso clínico, si en los cambios que se han dado en el tiempo en el perfil epidemiológico de las sociedades humanas. Estas variaciones han ocurrido fundamentalmente por el desarrollo de relaciones sociales de producción, de las fuerzas productivas, por el nivel de acceso a satisfactores sociales y por la calidad ambiental y no sólo por la evolución de la práctica médica como algunos autores han querido demostrar.

La forma en que los grupos sociales producen y se reproducen, el lugar que ocupan sus individuos en el proceso productivo, sus condiciones de vida y trabajo, determinan cómo y de qué se enferman, con qué gravedad y frecuencia, su esperanza de vida, el acceso oportuno y adecuado a los servicios médicos, y de qué se mueren.

La salud humana está relacionada directamente con las características de su entorno, muy especialmente con el acceso al agua potable, la disposición final de las aguas residuales, de la basura y de las excretas, la fauna nociva y la contaminación biológica, física y química y la exposición a riesgos laborales.

La esperanza de vida, el estado de nutrición así como los tipos, la frecuencia y la distribución de las enfermedades se han transformado a través del tiempo y son distintos en cada sociedad y en un momento dado, así mismo los problemas de salud son diferentes en las diferentes clases y estratos de una misma sociedad.

<sup>1</sup>Bertha Palomino, "El Coléra en México. En calidad de vida, salud y ambiente", *Las enfermedades de la pobreza*, CRIM, Instituto de Investigaciones Antropológicas, U.N.A.M., Colección multidisciplinaria. Cuernavaca, México, 2000, pág. 207.

<sup>2</sup> Dever, GEA, *Holistic Health An Epidemiological*, págs. 13-18.

<sup>3</sup> M. A. Lalonde, "Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare", *New Perspective on the Health of Canadians*, 1974, págs. 2-6.

<sup>4</sup> Breilh, J, Granda, E y cols. *El deterioro de la vida*, Corporación Editora Nacional/ CEAS, Quito, 1990, pág. 7.

<sup>5</sup> PL.Castellanos, "Descripción y explicación de la situación de salud", *Sobre el concepto de salud-enfermedad*, Bol Epidemiol OPS, 1990, págs. 1-7.

**Salud y enfermedad** son expresión de la vida, manifiestan la forma concreta de vida de cada persona y grupo de población. Salud y enfermedad, como dijo Canguilhem, son expresión del **“modo de andar la vida”**.<sup>6</sup>

En cuanto a la salud, es conveniente mencionar que la degradación del ambiente, resultado de esta racionalidad productiva, ha generado nuevas enfermedades al poner al hombre en contacto con nuevas sustancias y productos tóxicos y contaminantes. De igual manera, la falta de servicios médicos y de infraestructura, junto con las condiciones de vida de los asentamientos humanos marginados y los patrones culturales, contribuyen significativamente al deterioro del ambiente y la salud de la población. Por lo anterior, se considera que el estudio de la salud y la enfermedad debe hacerse desde una perspectiva integral, que considere tanto sus condicionantes naturales como sociales para que el planteamiento de abordaje sea acorde con la realidad.

Si consideramos que la salud está influida por el sistema socio-económico, es natural pensar que los más afectados por la enfermedad son los que menos tienen, sin embargo, no hay que olvidar que otros sectores de la población, concretamente las llamadas clases media y alta, enfrentan problemas específicos de acuerdo a la situación que viven.

Como se sabe en la actualidad, en la determinación de la salud intervienen múltiples factores, entre otros, la calidad de la educación, la posición social de la mujer, las condiciones del ambiente físico, los estilos de vida, la seguridad pública, la amplitud de los espacios de participación democrática, la innovación tecnológica, el acceso a los servicios preventivos y terapéuticos de alta calidad.<sup>7</sup>

En la **Reunión de Yakarta, Indonesia sobre Salud para Todos**, realizada en 1997, se establece en su declaración final que la salud requiere paz, vivienda adecuada, educación accesible y de calidad, seguridad social de gran cobertura, un ambiente propicio para las relaciones sociales armónicas, alimentación e ingreso suficiente, una buena calidad ambiental, uso sustentable de los recursos, justicia social, respeto a los derechos humanos, equidad, participación y empoderamiento de la mujer. Pero reconocen que la mayor amenaza a la salud es la pobreza.

Otros factores que influyen y que hay que tomar en cuenta para la salud son las tendencias demográficas, como la urbanización, el aumento del número de adultos mayores y la prevalencia de enfermedades crónicas, los crecientes hábitos de vida sedentaria, la resistencia a los antibióticos y otros medicamentos comunes, la propagación del abuso de drogas y de la violencia civil y doméstica.

Varios factores transnacionales tienen también un importante impacto en la salud. Entre ellos cabe citar la integración de la economía mundial, los mercados

financieros y el comercio, el acceso a los medios de información y a la tecnología de comunicación y la degradación del medio ambiente por causa del uso irresponsable de recursos.

Estos cambios determinan los valores, los estilos de vida y las condiciones de vida en todo el mundo. Algunos, como el desarrollo de la tecnología de comunicaciones, tienen mucho potencial para la salud; otros, como el comercio internacional de tabaco, acarrearán un fuerte efecto desfavorable.

## 2. La salud como un factor de la política social en México

La legislación Mexicana reconoce en el **artículo 4to. Constitucional la protección de la salud como un derecho social** y en el artículo 123 a los servicios médicos como instrumento de la seguridad social.<sup>8</sup>

Estas leyes orientaron las políticas de estado en materia de salud hasta 1983. En esa época había un fuerte predominio de las instituciones públicas, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y los institutos de seguridad social (IMSS, ISSSTE) presentaban un crecimiento sostenido, que se creía culminaría con la estructuración de un sistema único de salud.

En los ochenta, América Latina vivió una crisis que asumió formas diversas. Estos años constituyeron un período de ruptura con los modelos económicos que tuvieron vigencia hasta entonces, se consideró que lo que estaba en crisis no eran las relaciones de producción sino ciertas formas de administración y de política económica. El neoliberalismo a través de sus distintos y variados representantes con tales afirmaciones, se instaló en el debate político difundiendo un discurso dominante sobre la crisis.<sup>9</sup>

En apoyo a la política neoliberal, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, afirmaron que las políticas económicas internas al volverse crónicas deformaban las estructuras de la economía, le restaban capacidad y en casos extremos la dejaban inerte para responder de forma eficaz al momento cambiante de la economía internacional.

Hacia fines de 1983, 17 países de América Latina y el Caribe tenían acuerdos de ajuste con el Fondo Monetario Internacional. **Las políticas de ajuste** desde el punto de vista

<sup>6</sup> Citado en Pedro Catellanos, *Pobreza y Desigualdades de Mortalidad*, OPS, 1992 fotocopia, pág. 13.

<sup>7</sup> J. Frenk Mora, “Introducción”, *Observatorio de la salud*, Funsalud. México, 1997, pág.15.

<sup>8</sup> R. Acosta y P. Góngora. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, Porrúa, México, 1984, págs 17, 472.

<sup>9</sup> Edgar Jiménez Cabrera, “El Modelo Neoliberal en América Latina”, *Revista Sociológica*, Año 7, No. 19, Mayo-Agosto 1992, pág. 3.

neoliberal fueron entendidas como el conjunto de medidas y decisiones públicas cuyo propósito era reducir los obstáculos que impedían el uso adecuado de los factores de la producción.<sup>10</sup>

Las políticas de ajuste estructural tuvieron como referente a la “realidad”, que es el eje central del discurso neoliberal y fuente de su legitimidad, ya que, justifica el imponer un conjunto de medidas basadas en la gravedad de la “realidad”, sin recurrir al consenso o a la violencia.

El neoliberalismo propuso un proceso de reorganización económica, política y social, este proyecto se reforzó con un cuerpo normativo, que incluía valores como, rentabilidad, productividad, competitividad y por los principios de pragmatismo-realismo, que tienden a afianzar nuevas relaciones sociales que se constituyen a partir del mercado.<sup>11</sup>

La conciencia social en esta perspectiva queda al margen, como si no importara o no existiera, ya que, el mercado no reconoce fuerzas sociales y políticas, distingue únicamente sujetos calificados o no calificados, consumidores y oferentes, independientemente de su posición política y social. El mercado despoja al individuo de su contenido político.<sup>12</sup>

El liberalismo se considera una ideología que postula la preeminencia del mercado y de la libre competencia, este modelo promueve la privatización de las empresas y los servicios, la supresión del estado como benefactor y el fortalecimiento del capital privado, así como la orientación de la economía en función del mercado internacional.<sup>13</sup> El proyecto neoliberal plantea el bienestar del mercado en reemplazo del estado de bienestar.

El estado mexicano que por un tiempo dotó de los elementos mínimos para la subsistencia social (salud, vivienda, educación), se vio de pronto rebasado por la amplitud de las expectativas sociales y económicas. No fue capaz ya no de cumplirlas, sino de limitar el deterioro de las condiciones de vida de la población.

El neoliberalismo “oportunamente” denunció el papel del estado benefactor como costoso, centralista e ineficiente, responsable del estancamiento de las instituciones, con carácter desestabilizador al no cumplir con los ideales igualitarios que él mismo planteó.

En los primeros años de la década de los ochenta, primera etapa del proyecto neoliberal en México, se reducen los presupuestos de las instituciones públicas de salud y disminuye la calidad de atención a la población, situación que se prolonga hasta la actualidad.

**En 1983, se inició la reducción de los presupuestos de las instituciones públicas.** El presupuesto *per cápita* del ISSSTE bajo en un 44%, llegando a su punto más bajo en 1985 y 1986.<sup>14</sup>

El recorte presupuestal repercutió en el funcionamiento de las instituciones de dos maneras: por una parte, el trabajo del personal de salud se vio pobremente pagado, por otra, sus condiciones de trabajo se dificultaron por la falta de material y equipo para realizar sus funciones. Se aplazó la inversión para la compra de equipo nuevo y el mantenimiento del existente se aplazó indefinidamente.

La demanda de los servicios rebasó en mucho la oferta de las instituciones de salud, el material escaseó y los recursos humanos fueron insuficientes para atender los servicios saturados con grupos que por artificios políticos fueron incluidos en la seguridad social.<sup>15</sup>

Los servicios de atención a la salud se deterioraron y cayeron en un grave descrédito, el personal de salud enfrentó a diario la irritación social por el mal servicio otorgado y el gobierno “se lavó las manos”, argumentando la necesidad del recorte en el gasto en salud debido a la crisis fiscal.

Desde luego que la crisis fiscal nada tuvo que ver con el gasto social, en el sentido de que fuera excesivo, ya que, en su momento más alto no representó más que el 19.5% del gasto público, lo que en relación al gasto de otros países es bajo.<sup>16</sup> Tendríamos que decir que en el intento por disminuir el déficit público no se atendió el problema de la deuda externa, que hizo crisis por el incremento en las tasas de interés así como por la fuga de capital financiado con el erario público, que se mantenía gracias a los préstamos internacionales.

El pago de la deuda externa fue una decisión política en detrimento del gasto social que se recortó y que incluyó a la salud. Esto se demuestra si consideramos que el servicio de la deuda se incrementó del 25.1% en 1981 al 61% en 1998, por lo contrario, el presupuesto en salud bajó del 4.7% al 1.6% del PIB en el mismo período.<sup>17</sup>

Ante las carencias de las instituciones de asistencia social (IMSS, ISSSTE) a partir de 1983, el sector médico privado mostró un crecimiento mayor que el público, con una participación en el producto interno bruto de los servicios médicos (PIBSM) del 48% en 1982, al 60% en 1985.

<sup>10</sup> Sergio Zermeño, *La sociedad derrotada*. UNAM-Siglo XXI, México, 1996, Págs. 39,40.

<sup>11</sup> Edgar Cabrera Jiménez, “El Modelo Neoliberal en América Latina”, *Revista Sociológica*. Año 7, No. 19, Mayo-Agosto: 1992, pág. 9.

<sup>12</sup> Edgar Cabrera Jiménez, *Op. Cit.*: pág. 10.

<sup>13</sup> Pablo Latapi, “La Modernización educativa en el contexto neoliberal”, México, U.P.N., *Simposium Internacional sobre formación docente*, 1997, pág.64

<sup>14</sup> Cristina Laurell, “El T.L.C. y el Sector, Salud”, *Revista Dicensos*, UAM-Xochimilco, 1996, pág. 1.

<sup>15</sup> Edgar Cabrera Jiménez, “Democracia y Neoliberalismo”, págs. 9y10.

<sup>16</sup> Cristina Laurell, *Op. Cit.*, pág. 4.

<sup>17</sup> *Idem*, pág.6

El **excedente bruto** que reportó el **sector privado**, o sea el excedente después del pago de salarios e insumos en 1980, correspondió al **63 % de la producción bruta y creció al 70 % en 1988**. En el mismo año el excedente bruto llegó a 5 billones de pesos, considerado como uno de los más exitosos, entre las diversas ramas económicas.<sup>18</sup>

En un país como México, donde la mayoría de la población es pobre, la privatización de los servicios de salud no es una política para todos, es particular y selectiva, **la salud se convierte en una muy cara mercancía** al que solo un mercado restringido puede acceder. El mecanismo para lograrlo es la compra de seguros médicos privados.

Afirma Laurell,<sup>19</sup> que a partir de 1987 aumentó el número de pólizas vendidas por enfermedad y accidentes, de 242 mil en 1986 a 533 mil en 1989. También menciona que las aseguradoras tienen como mercado potencial de los seguros médicos privados, al grupo con ingresos de seis o más salarios mínimos que corresponden aproximadamente al 30% de la población económicamente activa de las zonas urbanas, esto es, 3.5 millones de familias o 17.5 millones de personas.

Las empresas e instituciones, también están contratando este tipo de seguros para sus empleados de los niveles superiores y se empieza a considerar la inclusión de trabajadores y obreros de base.

Si bien para los complejos médico-industriales nacionales y sobre todo para los extranjeros no es atractivo el mercado mexicano por los bajos ingresos de la mayoría, no hay que olvidar que existe un mercado potencial de 17.5 millones de personas, que los consorcios estadounidenses con un amplia experiencia en la medicina privada buscan nuevos mercados para su expansión y, que la seguridad social en México enfrenta graves problemas para atender de manera adecuada la demanda de los afiliados.<sup>20</sup>

En los próximos años se avecina una mayor participación de los servicios médicos privados que podría ser de efectos nocivos para la salud y la economía de la población, si no están debidamente regulados.

Un estudio de hospitales privados efectuado por la SSA en 1995 identificó que de 2,723 unidades hospitalarias, el 80 % tiene de 5 a 15 camas y solo el 3 % tiene más de 50 camas. Es alarmante saber que el 36 % de las unidades privadas no cuenta con un solo médico de tiempo completo, que en el 16 % no existe por lo menos una enfermera de tiempo completo.<sup>21</sup> En México han surgido diversos establecimientos de salud con un afán lucrativo, sin que existan mecanismos que regulen sus actividades.

En los años de 1993 y 1994, con la participación de la OPS y las instituciones y organismos representativos de la salud en México, se establecieron los estándares de calidad que deben cumplir las instituciones de salud y se

conformó la Comisión Mexicana de Certificación de Servicios, de Salud, lamentablemente por diversas razones e intereses sus funciones son muy limitadas.<sup>22</sup>

Sin embargo, existe ya una gran presión, por parte de los usuarios y los llamados terceros pagadores (aseguradoras, administradoras de servicios de salud y bancos), para que las instituciones prestadoras de servicios, las instituciones educativas y los profesionistas de la salud tengan una mayor regulación. Existe un gran descontento con la atención hasta ahora brindada y se corre el riesgo de que un sector de los afiliados a la seguridad social se cambie a las instituciones de atención privada. En ese caso las instituciones de seguridad social sufrirían una baja en su financiamiento agravándose con esto la carencia de todo tipo de recursos.

También daría lugar a una atención diferenciada de acuerdo a los recursos económicos de las familias, lo que no sucede con la seguridad social, ya que, este sistema redistribuye equitativamente los recursos entre todos los derechohabientes.

Si la medicina privada con un interés mercantil se fortalece, seguramente la seguridad social perdería la fuerza histórica en la atención de la salud de los trabajadores mexicanos. Cambiar la legislación a favor de los intereses de los empresarios médicos nacionales e internacionales sería ir en contra del derecho a la atención de la salud de la mayoría de los ciudadanos.

### 3. La salud en Mexico en las últimas décadas

En México, si bien la Constitución ha plasmado como derecho constitucional el acceso a los servicios de salud y educación para toda la población, la política de salud desarrollada para el logro de este objetivo está muy lejana de poder alcanzarse y el papel **del mercado en la distribución y acceso a los servicios ha venido creciendo en las últimas décadas, con la paulatina retirada del gobierno, en el ámbito sectorial.**

En México, **el desempeño de la política social ha estado marcado por una serie de reducciones al presupuesto** que se destinan al sector que se vincula más con planes de austeridad, resultado de la renegociación de la deuda con los organismos internacionales a partir de lo que se conoce como el **Consenso de Washington**. La respuesta estatal a la crisis económica en el caso de México fue simple: la contención del gasto social, que junto con los gastos

<sup>18</sup> *Idem*, pág. 8-10

<sup>19</sup> *Idem*, pág. 8.

<sup>20</sup> Enrique Barajas Ruelas, "Tendencias a Futuro...", *Observatorio de la Salud*, Funsalud, México, 1997, pág 387.

<sup>21</sup> Enrique Barajas Ruelas, *Op. Cit.*, pág. 391.

<sup>22</sup> *Idem*.

de salud estaba por debajo del promedio latinoamericano y así continúa al inicio de este milenio.

El nuevo modelo neoliberal comprendió, entre otras cosas, la apertura acelerada de la economía, la flexibilización de la política de inversiones extranjeras y el redimensionamiento del sector público.

La **privatización** propició una refuncionalización de la intervención económica estatal pero no el fin de ésta; el Estado perdió la importancia como un Estado gerencial, lo que se tradujo en una nueva forma de participación estatal. Este planteamiento coincidía con los cambios promovidos en la Constitución, donde se planteaba que el Estado era responsable de atender en forma exclusiva las áreas estratégicas de la economía (como las comunicaciones, el petróleo y gas, petroquímica básica, metales radioactivos, electricidad y ferrocarriles), que participaría junto con el sector privado y social en las áreas prioritarias, lo demás era responsabilidad del libre mercado. Estas áreas prioritarias del sector social no estaban definidas: el concepto de áreas prioritarias siempre fue muy difuso, posiblemente por cuestiones de orden político, con el fin de no marcar límites a la privatización y profundizar el proceso cuando fuera conveniente, como ha venido sucediendo con la paulatina privatización del sector salud.

Estas reformas han propiciado una política que descansa en el proceso de privatización de empresas estatales, la desregulación de la actividad económica, la reducción de las funciones de fomento industrial y las actividades productivas, y la limitación de los gastos sociales en materia educativa y de salud.

La puesta en marcha de dichas políticas implica que **los fondos que se destinan al sector de la salud sean canalizados para financiar únicamente servicios esenciales**, la liberalización de mercados de salud cautivos y la amortización simultánea de los costos sanitarios del ajuste para darle viabilidad a largo plazo al proyecto neoliberal. Aquí el primer problema es de carácter ético, pues la salud deja de ser considerada una necesidad humana básica para convertirse en un bien privado.<sup>23</sup>

Con el **cambio de régimen** que se dió en México en el **año 2000**, la política social mexicana no cambió de rumbo y **la tendencia privatizadora se ha continuado** y fortalecido bajo la línea de buscar la eficiencia en el sistema de salud. La reforma fiscal que ha impulsado el gobierno foxista se orienta más a favorecer a las grandes empresas aseguradoras que se dedican a la cobertura de los gastos médicos

mayores; esto puede propiciar que el Estado pierda la retórica en la prestación de servicios de salud y seguridad social.<sup>24</sup> Esta situación agravaría aún más las desigualdades en cuanto a la prestación de servicios de salud, ya que los seguros de gastos médicos no son una alternativa para consolidar la salud en México en virtud de que no toda la población tiene acceso a ellos y su cobertura se limita a los grupos de elevados ingresos.

El proceso de privatización como parte de la política del Estado está en marcha a partir de varias modalidades: **el pago por el servicio público de salud, la subrogación de los servicios auxiliares, las formas gerenciales de administración y financiamiento, la venta de activos o de servicios** y, sobre todo, el desarrollo acelerado de la atención a la salud a través de los **seguros médicos privados**. Estas modalidades de privatización de los servicios de salud no se presentan de la misma manera en la sociedad mexicana y tienen un peso distinto en cuanto a su desarrollo y tendencias.

En cuanto a la **introducción o aumentos de cuotas por servicios**, esta se refiere a las denominadas cuotas de recuperación que se solicitan en las instituciones de salud pública lo que ha incrementado considerablemente el cobro de las consultas externas, de laboratorios, de rayos X y demás servicios impartidos. Pareciera que detrás del cobro de las cuotas está la intención de que estas instituciones sean autofinanciables a costa de que los usuarios cubran una parte cada vez mayor de los servicios que prestan.

La **práctica de la subrogación de servicios** fue anunciada en 1991 y se refiere a la subcontratación de los servicios de limpieza, lavandería, cocina y recientemente de guardería por el IMSS y los Servicios Médicos de Pemex. Esta medida tiene la finalidad de bajar los costos usando la política de bajos salarios y prestaciones a pagar a los contratistas. Esta medida ha sido fortalecida por el ofrecimiento de retiro voluntario de los trabajadores de planta a quienes correspondía ejercer estos oficios, adelgazando así la planta laboral del sector salud y debilitando la fuerza política que pudieran ejercer el movimiento sindicalista para revertir esta tendencia. Esta medida avanza lentamente y de acuerdo con la correlación de fuerzas que se va presentando con los sindicatos del sector salud y con la opinión pública.

La **venta de servicios o activos al sector privado** significa el retiro del Estado de la prestación de servicios otorgándolos en concesión a la empresa privada por medio de licitaciones abiertas. Esta modalidad se ha desarrollado sobre todo en el campo de servicios culturales otorgados otrora por instituciones como el IMSS, por ejemplo, en cuanto a la administración de teatros y algunos centros recreativos. Sin embargo, tampoco tie-

<sup>23</sup> Asa Cristina Laurell, *La salud de derecho social a mercancía. Nuevas tendencias y alternativas del sector salud*, Fundación Friedrich Ebert, 2001, págs. 36-39.

<sup>24</sup> Asa Cristina Laurell, *Op.cit.*, pág. 42.

ne un ritmo constante porque sus avances se van reportando conforme se abren los espacios políticos y laborales para hacerlos.

La atención médica amparada por **seguros privados es la modalidad más importante** porque significa una **redefinición conceptual de las bases de la política social** y, más específicamente, de la política sanitaria. Aquí se transita del paradigma del Estado de Bienestar a otro de corte neoliberal que encarga al sector privado resolver las necesidades sociales, es decir, que el Estado pasa al paradigma asistencialista o caritativo. En esta modalidad el Estado le ofrece a la iniciativa privada un mercado rentable y garantizado. Por lo tanto, el proceso de privatización de los servicios de salud en México es selectivo y consiste en transferir grupos, anteriormente atendidos por la seguridad social, al sector privado por la vía de los seguros médicos privados, individuales o colectivos. **El motor de este proceso es la descapitalización y deterioro de la seguridad social y la presentación ante la sociedad de una oferta de solución individualizada**

### 3.1 Una variante de privatización mixta. El Seguro Popular de Salud

Una estrategia de privatización del sector salud que vale la pena analizar por separado es el llamado **Seguro Popular de Salud** porque es un tema que ha generado una gran controversia social. Es una estrategia que no rompe del todo con el discurso tradicional de la seguridad social en México sobre la búsqueda de la cobertura universal, y que impulsa la necesidad de lograr una mayor eficiencia económica y social de los servicios de salud pública a través de un refinanciamiento de sus arcas por el pago de estos servicios por los usuarios. **Es una privatización, en fin, que instala una reducción de la obligación del Estado mexicano con el hasta ahora llamado “bienestar social”** y, específicamente, con el cumplimiento del derecho gratuito a la salud plasmado en la Constitución.

En el **Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006** de la actual administración pública federal se reconoce, en su apartado de salud, las debilidades financieras y de atención con calidad y calidez de los servicios públicos de salud, además de que más de la mitad de los mexicanos no son atendidos por la red de salud pública.

De tal suerte que, el **Programa Nacional de Salud (PNS)** para este mismo periodo se adopta como uno de sus objetivos fundamentales hacer llegar sus servicios a más de **57 millones de personas excluidas** de ellos hasta esa fecha, destinando recursos por parte del gobierno federal y desarrollando los mecanismos de financiamiento que lo

faciliten, a partir de elegir al **Seguro Popular de Salud (SPS) como su principal acción incluyente.**

En el año 2003, el Congreso de la Unión aprobó una **reforma a la Ley General de Salud** que establece como **brazo operativo y de alta cobertura al Seguro Popular de Salud (SPS)**. El 1 de enero de 2004 entró en operación en México el Sistema de Protección Social y en el cual el Seguro Popular de Salud habrá de cubrir, en un lapso de siete años, a los mexicanos no asegurados.

En su documento de presentación el **SPS garantiza el acceso a cerca de 100 intervenciones que cubren más de 90% de las causas de atención ambulatoria y cerca de 70% de las causas de atención hospitalaria de las instituciones públicas.** Con este seguro se pretende alcanzar **tres grandes objetivos:** a) brindar **protección financiera a la población que carece de seguridad social** a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud. b) crear **una cultura de prepago** en los beneficiarios del SPS y c) **disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos de salud.**

El SPS se caracteriza por ser un **seguro público y voluntario**, dirigido a las familias sin seguridad social en materia de salud, con el fin de evitar su empobrecimiento por causa de gastos catastróficos en salud, esto es, aquellos gastos muy elevados y que están fundamentalmente destinados a enfermedades degenerativas, crónicas o a accidentes mayores.

Este seguro se aprobó inicialmente en **cinco estados del país:** Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco. En 2002, fueron afiliadas 296 mil familias en 20 entidades federativas. Para el **2003, el sistema operó en 24 estados**, logrando que 614 mil familias se afiliaran.<sup>25</sup>

Los **principales logros del SPS** reportados en **2004** fueron haber formalizado acuerdos de coordinación entre la Secretaría de Salud y **30 Gobiernos de los Estados** para ponerlo a la disposición de la población que lo solicite. En 2005, Durango y el Distrito Federal se incorporaron a este programa.

En cuanto a la **cobertura** alcanzada hasta **diciembre del año 2004** se reporta que fue de **un millón 564 mil familias afiliadas**, superior en casi 60,000 familias a la meta planteada para este mismo periodo. El **promedio de los montos por familia asegurada fue de 39.01 pesos por familia.** Nueve de cada diez pesos lo aportan familias de Tabasco, Sinaloa, Aguascalientes, Colima, Jalisco,

<sup>25</sup> “Indicadores y resultados”, *Comisión Nacional de Protección Social en Salud*, Secretaría de Salud, segundo semestre 2004, México enero 2005, pág. 20-30.

Guerrero, Sonora, Tamaulipas, Baja California, Baja California Sur. En el extremo opuesto se ubica Yucatán y Chiapas, que en conjunto agrupan 1.1 por ciento del monto captado. A nivel estatal, el monto promedio más alto de las cuotas aportadas se registró en Guerrero con 183.3 pesos, mientras que el más bajo en Yucatán con 0.5 pesos.<sup>26</sup>

El Seguro Popular de Salud está financiado mediante una combinación de recursos financieros existentes y nuevos. Por cada familia afiliada, los gobiernos federal y estatal aportan recursos, los cuales son complementados por cuotas familiares pequeñas aportadas por los asegurados y que son definidas según el nivel de ingreso de la familia. Los **recursos captados por las cuotas**, representan **sólo el 1.4 por ciento** del presupuesto total para el Seguro Popular; es decir, por **cada diez pesos que destinó el gobierno federal la población beneficiaria aportó sólo 14 centavos de peso para su atención**.<sup>27</sup> Únicamente el 6 por ciento de las familias afiliadas está en condiciones de pagar una cuota. Por lo que se requerirá asegurar como fuente de financiamiento principal al presupuesto público.

### 3.1.1 La otra cara de la moneda del SPS

**Otro enfoque analítico del SPS** se ha conformado por las opiniones críticas del sentido social y su viabilidad financiera<sup>28</sup> que consideran que **condicionar el acceso a la salud, como lo hace el Seguro Popular al cobrar una cuota de inscripción y limitar a 91 o a 100 los servicios médicos a que tienen derecho los afiliados es violatorio del artículo cuarto constitucional**.

<sup>26</sup> “Indicadores y resultados”, *Comisión Nacional de Protección Social en Salud*, Secretaría de Salud, segundo semestre 2004, México, enero 2005, pág. 25-40.

<sup>27</sup> *Idem*.

<sup>28</sup> “El Seguro popular de Salud. Un fraude. La orientación privatizadora de la salud”, Declaración en la Cámara de Senadores del senador Samuel Aguilar Solís. “Hasta que no se demuestre lo contrario, estaré en contra del SPS. Porque el Seguro Popular tiene un costo que estamos pagando todos con los recursos fiscales (200 millones de pesos para el año 2002) y reitero, sobre todo, que la población que vaya a caer en esta supuesta compra de un seguro popular no se le estará dando en reciprocidad un servicio de calidad”, México, DF, octubre del 2002.

<sup>29</sup> Cristina Laurell, “Como está el Seguro Popular viola la Constitución”, Ponencia presentada en el Congreso *La Salud en México, perspectivas*. Marzo del 2005.

<sup>30</sup> “El Seguro popular de Salud. Un fraude. La orientación privatizadora de la salud”. Declaración en la Cámara de senadores del senador Samuel Aguilar Solís. “Qué clase de seguro para la salud puede ser éste si en el caso de que usted se enferme de algo complejo no va a encontrar capacidad” de respuesta, “es como si yo digo que compro un seguro de automóvil por si se me poncha una llanta o me hace falta anticongelante”. México, DF. Octubre del 2002

La póliza del SPS excluye la atención de embarazos y partos con complicaciones, el servicio de unidades de cuidados intensivos neonatales, el tratamiento y control de la diabetes descompensada, de las úlceras perforadas e, inclusive, no se expresa claramente si son cubiertos los diferentes tipos de traumatismos.<sup>29</sup> **De esta manera las familias aseguradas tendrán que cubrir estos servicios de altos costos y de relativa frecuencia en el caso de la diabetes o de traumatismos en jóvenes.**

También bajo esta misma óptica se considera que **las 100 o 154 intervenciones médicas que ofrece el seguro ya estaban incluidas en el programa Progresá impulsado en el sexenio de Ernesto Zedillo y, después, en el Oportunidades del actual régimen**. Todas ellas **tienen un carácter básicamente preventivo**, no están dirigidas a tratar las enfermedades responsables de la morbilidad y mortalidad de los mexicanos.<sup>30</sup>

Un ingrediente más que se ha considerado para poner en duda la viabilidad del SPS es la **baja capacidad de atención de los actuales servicios públicos de salud**, que, después de más de una década de una política de abandono y desabasto, ahora se verán obligados a cubrir la demanda de los nuevos asegurados. Estas instituciones no cuentan con la infraestructura física o ésta se encuentra muy deteriorada, el equipo y el personal de enfermeras y médicos no son suficientes para cubrir sus derechohabientes o usuarios tradicionales, mucho menos para las necesidades que ahora se plantearan con los afiliados al SPS.

**Pero** la limitante mayor para que este SPS cumpla con los objetivos **que se ha planteado** es el recurso financiero, **ya que, hasta ahora se ha aceptado que casi el 90% de su costo debe ser cubierto por subsidio gubernamental y que los Estados de la República tendrán que dar sus aportaciones correspondientes, con lo que se ponen en juego los de por sí escasos presupuestos estatales. Este problema no está resuelto y para obtener más recursos se apuesta a que se logró la tan esperada reforma fiscal, que ha sido reiteradamente rechazada en el Congreso de la Unión.**

## 4. En donde estamos ahora en Salud

Este último apartado toma en cuenta información del **Banco Mundial del 2001** sobre la salud en nuestro país, el Informe sobre el estado de salud en México que desarrolló la **OCDE en el 2004** y los comentarios de funcionarios de la **ONU** sobre el Informe Anual **2004, México apropiado para la Infancia y la Adolescencia, Programa de Acción 2002-2010** presentado el 30 de abril del 2005.

Para el **Banco Mundial**<sup>31</sup> **“la población nacional alcanzará 107 millones de habitantes para el año 2006; ocho millones de**



personas más que en el 2000 para demandar servicios de salud. Los mayores de 65 años habrán superado los 5.8 millones, y la afiliación al IMSS estará llegando a los 60 millones". Aunque este organismo internacional acepta que los gastos del gobierno mexicano se han incrementado en los últimos 10 años, y los del sector privado también, no serán suficientes para cubrir la mitad del gasto total que se requiere en esta materia.

La distribución de los recursos presupuestales para el sector salud, así como sus resultados varían considerablemente entre las diferentes instituciones y entidades federativas. Así, el sector privado de la salud, es pequeño, fragmentado, y tiene evidentes problemas de calidad. **Más de 82 por ciento del total de los hospitales privados cuenta con menos de 10 camas y sólo 3 por ciento dispone de más de 50.** Un grupo muy reducido de la población cuenta con la cobertura de algún seguro privado (se habla de aproximadamente 3, 500 000 personas) y éstos se dividen, a su vez, en dos grupos: los empleados de firmas amparadas por algún convenio de reversión de cuotas del IMSS y los que, a partir de la década de 1990, cuentan con seguros de gastos médicos mayores. Las Instituciones de **Seguros Especializadas en Servicios de Salud (ISES)**, de reciente operación, han enrolado a cerca de un millón de usuarios con los llamados paquetes de salud integral. Por su lado, en las instituciones de seguridad social se ha reportado en los últimos años un desabasto de los medicamentos esenciales. En el segundo semestre del 2001, sólo 18 de los 36 medicamentos esenciales estaban disponibles en las clínicas.<sup>32</sup>

El Informe del *Estado de Salud en México* desarrollado por la OCDE en el año 2004, también reconoce los grandes avances que el país ha experimentado desde la década de 1950 en la esperanza de vida y en la reducción de las tasas de mortalidad infantil. Sin embargo, se encuentra por debajo del promedio de los países de la OCDE para los indicadores del estado de salud, por ejemplo, en cuanto a la tasa de mortalidad infantil y la mortalidad materna en México es de **21.4 y 76.1 respectivamente, mientras que el promedio de los países de esta organización es de 6.21 y 8.4 respectivamente. La tasa de fertilidad (niños por mujer en edad fértil de 15 a 49 años) es la segunda más alta** entre los países de la OCDE, después de Turquía, mientras que su tasa de mortalidad materna es mucho mayor.

Dentro de los países miembros de la OCDE, México es de los pocos que no han alcanzado la cobertura universal de servicios de salud. El sistema de salud mexicano presenta grandes disparidades en la cobertura del aseguramiento, el gasto público y las condiciones de salud de las entidades federativas del norte y del sur del país, lo que refleja diferencias significativas en los

niveles de crecimiento económico y desarrollo, de educación y en los patológicos. También se presenta una gran desigualdad en cuanto a la disponibilidad de recursos y en la calidad de las instituciones de acuerdo a su pertenencia al sistema de seguridad social o de asistencia a la salud manteniendo las menores ventajas para el sector más pobre que es atendido por estas últimas dependencias.

El país está experimentando una transición demográfica y una transición epidemiológica hacia los adultos de mayor edad y hacia las enfermedades crónico-degenerativas respectivamente que significan una mayor presión sobre el sistema de salud.

México presenta, comparativamente, una baja disponibilidad de insumos para el sector salud de acuerdo con estándares de la OCDE. Por ejemplo, México tenía 1.5 médicos practicantes por cada 1,000 habitantes en 2002, cerca de la mitad del promedio de la OCDE, en tanto que la razón respectiva de camas censables era de cerca de un cuarto del promedio de la OCDE.

En cuanto al gasto en salud, México gasta considerablemente menos que otros países de la OCDE. Mientras que el gasto *per cápita* en salud es cercano a lo que pudiese esperarse dado el nivel de ingreso, México gasta menos que otros países latinoamericanos con niveles de desarrollo económico similares.

El sector salud mexicano se caracteriza por su nivel relativamente bajo de gasto público. Mientras que la participación del gasto público en salud con respecto al gasto total en salud, aumentó de 40% en 1990, a 45% en el 2002, **México continúa muy por debajo del promedio de 72% de la OCDE.**<sup>33</sup>

Ahora bien, en México la mayoría del gasto privado en salud es financiado mediante pagos de bolsillo, un 52%. En otras palabras, en México existe muy poco aseguramiento privado en salud.

Recientemente, en abril del 2005 el gobierno de México presentó el *Informe Anual 2004, México apropiado para la Infancia y la Adolescencia, Programa de Acción 2002-2010* ante representantes de la Organización de las Naciones Unidas en México. Estos manifestaron casi en consenso su reconocimiento por los avances que se han presentado en salud en el país, pero también su preocupación por el atraso que este país presenta en materia de salud, particularmente hacia sus infantes, y recomendó que se ponga mayor atención al tema de la mortalidad por diarreas, pues no es posible que estos casos se sigan dando cuando son totalmente prevenibles.

<sup>31</sup> Health-México. World Bank. Washington, 2001, pág. 409-430.

<sup>32</sup> World.BanK. *Op. cit.*, págs. 412-414.

<sup>33</sup> *Op.cit.* 414-416.

Fundamentalmente hicieron hincapié en que muchos de los problemas de salud son clara expresión de la brecha de desigualdad social que tiene una tendencia a ampliarse sobre todo en ciertos sectores y regiones del país como son los estados del Sureste Mexicano y del centro y en las comunidades indígenas. Por ejemplo, la “tasa de mortalidad registrada por enfermedades diarreicas en menores de cinco años, sigue siendo cinco veces más alta en el estado de Chiapas que en Sinaloa”.<sup>34</sup>

Los representantes de diferentes organismos de la ONU, como la UNICEF y el PNUD, manifestaron que aunque los patrones de morbilidad y mortalidad en México ya no están dominados por las enfermedades infecto-contagiosas, para que el país cumpla con las 21 metas de la Cumbre de la Infancia del año 1990, todas fijadas recientemente a nivel internacional, aún tiene un gran camino por andar para superar desigualdades y rezagos históricos de la mortalidad infantil en menores de 5 años y de la mortalidad materna en entidades federativas con los menores niveles de desarrollo socioeconómico y en zonas rurales del país

### **A manera de conclusión**

- La reforma en la seguridad social en México se inserta en un macroproceso de reestructuración planetaria hacia el nuevo orden económico mundial. La crítica situación financiera hace vulnerable el sistema de seguridad social, el aumento en la esperanza de vida, los cambios en la pirámide demográfica y el perfil patológico, se han conjugado como las grandes necesidades que justifican las acciones desarrolladas en la reforma del sistema de salud en el país.

- El camino que se ha elegido para resolver la situación actual es el de la privatización del sector salud, con la que se irá perdiendo su carácter de derecho social y su función redistributiva.

- El seguro popular de salud SPS si bien representa un interés añejo por lograr la cobertura universal de servicios de salud de la población mexicana, presenta grandes interrogantes para su viabilidad como la fuente y los montos de financiamiento que dependen de una reforma fiscal no realizada todavía y del poder adquisitivo de una población empobrecida y con desempleo creciente; así como de la capacidad de las instituciones de salud para cubrir la demanda tanto en cantidad como en calidad.

- EL SPS sólo cubre un paquete de servicios esenciales y ofrece protección limitada de tratamientos “catastróficos”. Además existe desinformación, confusión y contradicciones oficiales sobre los servicios incluidos en el SPS y sobre los mecanismos de acceso a ellos. Esto no permite tener confianza en que resolverán los problemas de salud que aquejan a la mayoría de los mexicanos.

- Mantener la afiliación en el Seguro Popular de Salud dependerá en parte de una mejora en la calidad de la atención y en el acceso físico a la atención en las unidades de los servicios de salud, particularmente en las entidades federativas más pobres con infraestructura más débil y en las áreas rurales. Dada la nueva demanda por servicios médicos en el sector público, las unidades tendrán que enfrentar la necesidad de incrementar su eficiencia.

- A pesar de los grandes avances en materia de salud que ha tenido el país, aún se presentan rezagos muy importantes en cuanto al presupuesto otorgado y en cuanto a indicadores básicos del nivel de salud como la mortalidad infantil y la mortalidad materno-infantil diferenciada espacial y socialmente. En el ámbito de la salud también se expresan las grandes desigualdades sociales que se presentan en la sociedad mexicana.

- Existen grandes interrogantes por resolver en el nuevo Sistema de Protección Social en Salud, por ejemplo: ¿Cómo superar la gran fragmentación actual del sistema de salud mexicana? ¿Cómo se llevará a cabo la coordinación entre las distintas instituciones de salud para brindar el servicio a toda la población demandante? ¿De qué manera se asegurará el buen servicio médico en las 2,600 dependencias y los 2 hospitales de gran especialización que reconoce la SS a los afiliados al SPS?

El Seguro Popular tiene un costo aproximado de 200 millones de pesos que estamos pagando todos los mexicanos con la recaudación fiscal. Se concluye que la población que decida comprar este seguro, no se le estará dando en reciprocidad un servicio de calidad, debido a la limitación de los recursos.

---

<sup>34</sup> *Jornada*, La. 2 de mayo de 2005, Palabras de Terry Lemanesquier. Representante del PNUD en la presentación del Informe Anual 2004, México Apropiado para la infancia y la adolescencia. Programa de Acción 2002-2010.