

INVITADO

EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO, OBSERVACIONES Y NOTAS COMPARATIVAS



Dr. Amador Flores Aréchiga*

Jefe del Departamento de Patología Clínica del Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Monterrey, N. L. México)

Perspectiva histórica

Poco tiempo después de la Conquista (siglo XVI) se estableció el primer servicio de salud de la Nueva España: el Hospital de Jesús en la ciudad de México. A lo largo de los años se multiplicaron este tipo de hospitales de «caridad», casi invariablemente administrados por grupos religiosos. Fue hasta mediados del siglo XIX, con las Leyes de Reforma, la expropiación de bienes eclesiásticos y el debilitamiento financiero del clero que los hospitales gratuitos desaparecieron sin que acción alguna de gobierno los supliera, así fuera en forma parcial.

El presidente Lázaro Cárdenas creó lo que a la postre se convirtió en la Secretaría de Salud (SSA) y su sucesor, el presidente Ávila Camacho, estableció el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Posteriormente se fundó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). De esta forma se configura el actual sistema de salud que ha prevalecido por más de medio siglo, con cambios cuantitativos de cobertura y sin cambios estructurales o conceptuales de trascendencia.

Generalidades

El sistema de salud mexicano posee tres componentes básicos: los servicios privados, la seguridad social y los que –careciendo de capacidad de pago para tener acceso al primero, ni relación laboral que le permita ingresar en el segundo– representan la llamada «población abierta». Estos últimos reciben los servicios de la SSA y otras instituciones, sean del sector público o asociaciones civiles. En la media nacional el promedio de cobertura es de 3, 66 y 31 por ciento, en el orden expuesto. Es importante puntualizar que los servicios privados se subdividen en «honorarios por servicios» y «servicios médicos prepagados», y la seguridad social, según al apartado de la ley, es la institución prestadora de servicios: apartado «A», para los trabajadores de empresas privadas (IMSS) y «C» para los del sector público, sea federal, estatal o municipal (ISSSTE e ISSSTELEÓN, como ejemplos). Es pertinente señalar que los grupos de población en los tres componentes antes mencionados no son permanentes. En efecto, si alguien pierde su trabajo pasa a ser «población abierta», la recíproca convertiría a una persona de la población abierta en «asegurado». No menos importante es aclarar que un «asegurado» no necesariamente es «usuario» de los servicios y que aproximadamente el 30 por ciento de los asegurados de bajos ingresos utilizan los servicios de la población abierta y los de altos ingresos la atención privada. Dado que la SSA, como se expone más adelante, es la que menor presupuesto *per capita* tiene, el que un porcentaje importante de asegurados utilice los servicios destinados a la población abierta, menoscaba aún más el ya de por sí insuficiente presupuesto.

La situación en el pasado cercano

En 1981, el entonces presidente José López Portillo, nombró un «Coordinador de los Servicios de Salud», tal nombramiento recayó en el doctor Guillermo Soberón. El objetivo de ese cargo fue el de elaborar diagnósticos del sistema de salud y presentar propuestas de cambio. El autor tuvo la fortuna de participar en dichos estudios y de ocupar puestos en el área de la salud del estado de Nuevo León. Lo expuesto en este artículo es, en buena medida, producto de tales vivencias.

En los estudios realizados por la Coordinación de los Servicios de Salud se encontró –al analizar el costo por atención de los asegurados, comparados entre sí y con los de población abierta– una relación de 2 a 1, ISSSTE comparada con IMSS y de 8 a 1, IMSS con población abierta.

La evolución de los estudios de la coordinación condujo, en el sexenio del licenciado Miguel de la Madrid, a la descentralización de los servicios de salud a la población abierta y a la modificación al artículo cuarto constitucional para incluir la salud como un derecho más de los mexicanos. El IMSS y el ISSSTE, por su parte, no realizaron cambio alguno de importancia social.

La encrucijada del Sistema de Salud Mexicano

En una época en la que se han realizado cambios constitucionales, estructurales y administrativos en los servicios de salud de Latinoamérica, como en Chile, Colombia y Brasil, el sistema mexicano rebasa los cuarenta años sin reformas de fondo. Las razones, fundamentales a juicio del autor, son tres: financieras, laborales y políticas.

Todo cambio profundo en los servicios de salud debe buscar la equidad y alta calidad en los servicios otorgados a la población. Con la desproporción *per capita* entre la seguridad social y los usuarios de la población abierta, se requeriría elevar el presupuesto de la SSA en ochocientos por ciento para que la población abierta pueda recibir el mismo tipo de atención que la asegurada. Lo anterior, sin calcular la infraestructura hospitalaria necesaria para la homologación de los servicios.

La parte laboral es quizás el problema más complejo de los tres. El caso es que a la descentralización de los servicios de salud a los estados, no correspondió a una fragmentación del sindicato de los trabajadores de la SSA. A ello obedece que los servicios sean estatales y el sindicato sea nacional.

El IMSS y el ISSSTE siguen centralizados, en consecuencia sus sindicatos son, igual que la SSA, nacionales.

El componente político se deriva de la importancia numérica que representan los cientos de miles de trabajadores de la salud afiliados a sindicatos nacionales y su capacidad de respuesta para enfrentar lo que se considere una amenaza al *statu quo*.

Los tres componentes, financiero, laboral y político han impedido el cambio estructural de los servicios de salud.

Alternativas

Las posibles alternativas para una modificación son: privatización, servicio único descentralizado en los estados, y la organización de grupos de profesionales para brindar servicios a la población que se registre voluntariamente con el grupo de su preferencia.

Revisar cada una de ellas rebasa el propósito de esta intervención. Adelantemos, sin embargo, que la privatización no ha presentado buenos resultados en los países que la han

puesto en práctica; las dos últimas serían viables si se resolvieran los obstáculos laborales y políticos.

* *El Dr. Amador Flores Aréchiga, es actualmente Miembro del Consejo Editorial de la Revista Salud Pública y Nutrición, y se ha desempeñado anteriormente como Director de los Programas de Salud y Educación para la Vida de la Universidad Autónoma de Nuevo León y como Coordinador de los Servicios de Salud en Nuevo León.*



Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición
Ave. Dr. Eduardo Aguirre Pequeño y Yuriria ,
Col Mitras Centro, Monterrey, N.L. México 64460
Tels. (8)348-4354, 348-6080, 348-6447
respyn@uanl.mx

[Universidad Autónoma de Nuevo León](#)
webmaster@uanl.mx



Educación para la vida