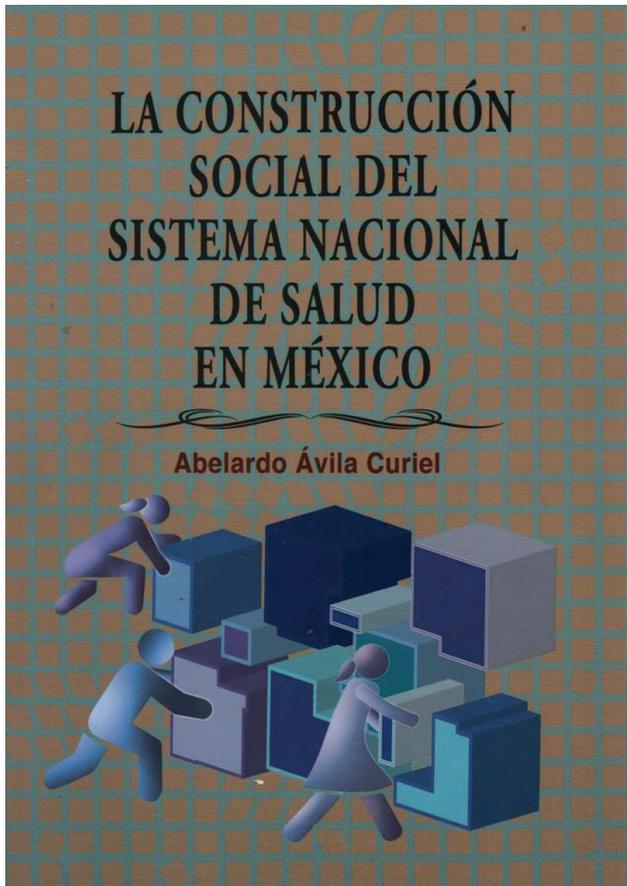


Comentarios al libro: La construcción social del Sistema Nacional de Salud en México

Olivia López Arellano*



Abelardo Ávila CURIEL, A. [2023]
La construcción social del sistema nacional de salud en México.
Editorial Itaca.

* Actual Secretaria de Salud del Gobierno de la Ciudad de México y profesora-investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: oli@correo.xoc.uam.mx

El libro *La construcción social del Sistema Nacional de Salud en México* es un texto largo (363 pag.), integrado por un primer apartado introductorio y cinco capítulos, cada uno de ellos con un gran despliegue de información. Se trata de un libro especializado y denso, con muchas referencias a momentos históricos y simultáneamente su lectura es amena y captura el interés del lector desde las primeras páginas introductorias.

En cada capítulo, el autor va articulando la conformación de las instituciones que integran el sistema nacional de salud (SNS), con el contexto socio-político, ilustrado por distintos momentos del desarrollo histórico del país y con la perspectiva de las “voces especializadas” que definen sus características y alientan el sentido de sus modelos de atención y prioridades. A lo largo de todos los capítulos se reconstruyen tres ámbitos fundamentales del campo sanitario que se entrelazan para configurar el sistema nacional de salud que hoy tenemos: la salubridad, la asistencia y la práctica médica.

Desde la introducción, el autor parte de reconocer que el sistema de salud mexicano tiene una gran deuda con la población en términos de su amplitud, cobertura y calidad de la atención. A partir de este reconocimiento de un SNS deficitario, organiza su reflexión a través de una periodización, que va desde la Colonia, con su política sanitaria de beneficencia pública, control de epidemias y la configuración temprana de una oligarquía médica, para posteriormente realizar un análisis detallado de grandes periodos históricos, en donde ubica las tres grandes reformas sanitarias, hasta llegar a los momentos actuales e iniciales de los cambios propuestos por la autodenominada Cuarta Transformación.

En el primer capítulo titulado *Antecedentes históricos del sistema de salud mexicano* (pp. 31-75) se identifican los primeros momentos de institucionalización del sistema de salud en la época colonial, con el desarrollo de un sanitarismo para disminuir riesgos y daños en la población, como función de la autoridad local que impone las normas y regulaciones de higiene y salubridad general de España, a través de cédulas reales y ordenanzas. Destaca que su aplicación se limita a los asentamientos habitados por españoles, excluyendo las regiones de poblamiento indígena. El Protomedicato de la Nueva España creado en 1628 se aboca a la regulación del ejercicio de la medicina y junto con la inquisición, persigue la práctica de la curandería no autorizada, pero tiene poca participación en las acciones de salubridad general, en las que participan sobre todo las autoridades virreinales y eclesiásticas, estas últimas especialmente concentradas en la administración de hospitales, asilos, hospicios y lazaretos, con una visión caritativa y asistencial, que con las reformas borbónicas, pierden terreno frente a las autoridades locales. Más tarde, con las Leyes de Reforma la asistencia es asumida como beneficencia pública y regulada por el gobierno central.

El autor señala que la inestabilidad política y la guerra de independencia limitan la institucionalización de la salud pública y no generan ninguna transformación de los organismos heredados de la colonia. Es hasta 1825, cuando el Ayuntamiento del Departamento de México emite un bando de policía y buen gobierno con medidas sanitarias detalladas y acciones preventivas; en 1831 se suprime el Protomedicato y es sustituido por la Facultad Médica del Distrito Federal que reivindica el modelo de la medicina europea y gesta la élite médica mexicana, con una impronta imperial. La Facultad Médica posteriormente es remplazada

por un organismo denominado Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México que tendría su mayor desarrollo durante el porfiriato.

Posterior al periodo revolucionario, la muerte y la destrucción por la guerra, las habrunas y epidemias, obligan a reestructurar al Consejo Superior de Salubridad, que cambia a Consejo de Salubridad General, obtiene mayor jerarquía al depender directamente del presidente de la república y se reconoce como autoridad sanitaria nacional. En este periodo, también se amplían las instituciones de beneficencia pública, atención caritativa, asistencia alimentaria y se identifica la organización de servicios hospitalarios y la formación de médicos salubristas como actividades centrales de la política social del Estado.

Este periodo muestra la confluencia de la salubridad, la asistencia y la práctica médica, con predominio de la visión de la élite médica, nucleada en la Academia de Medicina que en pocos años ocupa los puestos directivos de hospitales, del Departamento de Salubridad, la Secretaría de Asistencia, la Academia médica de la Universidad Nacional y la Escuela de Salubridad.

Las reformas cardenistas sentaron las bases para la estabilidad política y económica del país y desarrollaron infraestructura e instituciones educativas y de salud. El autor refiere que “De la visión individualista y elitista de la medicina decimonónica era preciso pasar a un modelo que conjuntara los avances científicos de la medicina moderna con el higienismo y las demandas sociales a las que debía dar respuesta el Estado Mexicano” (pp. 73). La participación social, los servicios médicos ejidales, y el servicio médico social, fueron claves para la conformación de los Servicios Médicos Rurales Cooperativos. El pri-

mer plan sexenal del presidente Lázaro Cárdenas (1934-1940), sentó las bases para consolidar los servicios médicos como eje del sistema nacional de salud, aumentó el presupuesto, impulsó la higiene industrial, el combate a las epidemias y la formación de personal médico para atender a las comunidades rurales.

Este enfoque de medicina social, educación, prevención y personal formado para atender a las comunidades rurales fue abandonado en el siguiente periodo de gobierno, imponiendo la medicina curativa individual, reorientando la política sanitaria hacia las prioridades de atención de núcleos urbanos y la construcción de grandes hospitales.

En el segundo capítulo, titulado *Secretaría de Salubridad y Asistencia (1943-1982)* (pp. 77-94) se analiza en forma crítica la llamada Primera Reforma Sanitaria que articula funciones de autoridad sanitaria, beneficencia pública y servicios médicos. Identifica como punto de inflexión para el incipiente sistema de salud, el abandono del pacto social previo con obreros y campesinos, que a partir de la acelerada industrialización urbana, configura un nuevo pacto político con los industriales y con la burocracia sindical, atendiendo las necesidades empresariales y la reproducción de la fuerza laboral urbana.

En este apartado se muestra el origen de la estructuración dual de la institucionalidad moderna en salud, con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ambos en 1943.

El segundo plan sexenal (1940-1946) prioriza el crecimiento industrial y la atención a trabajadores de ramas estratégicas, con la institucionalización de la seguridad social a través de la creación del

IMSS, frente a la salubridad general y la asistencia pública, fusionando ambas actividades en la Secretaría de Salubridad y Asistencia. La inversión pública se orienta a la industrialización urbana y se reduce el financiamiento de los servicios rurales estatales y municipales, que son coordinados desde la federación.

La creación de dos instituciones para atender a segmentos de la población diferenciados por su inserción laboral, produjo dos características del sistema de salud mexicano: la administración centralizada y poblaciones objetivo segmentadas con acceso diferencial a servicios de atención médica. La creación de otras instituciones de seguridad social para grupos específicos (trabajadores del estado y fuerzas armadas), contribuye a profundizar esta segmentación.

A pesar de la expansión de las instituciones de salud, asistencia y seguridad social, las necesidades de atención de la población no son resueltas con suficiencia y el déficit se incrementa en las zonas rurales.

Para atender la pobreza rural y ampliar servicios, en la década de los setenta se impulsan programas de inversiones públicas para el desarrollo rural, en 1977 se crea la Unidad de Coordinación General del Plan Nacional para Zonas Deprimidas y Grupos Marginados y en 1980 el Sistema Alimentario Mexicano (SAM) para reactivar la producción agrícola y pesquera y fortalecer la economía campesina.

El modelo de atención curativa y hospitalaria resulta crecientemente costoso e inequitativo y muestra sus límites para atender a la población. Este cuestionamiento se presenta en muchos lugares y como respuesta, los países miembros de

la Organización Mundial de la Salud emiten en 1978 la declaración de Alma Ata sobre atención primaria a la salud (APS), como nueva estrategia sanitaria para resolver deficiencias e inequidades de los servicios sanitarios. En México, se crean distintos programas que retoman esta iniciativa, entre ellos el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria (IMSS-COPLAMAR) y el Programa de Extensión de los Servicios de Salud al Medio Rural y Suburbano de la SSA.

El autor señala que en la conferencia de Alma Ata se expresan dos modelos de atención a la salud, uno que hace énfasis en la modificación de condiciones sociales, económicas, nutricionales, educativas, laborales y en la participación y acción comunitaria y otro, que impulsa la extensión de cobertura a través de servicios médicos básicos, resignificando la propuesta de APS integral por atención primaria selectiva.

Al final de la década de los setenta, las instituciones se han consolidado administrativamente, la SSA como autoridad sanitaria y prestadora de servicios de asistencia y de salud a la población sin seguridad social laboral y las instituciones de seguridad social con servicios de salud que cubren en ese momento al 40% de la población. Sin embargo, también presentan problemas “derivados del centralismo y la segmentación de los servicios con los consecuentes traslapes, duplicidades, obstrucciones, vacíos operativos y pasivos sociales al aislar la atención a la salud de la acción sobre sus determinantes y el énfasis curativo con un modelo médico oneroso...” (pag. 91), en el marco del agotamiento del modelo de desarrollo, déficit de captación fiscal y crisis económica nacional, pospuesta momentáneamente por el descubrimiento de yacimientos de petróleo y la petrolización de la economía mexicana.

Para contender con los problemas del SNS, en 1981, se crea la Coordinación de los Servicios de Salud Pública de la Presidencia de la República con el propósito de integrar en forma eficiente los servicios sanitarios y procurar la atención a toda la población. Esta coordinación presidida por el Dr. Guillermo Soberón Acevedo propuso la creación de un Sistema Nacional de Salud con la integración orgánica y funcional de los servicios de salud. Su propuesta programática presentada en diciembre de 1981, sentó las bases de la segunda reforma sanitaria.

El capítulo 3, denominado *Secretaría de Salud (1983-2003). Segunda Reforma Sanitaria* (pp. 95-143) ubica los cambios en la dinámica de las instituciones en el marco de los procesos de ajuste y cambio estructural e implantación del modelo neoliberal en México. En particular el autor hace referencia a tres procesos: la reforma administrativa y la descentralización de la vida nacional, la implantación del neoliberalismo como modelo hegemónico mundial y la crisis económica de 1982.

El cambio estructural se basó en el pensamiento neoliberal y se impuso a los estados nacionales a través de directrices económicas que flexibilizaban las relaciones laborales, privatizaban los activos estatales, liberalizaban el comercio y desregulaban la economía, sometiendo la acción de gobierno a la lógica del mercado. La crisis de la deuda en 1982, colocó al país en moratoria de pagos y los préstamos de los organismos internacionales para sortear la crisis, subordinaron al gobierno de México a estas directrices neoliberales.

En salud, el Plan Nacional de Desarrollo plasma las exigencias de los organismos internacionales para la reforma administrativa, la desconcentra-

ción y la descentralización. Se reforma el artículo 4º Constitucional para incluir la protección de la salud, se modifica la Ley General de Salud, se separa el ámbito de la asistencia de la SSA, quedando como Secretaría de Salud y se descentralizan los servicios de salud que atienden a población sin seguridad social, para conformar los servicios de salud estatales, en un proceso tortuoso plagado de conflictos políticos, financieros y administrativos, que impiden concluir en todas las entidades federativas, la descentralización de los servicios de salud planteada en el sexenio 1982-88. Esta descentralización se pausa durante el sexenio 1988-1994 y la atención a la salud para población sin seguridad social laboral se expande a través servicios básicos del Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) en alianza con el Programa IMSS-Coplamar que cambia de nombre a IMSS-Solidaridad.

En el periodo 1994-2000, se retoma el proceso descentralizador y se propone la extensión de cobertura a través de un paquete básico de salud, definido y financiado por el Banco Mundial (BM). El Programa de Reforma del Sector Salud retoma las líneas estratégicas del documento de Invertir en Salud publicado por el BM en 1993 y del Informe de Economía y Salud elaborado por la Fundación Mexicana para la Salud (Fun-salud) y publicado en 1994. Esta reforma dejó al IMSS-Solidaridad intocado, pues mantuvo su estructura y funcionamiento en las 17 entidades en donde operaba desde 1988, sin integrarse a los servicios estatales de salud (SESA).

En este periodo de franco ascenso neoliberal, la asistencia alimentaria se transforma y abre paso a las transferencias monetarias focalizadas y condicionadas (TMFC), como parte esencial del modelo de política social neoliberal en donde también

se articulan acciones educativas y de atención médica a través del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progesa). Este programa de TMFC posteriormente se convirtió en Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) y a pesar de que sus efectos benéficos no se acreditaron o fueron marginales, un discurso persistente reivindicaba un alto impacto positivo y la disminución de la pobreza en las familias beneficiarias. “Lamentablemente este discurso triunfalista fue apoyado insistentemente en numerosas publicaciones y foros por instituciones académicas que recibían generosos apoyos económicos para la realización de estas evaluaciones” (p.143).

Este periodo también se caracteriza por la Reforma a la Ley del Seguro Social, que crea cuentas de ahorro individual, privatizando el sistema solidario de pensiones que había desarrollado el IMSS.

El capítulo 4 denominado *La Tercera Reforma Sanitaria (2003 al 2018)* (pp. 145-285) reconstruye la configuración del sistema de protección social en salud en el marco de la alternancia política y lo reconoce como la consolidación del modelo privatizador de los servicios de salud.

El autor concluye que las dos décadas de reformas en salud iniciadas en 1983, significaron un fallido intento de ordenar la dispersión de servicios y afrontar las nuevas demandas de atención nacionales. Este proceso desgastó la propuesta de un sistema único de salud y consolidó la visión neoliberal de protección social de la salud, alentada por el BM y las élites médicas locales, para articular el sistema a partir de la lógica de mercado, separando funciones y creando una entidad financiera capaz de comprar servicios a proveedores privados y a los organismos públicos descentralizados.

Desde el gobierno se impulsó un doble discurso que “... a la vez abogaba por servicios integrales y democráticos y la rectoría del Estado en la estructuración, control operativo, evaluación de los servicios, definición del marco jurídico, normatividad, reglas de operación y desarrollo de la calidad de atención a través de la Secretaría de Salud y proponía la creación de un sistema financiero de protección social, el Seguro Popular, como contratista de servicios específicos para sus derechohabientes” (pp. 170).

Las tensiones entre los distintos actores para reformar la Ley General de Salud, implementar la protección financiera en salud y extender de cobertura mediante la afiliación voluntaria al Seguro Popular, impuso límites a la participación de servicios privados y priorizó la proveeduría de los SESA.

La implantación del neoliberalismo como modelo hegemónico y las reformas en salud con paquetes básicos, privatizaciones y el Seguro Popular no resolvieron los problemas de subfinanciamiento de los servicios públicos, gasto de bolsillo, y heterogénea calidad de la atención que afectaba sobre todo a la población pobre. El autor retoma el informe de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) de 2005 sobre el sistema de salud mexicano, para ilustrar los problemas que enfrentaba el sistema de salud mexicano aún con las reformas precedentes, entre los que desacan: un nivel de gasto público en salud extraordinariamente bajo en comparación con los estándares de la OCDE, el elevado gasto de bolsillo, la escasa inversión en infraestructura, insumos y servicios, además de identificar dificultades de coordinación de políticas en los servicios descentralizados y altos costos administrativos de la conducción del sistema. Paradójicamente la OCDE no recomienda la construcción de un sis-

tema universal de salud para enfrentar todas las debilidades documentadas e insiste en reformar el sistema de pensiones, fomentar el régimen de Protección Social en Salud, invertir en acciones costo-efectivas, establecer la separación entre compradores y prestadores de servicios e introducir incentivos al desempeño. Es decir, a pesar del diagnóstico, las recomendaciones omiten considerar el enfoque de derechos y su lógica se mantiene en el paradigma neoliberal.

La profundización de la fragmentación institucional y la continuidad del seguro popular en salud, en el marco de tensiones entre el discurso de los derechos humanos y el derecho a la salud, transformado en los hechos por las visiones minimalistas en protección financiera a través de paquetes básicos, mantienen los problemas del sistema público de salud y enfrentan mayores dificultades para contender con los graves y complejos problemas de salud de la población mexicana, ya para ese momento con un enorme peso de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), la epidemia de obesidad y necesidades de atención derivadas del envejecimiento poblacional.

En el último tramo de este periodo (2012-2018) el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) mantiene el propósito de universalizar los servicios de salud a través del aseguramiento voluntario. Propuesta impulsada por Funsalud desde 2010 y cuya directora ejecutiva asume la conducción de la Secretaría de Salud en 2012.

En la dimensión de asistencia social, se mantiene el sentido de los apoyos de los programas de TMFC, el Programa de Desarrollo Social (PDS) transforma el Programa Desarrollo Humano Oportunidades en el Programa de Inclusión Social Prospera e impulsa la Cruzada Nacional contra el Hambre con resultados muy limitados según eva-

luaciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL), mostrando su ineficiencia, además de que sus principales funcionarios se vieron envueltos en escándalos de corrupción.

Los resultados de esta tercera reforma sanitaria son magros en garantizar el acceso y la calidad de los servicios. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) entre 2006 y 2019, el uso de servicios privados se incrementó de 37.6 a 42.3 %, con 35% de los usuarios derechohabientes de la seguridad social y 43% afiliados al seguro popular. Los informes de la OCDE también muestran deficientes resultados en tamizaje de cáncer, mortalidad por infarto del miocardio y hospitalización por diabetes.

Este tercer capítulo cierra con un análisis de los principales daños a la salud de la población, destacando la deuda con la primera infancia y con el parto humanizado, la crisis del sistema alimentario mexicano que alienta la epidemia de obesidad y ECNT y la necesidad de un sistema nacional de cuidados.

En el capítulo 5 denominado *La Cuarta Transformación* (pp. 287-356) el autor analiza la crisis terminal del modelo neoliberal. La deuda sanitaria con la que concluye el largo periodo de neoliberalismo en salud, en términos de la fragmentación e insuficiencia de las instituciones y de los daños a la salud. Recupera los momentos clave en las definiciones para el nuevo curso de desarrollo nacional y cambio de ruta de la configuración del sistema de salud que retoma la APS renovada, para avanzar desde una perspectiva de derechos y de políticas sociales de bienestar en la universalidad y la gratuidad al usar los servicios, a través de la recentralización de atención médica de los SESA.

Muestra la situación crítica en que el nuevo gobierno recibe el sistema público de salud, con más de 250 obras inconclusas, estructuras burocráticas costosas, falta de transparencia en el uso de los recursos, reducida capacidad resolutive del primer nivel de atención, déficit de personal médico y paramédico y contratación precaria del personal de salud.

El autor también analiza el período de la pandemia de Covid-19, contrastando las acciones concretas del Gobierno de México y la lectura sesgada, plagada de infodemia y medias verdades que construye la narrativa dominante, impulsada por los intelectuales orgánicos de la medicina y la salud pública neoliberal, impulsores de las reformas sanitarias previas, que tuvieron a su cargo el sistema de salud mexicano sin resolver sus problemas de configuración histórica y con pésimos resultados en salud y nutrición, de los que no hacen cargo.

Para cerrar, el autor señala la necesidad de avanzar en un sistema de salud que vaya más allá de la atención médica, que coloque la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud en el centro de la política económica y del modelo de desarrollo y bienestar, para incidir en las condiciones de salud, alimentación, vivienda, saneamiento, educación, medio ambiente.

Propone un sistema de salud basado en los Derechos económicos, sociales y culturales y ambientales (DESCA) y centrado en la persona, la familia, la comunidad. Una ruta integral de acceso pleno a los derechos fundamentales, desde la gestación hasta el final de la vida, que construya ciudadanía y gobernanza para la realización plena de los DESCAs.

Destaco algunas consideraciones relevantes de la obra:

1. El eje de análisis que guía todo el trabajo es que el sistema nacional de salud sólo puede ser comprendido objetivamente si se ubica en el contexto de la dinámica propia del desarrollo nacional, como resultante de las fuerzas sociales que conciben, reivindicán y materializan proyectos de nación.
2. La periodización para ubicar los cimientos primigenios del sistema, las tres reformas sanitarias y este momento denominado de Cuarta Transformación, se construye con el entrelazamiento de las dimensiones de salubridad, asistencia social y práctica médica, lo que permite al autor dar seguimiento a lo largo del tiempo histórico y mostrar como se entretienen estas dimensiones, predominan en distintos momentos y son relevantes para configurar a las instituciones, fortalecerlas, minimizarlas o incluso desaparecerlas.
3. El seguimiento histórico que permite entender la conformación de la oligarquía médica que trasciende etapas, se moderniza, desarrolla instituciones, se enquistan en gobiernos y organizaciones y sobre todo, construye narrativas revestidas siempre de cientificidad, que validan decisiones, celebra logros inexistentes o minúsculos y que en la etapa de la Cuarta Transformación, se convierte en un grupo de detractores de la ruta elegida para construir un sistema de salud con perspectiva de garantía del Derecho a la Salud en sentido amplio: con servicios de salud de calidad, universales, gratuitos, integrales, de base pública y con despliegue de acciones intersectoriales que inciden sobre los determinantes sociales de la salud y el bienestar.

A lo largo de todo el libro se expresa la postura del autor. Una mirada crítica, experta y propositiva, comprometida con los derechos humanos, con los DESCAs y con la garantía del Derecho a la Salud en sentido amplio.

Esta obra contribuye a entender el campo sanitario, como un espacio complejo de disputas sociopolíticas, económicas y técnicas y aporta desde una perspectiva social a la comprensión de porqué el sistema nacional de salud se conforma de cierta manera y no de otra, porqué privilegia la mirada biomédica supuestamente científica y objetiva y porqué algunos fracasos de programas e instituciones se difunden como logros y algunos avances se demeritan.

Así mismo, coloca la perspectiva del Estado como sujeto obligado para reconocer y garantizar derechos económicos, sociales, culturales y ambientales.

Propone además un conjunto de temas necesarios de la agenda pública que deben ser abordados por la Cuarta Transformación, entre otros, coloca la reforma fiscal progresiva y el incremento del gasto público en salud. Así como, la necesidad de

romper la estructura sectorial del gobierno, avanzar hacia gabinetes integrales, profundizar el proceso de desmercantilización y el fortalecimiento de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Señala la urgencia de crear el Sistema nacional de cuidados y alentar procesos que favorezcan el empoderamiento de la población para que participe en forma activa en el cuidado de su salud, en la definición de necesidades de atención y en el rumbo de las políticas sanitarias.

Este libro es un instrumento valioso para una tarea que nos convoca a todos, limitar el enorme daño a la salud que produce un sistema sanitario insuficiente, precario, desigual e inequitativo, con limitada capacidad resolutive y construir poder popular en salud con la gente, en el territorio y con formas organizativas innovadoras e intervenciones de doble vía para modificar/atender el día a día e ir transformando los servicios, sin paralizarlos y configurar un sistema de salud de base pública, con servicios unificados e integrale, con inteligencia sanitaria que permita la evaluación de impactos en salud y la medición de resultados en torno al cumplimiento de los DESCAs.