



ASTROLABIO

REVISTA DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

UACM
Universidad Autónoma
de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

NÚMERO 12, INVIERNO 2023

ACIMUT

Reseñas de libros

La construcción social del Sistema Nacional de Salud en México

MIGUEL ÁNGEL GODÍNEZ GUTIÉRREZ

www.uacm.edu.mx/astrolabio

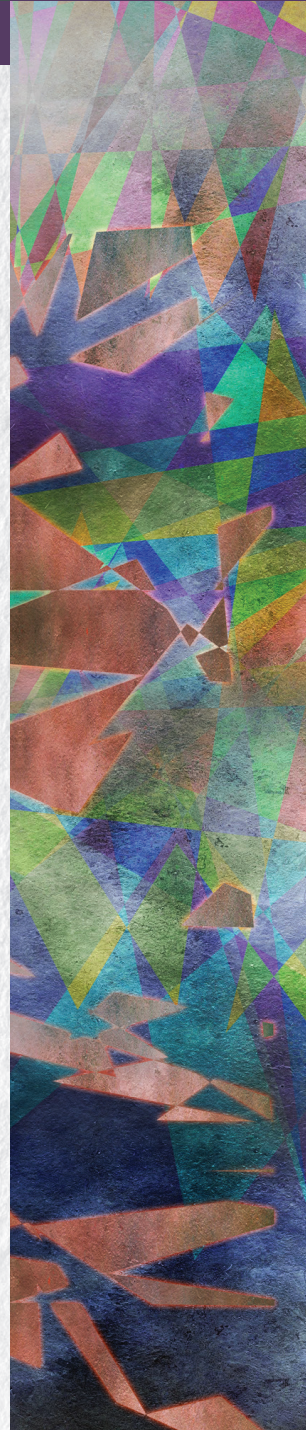
Año 7, núm. 12, segundo semestre de 2023, es una publicación semestral de carácter académico editada por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, a través del Colegio de Ciencias y Humanidades. Calle Dr. García Diego núm. 168, col. Doctores, alc. Cuauhtémoc, 06720, CDMX.

Editor responsable: Lidia Ivón Borja Aldave

ISSN 2594-231X. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo 04-2018-110113192300-102.

Licitud de Título y Licitud de Contenido otorgados por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Se permite la reproducción parcial o total de los contenidos de la publicación, siempre y cuando se cite la fuente y el nombre del o los autores.



La construcción social del Sistema Nacional de Salud en México

MIGUEL ÁNGEL GODÍNEZ GUTIÉRREZ

*La definición de la oms¹ de la salud más bien parece ser la de la felicidad.
René Dubos, El espejismo de la salud*

En primer lugar quiero agradecer a los organizadores de este evento, especialmente a mi colega Juanita Ochoa, el haberme invitado a participar, lo que me dio la gran oportunidad de leer este libro en el que Abelardo Ávila Curiel realiza una reseña histórica de las vicisitudes del sistema de salud mexicano a lo largo del tiempo, especialmente en los últimos 80 años, aunque inicia en la época de la colonia con el Protomedicato, en que la atención médica estuvo a cargo de los hospitales conventuales y de los médicos particulares que prestaban sus servicios a la población. El papel del gobierno en la salud era limitado, e inició con la creación del Consejo Superior de Salubridad en 1833, continuó durante la Revolución Mexicana y posteriormente a esta.

La estructura básica del libro gira alrededor de cuatro reformas que ha sufrido el sistema de salud en los siglos xx (en 1943 y 1979) y xxi (2003 y 2019). Estas decisiones de cambio fueron acompañadas de la creación de nuevas instituciones y también de un cuerpo de leyes y normas que concretaron derechos.

La primera reforma que se menciona, herencia de la Revolución Mexicana, es la que en 1943 conlleva la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con la idea del Estado como garante de la salud y quien debe proporcionar estos servicios a la población con las funciones de autoridad sanitaria, beneficencia pública, seguridad social y servicios médicos. En ese nacimiento se origina la diferencia entre un sistema de derechohabencia y otro de población abierta.

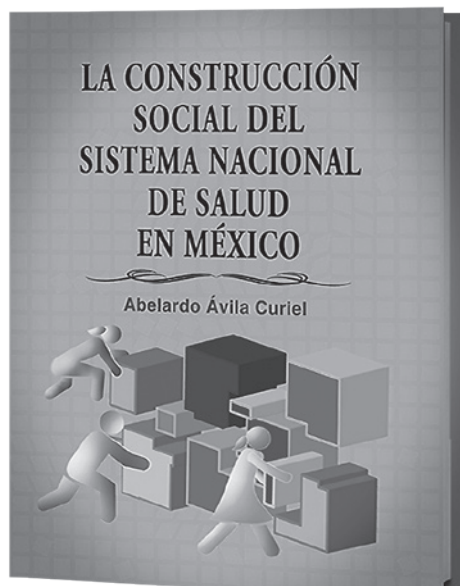
Como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial, se dio en el mundo una visión gubernamental de protección a los connacionales que consideró con espíritu humanista la dificultad de pagar servicios de salud, y que fue recogida por la Asamblea de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su Declaración Universal de los Derechos Humanos, en la que define que “el goce máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”, por lo que “toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social”; esto es, más allá de la mera cobertura de los servicios médicos.

En nuestro país, hasta el 10 de octubre de 1960 se fundó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y se agregaron otras instituciones de tipo gremial: Ejército, Fuerza Aérea y Armada (1976), Petróleos Mexicanos (PEMEX), del

¹ Organización Mundial de la Salud.

Sistema de Transporte Colectivo y la Policía Auxiliar, entre otras que han tenido una cobertura específica de derechohabiencia, con lo que se hizo más evidente la falta de cobertura de la llamada población abierta, que se asumió que era atendida por servicios médicos estatales, municipales e incluso universitarios en distintos lugares de nuestro país, con excepción de las que hoy en día son alrededor de 35,500 poblaciones de menos de 200 habitantes que representan el gran obstáculo que es la dispersión de la población, pues representan el 38% del total de localidades del país pero solo el 2% de la población total.

La meta de Alma Ata (*Salud para todos en el año 2000*) se asumió como una política internacional con una cierta “obligatoriedad técnica” que propuso la Atención Primaria a la Salud y la extensión de cobertura. En nuestro país se planteó la posibilidad de fusionar las instituciones públicas de salud en una sola y cubrir con un sistema universal tanto a sus derechohabientes como a la población abierta. Sin embargo, las grandes diferencias salariales y de prestaciones de los trabajadores de cada institución hicieron imposible lograr tal fusión, pues más allá de un problema de cúpulas sindicales se constituía en un problema laboral. Se decidió en 1979 reforzar esta ampliación de cobertura asociando a la Coordinación del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), tratando de enfrentar el problema de la dispersión con estrategias de regionalización útiles para la ubicación de las unidades de salud en beneficio de la accesibilidad y en búsqueda de equidad. En 1980 se creó el Sistema Nacional de Salud, que buscaba integrar los servicios de salud públicos y privados en el país, lo que sugiere diferencias en los planteamientos éticos y políticos en México.



Abelardo Ávila Curiel,
*La construcción social del Sistema Nacional
de Salud en México*,
Editorial Ítaca. México, 2023.

También por 1979, una ola privatizadora ganó impulso en la Gran Bretaña, donde se modificó el mercado laboral y se desinvirtió en el sector público, específicamente en los sectores de la salud, educación y vivienda, con una posición que favoreció la visión de la salud como un bien público sujeto a las iniciativas del mercado. Esta ideología permeó en nuestro país, a consecuencia de años de corrupción oficial y al pensamiento de que “lo privado funciona mejor que lo público”, y en consecuencia inició la privatización de instituciones públicas, también por las iniciativas del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional para el “adelgazamiento” del Estado, la eliminación de subsidios generalizados, la liberalización del mercado financiero y la modificación del mercado laboral, incluyendo la disminución de los montos de jubilación. En 1983 se añadió al artículo 40 constitucional que afirma que “Toda persona tiene

derecho a la protección a la salud”, y a “un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar”. También se promulgó la Ley General de Salud.

En 2003 se creó un organismo financiero llamado Comisión Nacional de Protección Social en Salud, mejor conocido como “Seguro Popular”, con el que se utilizaba dinero público para financiar programas específicos (como, por ejemplo, las Caravanas de la Salud) y contratar instituciones privadas para atender a población abierta, a través un esquema de aseguramiento que cubría un catálogo de servicios que inició con 78 y terminó en 2018 con 294 intervenciones a las que se tenía acceso a través de una cuota.

Hay testimonios de que el bajo gasto público destinado a la financiera Seguro Popular no se aplicaba para lo que estaba destinado por parte de los gobiernos de los estados, que para entonces operaban los servicios de manera descentralizada, lo que tuvo como consecuencia una corrupción más o menos generalizada pues cada estado contrataba libremente personal y organizaba sus concursos para las compras de insumos para la salud. Esta es una de las situaciones que se intenta limitar echando marcha atrás a la descentralización, aunque en la práctica habría que encontrar mecanismos que no ralenticen el sistema con excesivos burocratismos. Cabe hacer notar que, con todo y descentralización, la compra de medicamentos desde hace años se mantuvo centralizada y radicada en el IMSS, quien hacía la compra consolidada de todo el sector salud.

El libro nos plantea que con las diferentes reestructuraciones, el sistema de salud en México “se ha debatido a lo largo del presente siglo entre dos modelos: el neoliberal de mercado y el enfoque de derechos humanos y estado de bienestar”. Este

último que es el ánimo de la reforma que se ha venido realizando desde 2018. Por lo que parece ser, se intentó consolidar un solo sistema de salud universal a través del Instituto de Salud para el Bienestar (INSA-BI) como institución que incluyera a las demás (un *déjà vu* de 1979). Sin embargo, lo que se observa es el reforzamiento del sistema hoy denominado IMSS-Bienestar, que se está dotando de personal, equipos, medicamentos y la concreción de las plantas físicas que fueron dejadas a medias de construcción y equipamiento por los gobiernos anteriores.

El libro *La construcción social del Sistema Nacional de Salud en México* nos presenta información precisa y sobre todo una valiosa revisión y reflexión sobre los principios éticos que han orientado las políticas públicas de nuestros gobiernos, y también acerca de que las políticas de salud son necesariamente transversales; esto es, no solo afectan la organización y funcionamiento del sector salud (quién tiene que hacer qué), sino que trascienden a la participación de los gobiernos y la sociedad y su efecto en las determinantes sociales de la salud, más allá de la atención médica y de los niveles de prevención de Leavell y Clark.

Desde 1988, el Dr. Jesús Kumate alertaba de la transición epidemiológica por la que cursábamos y la necesidad de una atención médica oportuna y eficaz. Esperemos que esta revisión de la historia sirva para aprender, no repetir errores ni caer en espejismos y, como dice el autor, aprovechar esta coyuntura para construir por fin un sistema universal que, además de eficiente y eficaz, tenga los valores de accesibilidad, calidad y equidad para todos los mexicanos.

