

La medicina social en México. Organismos y servicios (1930-2004) *

Guillermo Fajardo Ortiz**

Resumen

Desde la década de 1930 los gobiernos mexicanos se interesaron por atender la salud de los pobres, los niños y los campesinos; en esa dirección se establecieron medidas, programas e instituciones que formaron parte de la salud pública. Hacia 1980 los problemas de financiamiento, transición demográfica, transición epidemiológica y situaciones políticas condujeron al inicio de un proceso de reformas que están caracterizadas por nuevas formas de regulación y descentralización de los servicios. En la actualidad el sistema de salud mexicano está conformado por servicios públicos a población abierta, por un subsector de seguridad social y los servicios privados. En este trabajo se examinan algunas de sus problemáticas y tendencias actuales, tales como eficiencia, equidad, satisfacción de usuarios y calidad.

Palabras clave: salud pública, servicios.

Abstract

Since the decade of 1939 the mexican governments focussed the health care of the poor, children and peasants as public health problems. During the decade of 1980 financment, demographic transition, epidemiological transition problems and the prevailing political situation geared to a health services' decentralization. Presently the mexican health system is composed by public organisms, social security services and private health services. This paper examines some of their problems -resources, efficiency, equity, patients' satisfaction and quality- from the social medicine perspective.

Key words: public health, services.

Fecha de recepción: marzo 17 de 2004
Fecha de aprobación: abril 21 de 2004

* La presente es una colaboración especial solicitada al autor cuando fue nombrado Recipiendario de la Cátedra Latinoamericana de Medicina Social "Doctor Salvador Allende Gossens", Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

** Profesor titular C, tiempo completo. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
Correo electrónico: gfortiz@servidor.unam.mx

La medicina con sentido social desde los años treinta del siglo XX

El triunfo internacional del modelo capitalista tuvo diversos efectos en México; se disfrutó por cerca de cinco décadas, a partir de los años treinta del siglo pasado de cierto crecimiento económico, hubo estabilidad política, creció la inversión en obras públicas, hubo aumento de exportaciones y el número de habitantes aumentó, lo que favoreció el surgimiento y desarrollo de la intervención gubernamental en salud. Se presentaron manifestaciones novedosas e innovadoras de salud pública apoyados claramente por la intervención estatal, se estructuraron organismos públicos e instituciones descentralizadas, entre las primeras hay que referir a la Secretaría de Asistencia, que se convertiría al fusionarse con el Departamento de Salubridad en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y diversos servicios médicos estatales y municipales; entre las instituciones descentralizadas surgieron el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas y algunos organismos estatales de seguridad social (Fajardo, 1979). Las campañas de salud pública, el saneamiento ambiental, las labores de medicina preventiva y de promoción de la salud de dichos organismos e institutos al paralelo que acciones educativas y avances científicos y tecnológicos originaron que la salud de los mexicanos mejorara, las tasas de mortalidad disminuyeron, las enfermedades infecto contagiosas se abatieron y la esperanza de vida aumentó.

Se empieza a desarrollar la política gubernamental de salud en el sexenio de 1934-1940 fue un modelo de prestigio, se prestó atención a segmentos sociales poco favorecidos -campesinos y niños-, además se principiaron las actividades del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, que estudiaría e investigaría la patología tropical propia de México con el propósito de establecer medidas preventivas y curativas.

Los servicios médicos para los campesinos además de buscar la mejoría de la salud pretendían incluir al campesino a la vida productiva y al desarrollo comunitario y social; fueron financiados básicamente con la participación del gobierno federal, hubo aportaciones de los propios campesinos; en ocasiones participó la banca ejidal; el organismo prestador de servicios recibió diversas denominaciones, una que hacía referencia a la labor cooperativa en el financiamiento -Estado y campesinos fue la de Servicios Médicos Rurales Cooperativos-, dependían de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En 1952 se estructuró otra organización semejante, el Programa de Bienestar Social Rural (Álvarez, *et al.*, 1960).

Hacia 1936 hubo otras acciones gubernamentales en salud orientadas a servir a los campesinos, el servicio médico-social prestado en áreas rurales por los estudiantes del último año de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, además se fundó la Escuela Superior de Medicina Rural del Instituto Politécnico Nacional (Mendoza, 1956), sus egresados debían ejercer la medicina en el campo. En cuanto al servicio médico-social de los estudiantes de medicina, el Dr. José Siurob promotor del carácter social de la medicina, expresó: "El suscrito y el Lic. García Formentí, iniciaron ante el Rector de la Universidad Nacional, en el año de 1937, conveniencia de que los alumnos, una vez concluidos sus estudios en las universidades, clínicas y hospitales, hicieran seis meses de práctica en los medios rurales, comenzando con la descripción del lugar y sus necesidades y la encuesta sanitaria, así como atendiendo a los enfermos del lugar, bajo la vigilancia y control de las autoridades sanitarias más próximas" (Siurob, 1940). En la citada gestión presidencial con el propósito de proteger médica y socialmente a los niños pobres se organizaron diversos programas y campañas médico-sociales como la llamada "Gota de Leche", surgió en 1929 (Soberón, Kumate, Laguna, 1988), sería raíz de otros organismos para proteger a los niños, se fundaron a partir de la década de los sesenta, se ocupaban de aspectos en salud, nutrición y educación, como el Instituto Nacional de Protección a la Infancia, fundado en 1961, Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, inaugurado en 1968, Instituto Mexicano para la Infancia, establecido en 1976, y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, abarcaron todo el territorio nacional, su financiamiento: fondos públicos.

En el periodo sexenal surgió otro acontecimiento importante en cuanto a la política estatal en salud, fue el inicio de los servicios destinados a los trabajadores y sus familias de la importante empresa paraestatal Petróleos Mexicanos. La organización de la atención médico-social en Petróleos Mexicanos se inició en marzo de 1938, cuando ocurrió la expropiación petrolera, desde entonces ha crecido y se ha desarrollado, contando en la actualidad con una extensa red de servicios médicos, de recreación y educativos, ubicados en lugares estratégicos para la empresa y trabajadores.

El gobierno de la República Mexicana estructuró en 1937 la Secretaría de Asistencia, dependencia federal que atendió aspectos médicos y sociales de los económicamente débiles, sus antecedentes fueron diversos organismos de beneficencia pública. Al crearse la Secretaría de Asistencia, se sustituyó el concepto de beneficencia que databa del siglo XIX, la beneficencia implicaba acción voluntaria, la de asis-

tencia reconoció la obligación del Estado de participar en problemas médico-sociales por ser los mismos de interés general.

En 1943 se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia

En los años cuarenta, la Segunda Guerra Mundial facilitó la consolidación de la nación, se continuaron las acciones gubernamentales de atención médica, fueron años de una clara política estatal de salud. En 1943 se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), unió dos organismos del estado que atendían problemas de salud de los mexicanos: el Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia. La fusión se realizó pensando que sus labores eran complementarias integrándolas. La SSA fue el organismo federal, con facultad para planear, organizar, administrar, dirigir, atender y controlar la salud pública y la asistencia médica; se orientó a sectores de escasos recursos, contó con hospitales generales y especializados, consultorios, clínicas y sanatorios, por otra parte se organizaron campañas: antivenérea, antipoliomelítica, antituberculosa, antipalúdica, de vacunación antivariolosa, de desparasitación, de educación higiénica, etcétera. Uno de los rasgos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia fue el compromiso y mística de sus servidores, se lograron grandes avances en el abatimiento de las cifras de mortalidad y morbilidad y en la mejoría de la salud de los mexicanos.

En los años cuarenta la SSA en el Distrito Federal, creó tres organismos médicos descentralizados: Hospital Infantil, Instituto Nacional de Cardiología y Hospital de Enfermedades de la Nutrición, fueron inicio de otros establecimientos semejantes que aparecerían décadas después, los Institutos Nacionales de Neurología y Neurocirugía, Cancerología, Ortopedia, Perinatología, Pediatría, Enfermedades Respiratorias y Mexicano de Psiquiatría y Hospital Gea González. La importante misión de estos organismos además de la atención médico-social, se cumple en otros rubros, el desarrollo de nuevos conocimientos y del talento humano, y programas orientados al bienestar colectivo.

En 1948 con el propósito de atender demandas y necesidades médico-sociales de ciertas comunidades indígenas no atendidas por los Servicios Médicos Rurales Cooperativos se creó el Instituto Nacional Indigenista (INI), con el tiempo por razones administrativas, políticas y de costos de atención sus programas fueron responsabilidad de otros organismos. Hasta el año 2001 en algunas comunidades el INI fue responsable de la Atención Primaria de la Salud y de la medicina indígena tradicional, en el año de 2003 el INI desapareció, sus actividades eran desempeñadas por otras instituciones.

Una visión al futuro: el Instituto Mexicano del Seguro Social

También en 1943 se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), organismo público descentralizado. Desde sus inicios ha contado con servicios médico-sociales para trabajadores asalariados obreros, no burócratas y sus familiares; al fundarse se le dio importancia a la población urbana, se iniciaba en México el desarrollo industrial y el crecimiento de las ciudades, su expansión fue impresionante, en la actualidad tiene servicios en todo el territorio nacional, se financia en forma tripartita: estado, trabajadores y patrones.

El IMSS fue resultado de dos actividades complementarias: la existencia de una clase obrera definida y la existencia de un Estado mexicano capaz de proyectar políticas de salud a largo plazo (Moreno, et al., 1982).

Al crearse el IMSS, de hecho, quedó marcado que el personal asalariado—obreros, burócratas y militares—serían protegidos por los organismos de seguridad social y la población no asegurada, la pobre, la campesina, quedaba bajo la esfera gubernamental.

El "Estado Benefactor" continuó casi hasta los años ochenta del siglo XX

La creación y desarrollo de los servicios de la SSA y del IMSS, dieron lugar a una especie de "Estado Benefactor", sus manifestaciones médico-sociales coinciden con una etapa de modificación de los patrones demográficos—descenso de las tasas de mortalidad general y tasas de fecundidad elevadas—patrones que persistieron hasta finales de la década de los sesenta.

El personal gubernamental recibe servicios médico-sociales a través de otro organismo de seguridad social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), estructura descentralizada, fue fundada en 1959; sus creadores tuvieron en mente un modelo de atención médico-social claro, basado en estudios epidemiológicos, demográficos, geográficos y económicos. El ISSSTE se financia con aportes gubernamentales y de los burócratas.

Los miembros del ejército, la fuerza aérea y la marina nacional y sus familias han sido atendidos en sus necesidades médico-sociales por diversos organismos, en la actualidad reciben sus prestaciones a través del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas, fundado en 1961, la Dirección General de Sanidad Militar y la Dirección General de

Sanidad Naval, se financian con fondos federales y aportaciones de los elementos de las fuerzas armadas.

Desde los años treinta del siglo pasado las autoridades federales han elaborado planes de salud de carácter sexenal, todos con propósitos médico-sociales, uno de los propósitos del Plan Nacional de Salud de 1973 fue ampliar la cobertura de los servicios médicos a todo el territorio nacional, dando preferencia a la población rural. El propósito fue llevado a la práctica por el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Salubridad y Asistencia. El primero con la denominada Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) conformó el programa IMSS-COPLAMAR, ya no existían los Servicios Médico Rurales Cooperativos, ni el Programa de Bienestar Social Rural. Las autoridades federales con conciencia y compromiso social decidieron otorgar servicios de salud a 10 millones de campesinos sin capacidad contributiva -personas no asalariadas- y firmaron, a través de COPLAMAR un convenio con el IMSS, organismo que tuvo la responsabilidad de organizar y administrar el Programa IMSS-COPLAMAR, financiado en su totalidad con fondos federales. En 1990 IMSS-COPLAMAR se convirtió en el Programa IMSS-Solidaridad, que a su vez se transformó en el año 2001 en el Programa IMSS-Oportunidades; actualmente otorga servicios médico-sociales a comunidades rurales marginadas, además realiza actividades nutricionales, de educación sanitaria y de promoción de la salud, los beneficiarios en reciprocidad a los servicios que reciben participan en acciones de beneficio colectivo. IMSS-Oportunidades tiene gran importancia por su cobertura e inversiones y recursos médico-sociales, en el año 2003 atendió a 4.3 millones de familias.

El proyecto de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de acuerdo al Plan Nacional de Salud de 1973 en cuanto a ampliar la cobertura a grupos desprotegidos se basó en dos programas: el Programa de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud al Medio Rural y Semiurbano y el Programa de Atención a la Salud para la Población Marginada en Grandes Urbes. Tanto el programa IMSS-COPLAR como en los de la SSA se le dio importancia a la Atención Primaria a la Salud; los programas a pesar de los propósitos de complementación y coordinación en ocasiones se superpusieron en sus actividades.

Reformas

La intervención gubernamental a mediados de la década de los ochenta, como consecuencia de la transición demográfica -disminución de la tasa de fertilidad y aumento del número de personas mayores-, transición epidemiológica -presencia de enfermedades crónico-degenerativas-, mejoras

educativas, progresos tecnológicos, crisis financieras y concientización política tuvo otros escenarios, surgieron nuevos retos en el ámbito de la atención médica y la seguridad social, no sólo en cuanto a cobertura, sino también en lo referente a calidad, equidad y eficiencia, las respuestas fueron: el Derecho a la Protección de la Salud, la Ley General de Salud, la creación de la Secretaría de Salud a nivel federal, el inicio del proceso de descentralización de los servicios de salud en los estados que se continuaría en los últimos años del siglo pasado (SSA, 1983), se reformaron además leyes del IMSS. El surgimiento de nuevos marcos legales, económicos, normativos y regulatorios se identifica con movimientos reformistas, ya no hubo los mismos oferentes para la población "abierta".

En cuanto al Derecho a la Protección a la Salud fue un reconocimiento a la atención médica como actividad eminentemente social. Al transformarse en 1985 la Secretaría de Salubridad y Asistencia en la Secretaría de Salud se trató de crear un organismo central, capaz de darle coherencia a las acciones en salud, de conducir políticas nacionales en materia de salud, ya que las características de las necesidades y problemas médico-sanitarios rebasaban los ámbitos de la salubridad y asistencia. En lo referente a la descentralización el proceso se basó en la fusión a nivel estatal de los servicios de salud para población "abierta", marginada o pobre, servicios que dependían de la SSA, del Programa IMSS-COPLAMAR y de organismos estatales de salud; en este proceso se empezó a gestar la hoy Secretaría de Salud del Distrito Federal que atiende a población no asegurada de la Ciudad de México y sus alrededores, destaca por los numerosos recursos médicos-sociales que dispone.

Además de los anteriores esfuerzos de la política pública en salud, en los últimos años de la centuria pasada, la Secretaría de Salud de carácter federal estructuró el programa de Ampliación de Cobertura (PAC) y el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta. Los dos programas se dirigieron a atender necesidades básicas de la población no asegurada. Paralelamente a estos programas en el IMSS, se promovió la afiliación al seguro para la familia, dirigido a personas con ingresos provenientes de la economía informal, financiado con contribuciones de las propias personas y un subsidio federal.

Como complemento a estas acciones caracterizadas por buscar accesibilidad a la atención médica, evitar desigualdades y limitar ineficiencias, se diseñaron otras estrategias de política social del gobierno federal: Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), Programa de Cirugía Extramuros, Programa de Atención a Jornaleros y Paquetes Básicos de la Salud. PROGRESA reconocía tácitamente la exis-

tencia de un ciclo interdependiente entre educación, salud y alimentación: en 1966 atendió a 26 millones de "pobres extremos".

La política gubernamental en salud de los últimos años del siglo pasado presentó situaciones particulares, sin romper con la segmentación entre los dos principales organismos prestadores de servicios, SSA e IMSS, ni introducir mecanismos de mercado, se avanzó en cuanto a la cobertura mediante dos vertientes: por parte de la SSA los programas PAC y PROGRESA orientados a la población "abierta", en zonas rurales pobres y, por otra, el IMSS a través de IMSS-Solidaridad, impartiendo servicios a grupos especiales de población y a personas y familias con cierta capacidad económica, que no estaban comprendidas en la llamada economía formal.

El aparato de salud, la falta de equidad y otras disparidades

En un país tan complejo, social y geográficamente, tan desigual, económicamente, y con tantas diferencias culturales el aparato de salud es un reflejo, es una miscelánea en muchos sentidos: normas, administración, financiamiento, usuarios y recursos.

En el año 2004 el sistema de salud de México de acuerdo a sus principales características médico-sociales se compone de tres grandes grupos de prestadores de servicios, cada grupo a su vez con una heterogeneidad de subgrupos. Un grupo incluye a las instituciones y programas que sirven a la población marginada, pobre, no asegurada o "abierta" -alrededor del 40% del total de la población-; los organismos más importantes de este componente son la Secretaría de Salud, el programa Instituto Mexicano del Seguro Social-Oportunidades (IMSS-Oportunidades), los servicios de salud de cada uno de los gobiernos de los estados del país, los servicios de la Secretaría de Salud del Departamento de Distrito Federal (Ciudad de México) y la Secretaría de Desarrollo Social; el segundo grupo esta conformado por diferentes expresiones de la seguridad social, se encargan de prestar atención médica a más del 50% de los habitantes del país, los derechohabientes; los organismos más importantes son el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas, y Petróleos Mexicanos. El tercer grupo, el privado, estaba formado por una gran diversidad de prestadores de servicios que funcionan en su mayoría sobre una base lucrativa: hospitales, consultorios, clínicas, etcétera, no laboran en forma coordinada; en este tercer grupo hay una pequeña fracción compuesta por servicios médicos privados no lucrativos,

como los de la Cruz Roja Mexicana. A este esquema de prestadores de servicios médicos debe agregársele un cuarto grupo, la oferta de prácticas alternativas.

En el financiamiento de la atención médica de carácter lucrativo desde la década de los noventa del siglo pasado se han manifestado los seguros médicos privados, surgieron términos como: "póliza de seguro, gastos médicos mayores, aplicación de deducible y coaseguro, gastos cubiertos, enfermedades y tratamientos cubiertos". Otra expresión de carácter lucrativo es la "medicina administrada o gerenciada", otorgada por empresas que "sobre administran" los servicios, controlan costos y revisan procedimientos, actos que encarecen la atención médica, comercializándola.

Con el propósito de que los mexicanos pobres, no afiliados a algún organismo de seguridad social, dispongan de mejores servicios en abril de 2003 se reformó la Ley General de Salud creándose el Sistema Público de Protección Social-Seguro Popular-, pretende ser el eje de los servicios de salud para la población "abierta", descansa sobre la idea de afiliación voluntaria de las familias. Está financiado por la federación, gobiernos estatales y beneficiarios, actualmente afilia a 600 mil familias. Hay comentarios contradictorios en cuanto a su viabilidad financiera, disponibilidad de recursos y exclusiones.

Epílogo

Desde la década de los treinta del siglo XX la política de salud en México adquirió importancia, se otorgó protección a los grupos marginados. En la actualidad, tiempo de tránsito en muchos sentidos, la política de salud parece con frecuencia desfuncionalizada, hay situaciones disímboles.

El predominio económico sobre la política social ha dado lugar a estrategias que han afectado el carácter social de la política sanitaria, ha habido claroscuros. La causa del problema está relacionada con la influencia neoliberal en el gobierno para enfrentar problemas económico-financieros y atender demandas y presiones sociales.

En México la política de salud ha sido efectiva y eficiente, evitando un gran número de casos de enfermedades y de muertes, protegiendo a todos los habitantes, tanto a los marginados, como a los pudientes, ya que la atención médica no sólo es para pobres. En estos tiempos hay problemas para atender a la población "abierta" y a la población asegurada, servicios no oportunos, baja productividad, desabasto de medicamentos e insumos, saturación de servicios, infecciones intrahospitalarias, equipo obsoleto, desmoralización del personal e insatisfacción de pacientes.

En el momento actual de grandes desafíos para la política de salud, deben contestarse varias preguntas:

¿Qué programas específicos existen? ¿Cómo se insertan en los planes y los programas de carácter colectivo? ¿Cuál es la cobertura real en relación a accesibilidad, recursos, uso de servicios y protección integral por institución? ¿En qué medida se han mejorado las cifras de mortalidad, morbilidad y discapacidad por clases sociales, regiones e instituciones? ¿Cuáles son los criterios para asignación y gestión de recursos? ¿A qué criterios obedecen la estructura de los programas y organismos?

La atención médica de carácter social se refiere al vínculo recíproco del proceso salud-enfermedad con la calidad de vida, la educación, la nutrición, la ocupación, los estilos de

vida y la composición urbano-rural. A la atención médica del presente hay que entenderla como un proceso, no un acto, con nuevas demandas y nuevas exigencias, aprovechando experiencias, analizando aciertos y errores, procurando aprovechar las fortalezas actuales y corregir o aminorar las debilidades existentes.

A pesar del extraordinario camino que se recorrió en el siglo pasado, todavía hay mucho por hacer, se necesitan medidas valientes, tomar nuevas responsabilidades, si se quiere tener una travesía exitosa al inicio de esta centuria.

Agradecimiento: Este trabajo se pudo elaborar gracias a la participación en la captura de los datos de los estudiantes de medicina de la Facultad de Medicina de la UNAM: Luis Alberto Salazar López y Víctor Mendoza Santoyo.

Bibliografía

- Fajardo Ortiz, G. (1979), *La atención médica en México*, México, Francisco M Méndez Oteo, Editor y distribuidor. p. 203.
- Álvarez Amézquita J, Bustamante ME, López Picazos A, Fernández del Castillo Fco. (1960), *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia Tomo II.
- Mendoza, E. (1956). *Escuela Superior de Medicina Rural*, México, Instituto Politécnico Nacional, p. 8.
- Siurob, J. (1940), *La Medicina social en México*, México, Departamento de Salubridad. p. 11-12.
- Soberón G, Kumate J, Laguna J. (comps.) (1988), *La salud en México: testimonios 1988*. México, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, El Colegio Nacional, Fondo de Cultura Económica. Tomo IV. Vol. 1. p. 420.
- Moreno Cueto E. Moguel Viveros J, Díaz de Sandi MA, García Ugarte ME, Cesarman Vitis E. (1982), *Sociología histórica de las instituciones de salud en México*, México, Colección Salud y Seguridad Social, IMSS. p. 48.
- PEF (Poder Ejecutivo Federal) (1983), *Programa de descentralización de los Servicios de Salud*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Poder Ejecutivo Federal.