

La atención a la salud de la población no asegurada en México

*David Moctezuma N.**

ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

El sistema de salud en México nació de manera segmentada, de acuerdo con las necesidades de la evolución del país en sus fases de desarrollo. El actual sistema de salud surgió en la década de los cuarenta, cuando se iniciaba la industrialización acelerada y la urbanización. Como se sabe, la estrategia de industrialización mexicana se basó en una estrecha alianza entre los trabajadores, los industriales y el gobierno federal, bajo la conducción de este último. En esos años, se decidió sustentar el crecimiento económico en la industria manufacturera.

En 1943, con el propósito de establecer condiciones de seguridad social para los trabajadores de la industria, se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Éste se fundó para que respondiera a las exigencias del desarrollo industrial y para que otorgara servicios de salud integrales a los trabajadores de la naciente industria. En ese mismo año, se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) para llevar los servicios de salud a la población que no estaba incorporada a los sectores modernos de la economía, especialmente para la población rural y los sectores urbanos marginados. Desde su inicio, el sistema de salud

* Investigador del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), y coordinador de asesores de la Coordinación General de Reforma Universitaria, UNAM. Correo electrónico: <davidmn@servidor.unam.mx>.

mexicano, que todavía se mantiene vigente, separó la atención de los derechohabientes de la seguridad social de la atención a la población que se acoge a la acción asistencial del Estado. La separación de los servicios de salud para la población asegurada, por un lado, y para la población abierta, por el otro, confirió a cada institución funciones independientes, lo cual dificultó la coordinación y propició inequidades sociales.

Años después, se crearon otros organismos de seguridad social para ciertos sectores: en 1959 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que se encargó de prestar servicios de salud para la burocracia estatal y, en 1976, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas. El resultado de privilegiar a sectores sociales específicos conformó un sistema de salud segmentado, sin coordinación, fuertemente centralizado y con cobertura insuficiente.

Como muchos otros aspectos de la vida nacional, a fines de la década de los sesenta, el sistema de salud enfrentó serios problemas, básicamente debido a que millones de personas no tenían acceso a ningún servicio de salud, mientras que existían miles de médicos desempleados. Entonces, se hicieron esfuerzos gubernamentales para ampliar los servicios de salud hacia los sectores marginados. En las zonas rurales, se instauraron programas del IMSS, como el IMSS-Coplamar, que después se transformó en IMSS-Solidaridad; y en las zonas de miseria urbana se crearon programas a cargo de la SSA. Ambos resultaron exitosos en su misión de llevar servicios de salud a la población socialmente más desprotegida, aunque siguió siendo evidente la ineficiencia e inequidad del sistema de salud debido a su fragmentación. Aun así, estos servicios ampliaron su cobertura.

LAS TRANSICIONES DEMOGRÁFICA Y EPIDEMIOLÓGICA: CONDICIONANTES DE LA POLÍTICA DE SALUD

Los procesos sociales que el desarrollo tiene aparejados, así como diversas políticas sociales del Estado, han repercutido en la estructura de la población de México. En efecto, en el presente siglo, el país ha registrado cambios importantes en ésta. La población atraviesa por

una plena y acelerada transición, que se manifiesta en una notable desaceleración en su ritmo de crecimiento. De 1994 a 2000, la tasa de crecimiento natural de la población (diferencia entre natalidad y mortalidad) disminuyó de 2.1 a 1.74 por ciento.

La disminución de la fecundidad ha sido el principal determinante de la reducción del crecimiento de la población. Se calcula que la fecundidad, de siete hijos por mujer en 1960, disminuyó a 2.4 hijos en 2000. Este descenso se debe a una política explícita de planificación familiar llevada a cabo por las instituciones dedicadas a la salud de la población. En 2000, se calculaba que cerca de 70.8 por ciento de las parejas mexicanas empleaba métodos anticonceptivos. Paralelamente a la disminución de la fecundidad, ha bajado también la mortalidad. Mientras que en 1950 la esperanza de vida de la población mexicana era de 49.6 años, en 2000 alcanzó los 75.3 años.

ESPERANZA DE VIDA EN MÉXICO

1950	1970	2000
49.6	62.0	75.3

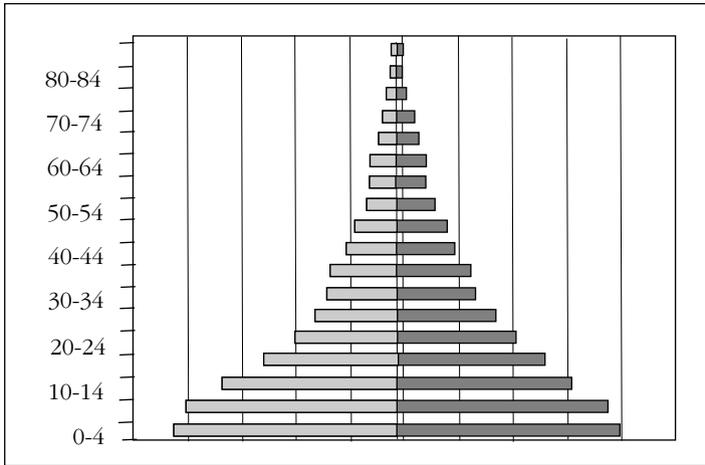
FUENTE: Consejo Nacional de Población (Conapo), *La situación demográfica en México 2000*.

La reducción de la mortalidad, sobre todo la infantil, y la baja fecundidad transforman nuestra pirámide poblacional; la base se hace más angosta y empiezan a predominar los grupos de mayores edades. La perspectiva para el futuro es un proceso de envejecimiento de la población, al grado de que, en unos treinta años, por cada tres niños o jóvenes menores de quince años habrá dos personas mayores de sesenta.

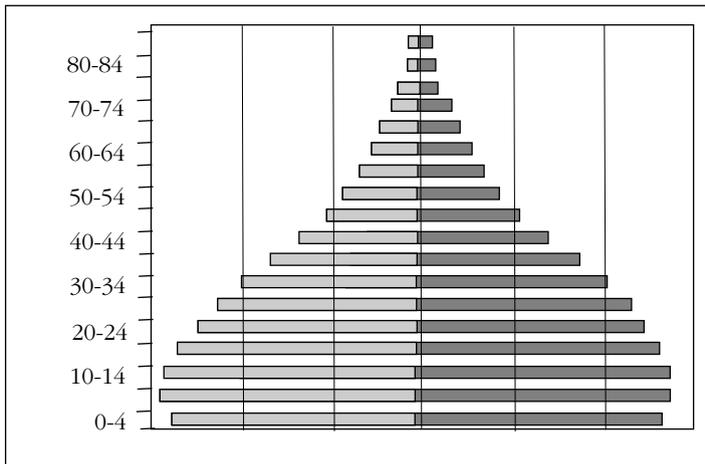
De manera paralela a esta transición demográfica, ocurre una transición epidemiológica caracterizada por la sustitución de las enfermedades gastrointestinales como principales causas de muerte, por las enfermedades crónico-degenerativas. Las enfermedades de la pobreza han sido sustituidas por las enfermedades del desarrollo (cardíacas, tumores malignos, diabetes, accidentes) como principales causas de muerte.

PIRÁMIDES DE POBLACIÓN POR EDAD Y POR SEXO

1970

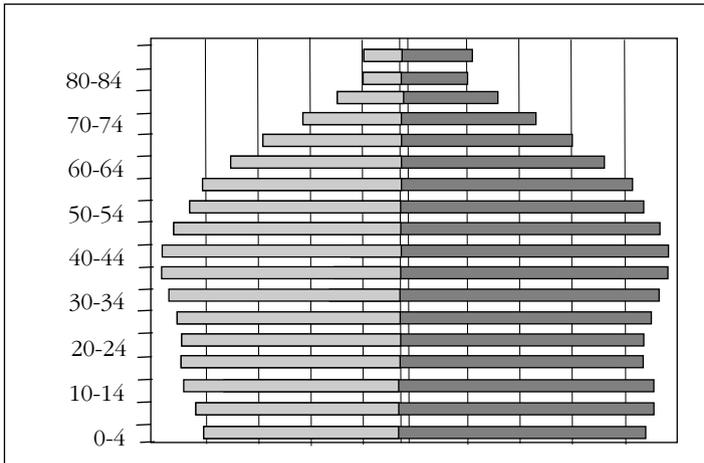


2000



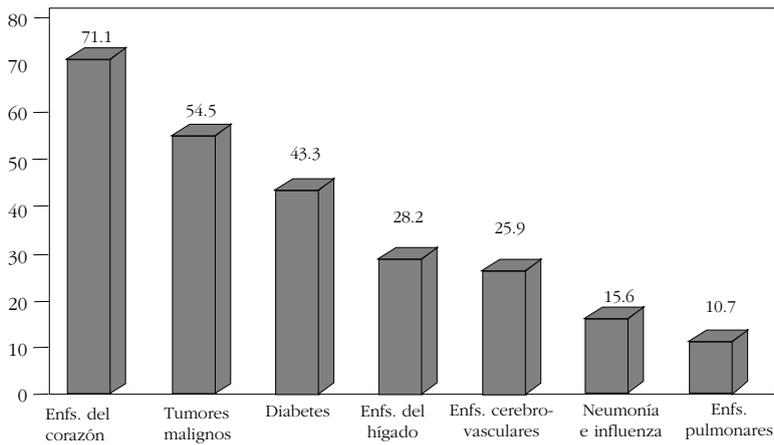
FUENTE: Conapo, *La situación demográfica de México, 2000* (México: Conapo, 2000).

2030



FUENTE: Conapo, *La situación demográfica de México, 2000* (México: Conapo, 2000).

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR ENFERMEDADES
CRÓNICO-DEGENERATIVAS. MÉXICO 1997



* Tasa por 100 000 habitantes.

Fuente: SSA, *Mortalidad 1998* (México: SSA, 2000).

Las transiciones demográfica y epidemiológica, además de los problemas estructurales del sistema nacional de salud, han condicionado la actual política de salud. Los servicios tienen que adaptarse para contender con las nuevas patologías y con los requerimientos de una población en proceso de envejecimiento; los nuevos dilemas se suman a los tradicionales problemas de nuestro país. Los servicios de salud tienen que contender con las profundas desigualdades sociales que prevalecen en México, entre las que se encuentra la desigual distribución de la población en el territorio nacional. Para ilustrar este hecho baste decir que en las cuatro zonas metropolitanas de las ciudades de México, Guadalajara, Monterrey y Puebla habitan uno de cada cuatro mexicanos (91 200 000 en 1995); en contraste, 24 000 000 de mexicanos habitan en 198 000 comunidades. La dispersión de la población rural complica en exceso la provisión de los servicios públicos.

México, en materia de salud, vive situaciones paradójicas, ya que debe resolver nuevos problemas, característicos de las sociedades desarrolladas, sin que haya logrado resolver por completo los viejos problemas, típicos de las sociedades más pobres.

LA REFORMA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LA POBLACIÓN NO ASEGURADA

México, como casi todo el mundo, ha experimentado grandes cambios en los últimos años. El Estado mexicano ha cambiado, se ha reformado para responder a las condiciones de la nueva realidad y sus circunstancias. Ante las condiciones imperantes en el orbe y ante las profundas transformaciones de la sociedad mexicana, se han realizado ajustes en todos los órdenes de la acción gubernamental; ajustes que no han mermado el compromiso social del Estado ni lo han apartado de su obligación constitucional de llevar a cabo una política de bienestar para toda la población, especialmente para los más desprotegidos.

En materia de salud, los cambios del actual gobierno se han basado en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, cuyos ejes centrales han sido:

- La efectiva descentralización de los servicios de salud a la población abierta en todas las entidades de la república.
- La búsqueda de la cobertura universal de los servicios mediante los programas de extensión de cobertura sustentados en un paquete básico de servicios de salud.
- El impulso a la participación de las comunidades y las autoridades municipales en la solución de los problemas de salud más urgentes e inmediatos al orden de gobierno que está más cerca de la población.
- El replanteamiento del modelo de atención a la salud de la población que no es derechohabiente, dando prioridad a las acciones preventivas e integrales, pero sin descuidar su equilibrio con las curativas o las de rehabilitación.

La reforma del sector salud fue concebida, fundamentalmente, para responder de la manera más adecuada a los retos demográficos y epidemiológicos del país; para hacer más eficiente el proceso de la toma de decisiones; para mejorar la calidad de los servicios, pero también para contrarrestar la profunda desigualdad social que persiste entre los individuos y entre las regiones del país.

CAMBIOS EN EL MODELO DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN ABIERTA

La reorganización del sistema nacional de salud ha buscado hacer efectivo —real— el derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos que consagra nuestra Constitución política. Este propósito ha implicado que el modelo de salud adoptado, sin desatender problemas de salud específicos o a determinados grupos sociales —especialmente a los que tienen mayores rezagos—, busque, sobre todo, convertir en realidad el anhelo de que los servicios de salud tengan una cobertura universal; es decir, que ningún mexicano, sin importar sus posibilidades económicas, carezca de la posibilidad de acceder a algún tipo de servicio de salud.

La protección de la salud es un mandato constitucional que obliga a mejorar los servicios, tanto en cobertura como en calidad. En el gobierno de Zedillo, los servicios de salud fueron reorganizados con

base en la redefinición y puesta en marcha, en 1995, del Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta, mediante el cual se ha intentado resolver los problemas de la heterogeneidad y carencia de uniformidad que dificultaba la organización y el control de los servicios.

El perfeccionamiento de este modelo, con una clara delimitación de las responsabilidades de cada nivel de gobierno, cada unidad responsable o cada unidad médica, fue fundamental para llevar a cabo la descentralización completa de los servicios. Sin este instrumento rector, donde cada parte del sistema de salud sabe exactamente cuáles son sus responsabilidades y competencias, la descentralización no hubiera tenido el éxito obtenido. El modelo, sin embargo, no es una herramienta rígida; ha tenido la flexibilidad suficiente para que cada entidad federativa lo adapte a sus características particulares y formule o actualice sus propios modelos estatales de salud.

LOGROS DE LA POLÍTICA EN MATERIA DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN ABIERTA

Entre los logros obtenidos con estas políticas en materia de servicios de salud pueden destacarse:

- Extensión de la cobertura: cuando inició el gobierno de Zedillo, alrededor de 47 000 000 de mexicanos recibían servicios de salud a través de las instituciones de seguridad social, especialmente IMSS e ISSSTE, 26 000 000 eran atendidos por la ss, 9 000 000 mediante el IMSS-Solidaridad y 10 000 000 de personas no tenían acceso a ningún servicio regular de salud. De no haberse hecho nada para atacar este problema, por el crecimiento poblacional, los 10 000 000 hubieran llegado a 10 700 000 en 1998 y a 10 900 000 en 2000.

Con las acciones desarrolladas en los últimos años mediante los programas de Ampliación de Cobertura y de Apoyo a Zonas Indígenas, de la SSA, el Programa de Educación, Salud y Alimentación, coordinado por la Sedesol y algunos programas estatales, hasta 1988 se había logrado reducir a 2 700 000 las per-

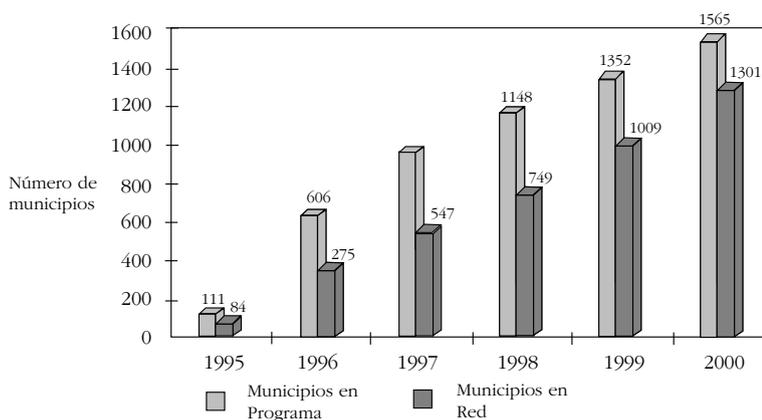
sonas que aún no reciben servicios regulares de salud; cifra que actualmente se calcula en 2 300 000 y se esperaba disminuir a 700 000 al finalizar 2000.

Estos programas de ampliación de cobertura se basan en la provisión de un paquete básico de servicios de salud que consta de trece servicios esenciales de primer nivel, de bajo costo pero de alto impacto. Para ampliar la cobertura a la población no asegurada, se han seguido dos estrategias: una de ampliación geográfica que se aplica a poblaciones sin acceso a servicios de salud y se sustenta en equipos de salud itinerantes o con instalaciones pequeñas a escala de la población que atienden; la otra estrategia es la de ampliación funcional, mediante la cual se utiliza al máximo la capacidad instalada.

Las coberturas de las campañas de vacunación a los niños y niñas también han aumentado. Actualmente casi 90 por ciento de los menores de un año y casi 98 por ciento de los que tienen de uno a cuatro años de edad tienen esquemas completos de vacunación.

- **Descentralización:** se ha realizado en los recursos y la operación completa de los servicios de salud a todas las entidades de la república, para lo cual se creó en cada entidad organismos públicos descentralizados, mismos que permiten la autonomía de gestión en la operación de los servicios de salud en el ámbito estatal. Respecto de los recursos financieros, en 1999, los estados de la república ejercieron, directamente, 70.1 por ciento del presupuesto total del sector salud destinado a la atención de la población que no es derechohabiente. El resto del presupuesto lo ejercen los programas centrales y los institutos nacionales de salud.
- **Participación:** casi la mitad de los municipios del país se involucran en programas para el mejoramiento de la salud de sus comunidades. Con el Programa Municipios Saludables se han establecido compromisos entre el gobierno y la sociedad para mejorar las condiciones locales de salud, para establecer redes de apoyo entre las comunidades y las instancias de gobierno, y para expandir los recursos de las comunidades. En la gráfica siguiente puede verse cómo se han ido incorporando a este programa los municipios y cómo se han incrementado los comités de salud municipal.

CRECIMIENTO DEL PROGRAMA MUNICIPIOS SALUDABLES.
INGRESO AL PROGRAMA Y A LA RED MEXICANA DE MUNICIPIOS
POR LA SALUD 1995-2000



Fuente: Registro de la Dirección de Salud Municipal, al 26 de octubre de 2000. Tomado de la página web del Programa Municipios Saludables, <<http://www.municipio-saludable.gob.mx>>.

BRECHAS, REZAGOS Y PENDIENTES EN MATERIA DE SALUD

Varios son los indicadores con los que podríamos mostrar los avances que el país ha tenido en materia de salud entre 1995 y 2000, pero uno que en buena medida representa las condiciones de salud general de la población es la *esperanza de vida al nacimiento*. En estos años los hombres de nuestro país han ganado 1.84 años en su esperanza de vida y las mujeres 1.67. La esperanza de vida al nacer de la población mexicana alcanzó en 2000 los 75.3 años (77.6 años para las mujeres y 73.1 para los hombres), y la expectativa era que para el año 2005 llegue a 76.8 años en promedio. No obstante los avances logrados, todavía existen problemas que se deben resolver, entre ellos los relacionados con la desigualdad en salud.

A pesar de que las brechas sociales en salud se han ido cerrando, aún queda mucho por avanzar en este sentido. Para mostrar cómo se han ido subsanando estas brechas, y lo que nos falta, podemos seguir

con el indicador de la *esperanza de vida al nacimiento*. Según datos del Conapo,¹ en la primera parte de la década de los cincuenta la vida media de un hombre del Distrito Federal (que entre todas las entidades de la República tenía y sigue teniendo las cifras más altas en lo que a esperanza de vida se refiere) era de 57.3 años, mientras que la de uno de Oaxaca (que era la entidad con menores cifras de esperanza de vida, ahora es Chiapas) era de 43.7 años.

Estos datos extremos muestran que al inicio de los años cincuenta los hombres del Distrito Federal vivían, en promedio, 13.6 años más que los de Oaxaca; entre las mujeres la diferencia era incluso más marcada: 14.3 años. Cuarenta años más tarde (1990-1995), esa distancia se redujo, en el caso de los hombres a 6 años y, en el de las mujeres, a 5.6.

Si aceptamos la validez de este indicador, resulta claro que en las entidades donde anteriormente había mayores niveles de mortalidad es donde se han logrado mayores ganancias en la esperanza de vida, especialmente entre la población infantil y las mujeres.

Las brechas sociales en salud, sin duda, han ido disminuyendo, aunque todavía existen desigualdades por abatir, lo cual resulta cada vez más difícil porque, una vez que se bajan los niveles de mortalidad, alcanzar niveles adicionales constituye un mayor reto para los servicios de salud.

El proceso de envejecimiento de la población y los nuevos perfiles epidemiológicos ciertamente obligan a poner más atención a problemas emergentes, pero los nuevos no sustituyen a los anteriores, simplemente los vuelven de más compleja solución. A estos retos se enfrentan los servicios de salud que en los años venideros debe seguir brindando el Estado mexicano.

Cabe destacar que con la actual reforma del sector salud se han fortalecido las capacidades y la autonomía de las entidades federativas para que otorguen, sin intermediarios, mejores servicios a su población.

El nuevo esquema federalista que la descentralización ha favorecido obliga a repensar las prioridades que los servicios de salud tienen como retos futuros. Sobre todo si se consideran que el nuevo papel

¹ Conapo, *La situación demográfica de México, 1998* (México: 1998).

de la ss es el de actuar como autoridad en la materia, al generar las políticas nacionales y controlando en forma general los servicios que se prestan en las instituciones públicas y en las entidades federativas.

En este contexto, el gran reto consiste en garantizar que toda la población mexicana cuente con un piso básico de servicios de salud, lo cual implica la existencia de servicios mínimos homogéneos para todos. A partir de dicho piso, cada entidad debe construir su modelo de atención acorde con sus particularidades y características sociales, demográficas o epidemiológicas. Mas no debemos obviar que somos un país con grandes carencias y agudas desigualdades, de ahí que requiramos mecanismos para optimizar los recursos, que siempre son escasos ante nuestras necesidades, y para compensar a quienes menos tienen.

Los servicios públicos para la salud de la población abierta deberán organizarse en una política que consolide plenamente un sistema nacional de salud descentralizado y que siga respondiendo:

- al imperativo de adecuarse al marco de una república federal donde cada orden de gobierno tiene sus propias facultades, atribuciones y responsabilidades;
- a la necesidad de promover y facilitar el acceso igualitario a los servicios;
- a la obligación republicana de que la federación continúe teniendo la posibilidad de propiciar, entre los individuos y entre las regiones, la compensación social y la equidad en salud de quienes menos tienen;
- y al compromiso de anticipar los requerimientos que implican los cambios demográficos y los nuevos perfiles epidemiológicos que se han ido configurando en el país.

Mucho es lo que en los últimos años el país ha avanzado en materia de salud, pero también es cierto que persisten grandes rezagos. Aún quedan algunas asignaturas pendientes para modernizar el sistema de salud de México. La gran tarea de los próximos años será avanzar en el viejo esquema que ha segregado la atención a la salud por segmentos sociales para sustituirlo por un sistema organizado por funciones. Un sistema donde la ss afiance el papel regulador y los

estados de la república se responsabilicen de atender integralmente a sus poblaciones. Un sistema de salud competitivo que permita a los usuarios de los servicios poder elegir al prestador de éstos y en el que la toma de decisiones ocurra, bajo un marco regulatorio general, en los niveles en que cotidianamente se resuelven los problemas de salud de los mexicanos.