HISTORIA DE LA POLÍTICA SANITARIA EN MÉXICO

*Catalina Eibenschutz**

*Thelma Raphael***

El objetivo del presente trabajo es analizar la forma en que se institucionaliza la Política Sanitaria a lo largo de la historia moderna de México.

La política sanitaria, tanto en lo referente a su formulación como a su institucionalización, es una expresión de la relación que guarda el Estado y el régimen político con el conjunto de la sociedad y los conflictos que se desarrollan en su interior, en cualquier sociedad en un momento dado. No se trata, entonces, de analizarla como el avance en el conocimiento médico y su incorporación a la atención de la salud de la población, sino como la expresión del Estado en la sociedad dividida en clases, como resultado de conflictos y contradicciones en el desarrollo de la sociedad mexicana.

El marco del análisis es el Estado y el régimen político a lo largo de la historia de México, los conflictos y su expresión en la política sanitaria de los diferentes gobiernos y las instituciones que se desarrollan como resultado de estos conflictos. Es un análisis que parte de la perspectiva estatal, por considerar el aspecto de la política como el determinante de la práctica social de la salud, por no aceptar que ésta es simplemente el resultado del modelo de acumulación capitalista.

Para ello es necesario adoptar algún criterio de periodización, que permita evitar una simple descripción historiográfica de las instituciones de salud del país, y se adoptará un criterio de carácter político, basado en los periodos de consolidación y transformación del Estado capitalista en México. Este criterio nos permitirá enmarcar los grandes periodos históricos y la relación del Estado con los movimientos políticos, sociales y económicos de la sociedad mexicana, y así conocer y explicar el origen y desarrollo de las instituciones de salud, sus modelos de atención y sus bases teóricas.

* Profesora-investigadora de la maestría en Medicina Social, UAM-Xochimilco.

** Ayudante de investigación de la maestría en Medicina Social, UAM-Xochimilco.

El Estado mexicano

La producción teórica sobre el Estado mexicano, su constitución y su régimen político, es abundante y a pesar de las diferentes interpretaciones y perspectivas, existe un acuerdo generalizado sobre la importante intervención del Estado en el desarrollo económico del país, en la constitución de las clases y las fracciones de clase (Córdova, 1974; Leal, 1975, y otros). Sin embargo, el estudio de la formulación e institucionalización de las políticas sociales es menos abundante y dentro de ellas el estudio específico de la política de salud es menor aún. (Álvarez Amézquita, 1960; Eibenschutz, 1981; Hernández Llamas, 1982; González Block, 1989).

La mayoría de los autores concuerdan en que ciertos hechos históricos han sido fundamentales en la constitución y desarrollo del Estado mexicano y su régimen político, que permiten diferenciarlo de otros Estados latinoamericanos; aun cuando hay características que se comparten y permiten comprender a Latinoamérica como un todo, principalmente alrededor de la teoría de la dependencia.

Entre los elementos que caracterizan y diferencian al Estado, la sociedad mexicana y su régimen político, que constituyen el marco de análisis del presente trabajo, se encuentran:

1. La Reforma de 1867 que separó la Iglesia del Estado y que constituye un antecedente importante para la política de salud.

2. La revolución de 1910 que: *a)* Eliminó a la oligarquía terrateniente, que hasta ese momento detentaba el poder; *b)* Construyó un ejército de carácter popular; *c)* Incorporó a la incipiente burguesía y proletariado a un movimiento militar popular encabezado por el campesinado, y *d)* Creó las condiciones para el desarrollo capitalista acelerado posterior.

Estos dos momentos y la reciente transformación neoliberal del Estado, conforman la base de nuestra periodización de la siguiente manera:

1. Estado liberal-oligárquico (1857-1910).
2. Periodo revolucionario (1910-1934).
3. Periodo de consolidación del Estado y del régimen político o gobierno cardenista (1934-1940).
4. Periodo de estabilización política bajo un régimen de partido de Estado (1940-1982).
5. Periodo de transformación neo-liberal del Estado (1982-1990).

El centro del análisis se hará en lo que se mencionó como Estado moderno, que cubre el 3º, 4º y 5º periodo, pero es necesario considerar los rasgos principales de

los dos periodos anteriores, para poder comprender y explicar la institucionalización de la política sanitaria y su desarrollo en los siguientes tres periodos.

Régimen político

A partir del periodo revolucionario y del gobierno cardenista se instaura un régimen político corporativo, con partido de Estado, presidencialista, con una subordinación de los poderes legislativo y judicial al ejecutivo, basado en las características de la Constitución Mexicana de 1917, donde quedó plasmada la lucha revolucionaria, el carácter contradictorio de las clases sociales, las nuevas formas de tenencia de la tierra, el derecho al trabajo y a la salud, la no reelección presidencial, el periodo sexenal para las instancias representativas en el gobierno, incluyendo al presidente, entre otros elementos que la caracterizan.

En el periodo del presidente Cárdenas (1934-40) se sentaron las bases corporativistas del Estado, se constituyó el Partido de la Revolución Mexicana (PRM), que se transformó después en Partido Revolucionario Institucional (PRI) y se fue conformando como partido de Estado (L. J. Garrido, 1986); a partir de este periodo se inició también el proceso de industrialización capitalista, inducido desde el propio Estado, mediante la nacionalización petrolera.

La gran estabilidad política que ha caracterizado al país a partir de entonces y el crecimiento económico mantenido llamado "milagro mexicano", basado en la transferencia de capital del campo a la ciudad, alcanza hasta fines de la década de los setenta, y justifica una periodización sexenal, basada en los periodos presidenciales, ya que hasta la fecha no se ha modificado sustancialmente el régimen político del país.

A partir de 1982 el Estado mexicano cambia radicalmente, entra en el llamado proceso de modernización, adopta un modelo económico neoliberal, abandona el discurso revolucionario, permanece el partido de Estado y el régimen político consecuente, como una respuesta a la profundización de la crisis económica de fines de los setenta, caracterizada entre otras cosas por la deuda externa y los mecanismos adoptados bajo la presión del Fondo Monetario Internacional (FMI).

Una vez descritos en términos globales los elementos que caracterizan al Estado y al régimen político en México, se analizarán cada uno de los periodos señalados inicialmente, en función de la política sanitaria y sus condiciones de institucionalización.

Estado liberal oligárquico (1857-1910)

El periodo de 1857 a 1910 ha sido llamado el del Estado liberal oligárquico por varios autores (J. F. Leal, 1975), y representa el triunfo de la fracción liberal de la clase dominante, que promulga la Constitución de 1857.

En el plano jurídico ideológico el Estado es liberal y se caracteriza por: igualdad ciudadana, libertad de pensamiento, separación entre la Iglesia y el Estado, respeto a la propiedad privada y a la libertad de la fuerza de trabajo; se adopta la forma de República Federal Democrática y Representativa, con división de los tres poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. Sin embargo, en la práctica política, se avanza en sentido de la centralización, consolidando un Estado fuerte y centralizado en el Ejecutivo, que termina en la dictadura de Porfirio Díaz (1880-1910). La dictadura representó el triunfo de una fracción surgida del Estado liberal oligárquico, fuertemente comprometida con el capital bancario, textil, minero y ferrocarrilero. Esta fracción se mantiene en el poder por 30 años y se denomina a sí misma "los científicos" (J. F. Leal, 1975).

La institucionalidad de la política sanitaria en este periodo es el resultado de la constitución de un Estado nacional fuerte, apoyado en el desarrollo incipiente del capitalismo que coexistió con formas casi feudales de producción en el campo (haciendas), que profundizó las contradicciones capitalistas e hizo crisis con la dictadura porfirista.

El impulso industrial generado en este periodo, principalmente durante la dictadura, desde el centro político del país, basado en el endeudamiento y la inversión extranjera sobre todo de los Estados Unidos de Norteamérica, conduce al desarrollo de una burguesía regional que termina entrando en conflicto con la burguesía central derivada del grupo oligárquico en el poder.

También conduce al desarrollo de la clase obrera y de sus organizaciones y al estallido de las primeras huelgas, entre ellas las de Río Blanco (textil) y de Cananea (minera). Sin embargo, la fuerza de trabajo mayoritaria es la campesina, donde también surgen multitud de levantamientos locales (Eibnschutz, 1981).

Por otra parte, la situación económica de las clases populares empeora significativamente, aumentan los precios y no los salarios, empeorando gravemente las condiciones colectivas de salud.

Institucionalización de la política sanitaria

El Estado fuerte y dictatorial genera una política sanitaria, basada en la ideología positivista moderna, encabezada por los llamados "científicos" del gabinete

porfirista, con un fuerte impulso a la atención médica hospitalaria, sobre todo en el centro del país, manteniendo la Dirección General de Beneficiencia creada por Juárez, pero separando de ella la responsabilidad sanitaria. Se institucionaliza así un modelo sanitario moderno, científico y positivista, que separa la atención médica de la sanitaria, y aumenta el centralismo político y la inequidad social característica del periodo capitalista pre-revolucionario.

Atención médica

Caracterizada fundamentalmente por la existencia de la medicina curativa, centrada en los hospitales, con fuerte influencia de la ciencia médica norteamericana y francesa.

La infraestructura hospitalaria era privada y pública, los grandes hospitales privados eran el Inglés, el Americano, el Francés y el Español, que como sus nombres lo indican, fueron organizados para la atención de los representantes de los intereses de los países capitalistas centrales, siendo utilizados además por los sectores migrantes incorporados a las clases dominantes nacionales.

Por otra parte, existían grandes hospitales de beneficiencia pública, creados a partir del periodo de Reforma Juarista (1861), en el que se crea la Dirección General de Beneficiencia, encargada de centralizar los servicios hospitalarios y organizarlos, coordinarlos y sostenerlos mediante impuestos, donaciones y productos de la Lotería Nacional, anulando de esta manera el papel que la iglesia mantuvo en la atención médica en otros países de América Latina.¹

En el periodo de la dictadura porfirista se inauguran los grandes hospitales en la ciudad de México (General, Juárez, el Manicomio y otros).²

La salud pública

A fines del siglo XIX, en el periodo porfirista empieza a funcionar de manera autónoma del Consejo Nacional de Salubridad, y pasa a la Secretaría de Gobernación, bajo la dirección del Dr. Liceaga, reconocido científico de la medicina y la microbiología. Durante su gestión, que duró 28 años (reflejo de prestigio personal, pero también de antidemocracia), se inició la investigación científica del

¹ Enrique Moreno y cols., *Sociología histórica de las instituciones de salud*, colección "Salud y Seguridad", México, IMSS, 1982, pp. 28-29.

² COPLAMAR, *Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000*, núm. 4, México, Siglo XXI Editores, 2a ed., 1983, p. 115.

tifo y enfermedades infecciosas, se creó el Instituto Antirrábico y se promulgó el primer Código Sanitario de todo el continente (1891). Además se realiza el Congreso Interamericano de Salubridad, que da origen a la Unión Sanitaria Panamericana, antecesora de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS).

En este periodo se fortalecen las actividades de salud pública, control de alimentos, saneamiento de puertos y ciudades, introducción de agua potable y alcantarillado y la campaña contra el mosquito de la fiebre amarilla y el del paludismo. Al final del porfiriato se procuró una descentralización de las tareas sanitarias mediante la creación de Consejos y Juntas Sanitarias dependientes de los ayuntamientos.³

Periodo revolucionario (1910-1934)

El desarrollo de una burguesía industrial nacional surgida de las propias filas terratenientes durante el porfiriato, determinó que los intereses de esta fracción entraran en franco conflicto con la oligarquía en el poder, creándose las bases políticas para el estallido de la revolución mexicana, al mismo tiempo que en el país hacía crisis el modelo capitalista dependiente agro-minero-exportador, en medio de una grave recesión mundial iniciada en 1900.

La revolución mexicana, iniciada en 1910, surge de un proceso de desmoronamiento del poder oligarca, el que incluso pierde el apoyo norteamericano. Así Porfirio Díaz se ve incapaz de conducir el proceso político-económico e integrar los intereses de las clases en conflicto; en un momento en que ya se venían produciendo múltiples levantamientos desde las clases populares, principalmente campesinas (Eibenschutz, 1981).

Las condiciones de vida y trabajo creadas bajo el anterior régimen fueron extremadamente deplorables; esto permitió a la burguesía industrial emergente, incorporar en su propuesta de derrocamiento de la dictadura de Porfirio Díaz tanto el grueso del campesinado como a la incipiente clase obrera. Sin embargo, los planteamientos políticos de una y otra clase fueron muy distintos. El Plan de San Luis, que representaba los intereses de la burguesía alzada, proponía básicamente cambios en lo político-electoral ("Sufragio efectivo, no reelección"); en cambio, el Plan de Ayala representaba la lucha campesina que se enfrentaba a la irrupción del capitalismo en el campo, la expansión de las haciendas y la mecanización de los ingenios; y correspondía a los intereses de la gran masa de campesinos sin tierra. (J. F. Leal, 1975).

³ *Ibid.*

Después de cuatro años de guerra civil, se logró derrotar al ejército profesional representante de la oligarquía. Por otra parte, a pesar de la envergadura del movimiento popular campesino, ni éste ni la clase obrera, que aún contaba con poca experiencia organizativa, tuvieron la suficiente capacidad de dirección política para capitalizar el proceso y acceder al poder. Es éste un momento en que se expresan las contradicciones entre las distintas fuerzas revolucionarias y sus intereses antagónicos, produciendo un vacío de poder, sin que una u otra clase o fracción fuera capaz de imponer un proyecto para dirigir la sociedad.

En las circunstancias anteriores surgen los sectores más radicales de la pequeña burguesía urbana, quienes orientan el proceso conformando una burocracia político militar capaz de plantear las nuevas relaciones de Estado, dentro de un marco capitalista; sin embargo, se ven obligados a incorporar las grandes reivindicaciones de las clases populares para conservar el poder.

Así, la constitución de corte presidencialista, surgida en 1917 de la coalición Carranza-Obregón, establece los lineamientos legales del Estado capitalista mexicano, plasmada en un texto democrático-liberal, que al mismo tiempo de reconocer la igualdad ciudadana, el derecho a la propiedad privada, la soberanía popular expresada en el derecho de elegir sus representantes, reconoce también la existencia de las luchas de clase antagónicas, donde el Estado, particularmente el presidente de la República, aparece como el árbitro supremo encargado de la conciliación de los distintos intereses de clase, a través de los poderes otorgados para emitir decretos e iniciar leyes sobre las relaciones laborales y de propiedad.

La década siguiente a la promulgación de la constitución de 1917 está caracterizada por una acentuada inestabilidad política, con continuas sucesiones de caudillos revolucionarios y el inicio del proceso organizativo de las clases sociales. Sólo a partir de 1928 se inicia un periodo de transición en la vida institucional con ampliación de las facultades del poder ejecutivo, expedición de la Ley Federal del Trabajo, del Código Agrario y la formación de un partido de Estado (Partido Nacional Revolucionario); creándose, de esta manera, las bases para la posterior consolidación del Estado capitalista moderno en México (Eibenschutz, 1981).

La salud pública

A pesar que esta etapa de la vida mexicana se caracterizó por una prolongada inestabilidad política, con procesos de lucha, desorden, flujos migratorios y vacío de poder, ya desde 1915 se comienzan a plantear una serie de iniciativas enmarcadas en la necesidad del control sanitario, en momentos que debido a la propia situación del desorden nacional, aparecieron numerosas epidemias (tifo, viruela

y fiebre amarilla) que amenazaron con diezmar la población económica y militarmente activa del país.

Este periodo se caracterizó por un predominio de la política sanitaria por sobre la atención médica. Las principales medidas se dieron en la lógica de la "Policía Médica" y estuvieron inicialmente bajo la responsabilidad de la Secretaría de Gobernación, aplicándose principalmente en las áreas urbanas, fronterizas y puertos (Eibenschutz, 1981). En 1915 se crea la Policía Sanitaria Especial para combatir el tifo;⁴ en 1916-1917 se plantea la necesidad de darle al Consejo Nacional de Salubridad atribuciones mayores que las de una secretaría, lo que deriva en la creación del Departamento de Salubridad Pública como organismo autónomo y ejecutivo y que se asume "... como una institución que paternalmente vigile la pública salubridad. Para conseguir este objetivo, la higiene exige que el individuo se someta a una disciplina en bien de la colectividad..." (extraído de las bases doctrinarias del Departamento de Salubridad).

Durante el primer gobierno de Álvaro Obregón (1920-24), el Instituto Bacteriológico Nacional se transformó en el Instituto de Higiene; se impulsó el saneamiento antimalárico, la campaña contra la fiebre amarilla y la desratización de los puertos y ciudades fronterizas, varias de estas actividades bajo el auspicio de la Fundación Rockefeller. La participación de esta fundación en actividades sanitarias se hizo cada vez más importante a partir de 1922, estimulando, entre otras, la creación de la Escuela de Salubridad en 1925 (que más tarde se transformaría en la Escuela Nacional de Salud Pública); en 1928, la creación de las unidades sanitarias cooperativas portuarias y en 1930 los Servicios de Higiene Rural, con características descentralizadas.⁵

En 1916 el Dr. José Ma. Rodríguez, presidente del Consejo Nacional de Salubridad, declara que la "independencia económica es la base de la higiene pública", señalando además la necesidad de un cambio social que anule la pobreza.⁶ Si bien este tipo de voces no fueron predominantes en los planteamientos de salud del nuevo Estado, se debe destacar que dentro de las necesidades de conciliación de intereses de clase, la Constitución de 1917 reconoce el derecho a la salud física y mental de los individuos y a los servicios de seguridad social.⁷ En esta misma tónica, es una época en que se forman algunas instituciones de beneficencia; así se crea el primer

⁴ *Ibid.*

⁵ *Ibid.*, pp. 116-117.

⁶ *Ibid.*, p. 115.

⁷ Guillermo Soberón, J. Kumate y J. Laguna (compiladores), *La salud en México: testimonios 1988. Desarrollo institucional: IMSS, ISSSTE*, tomo III, vol. I, México, Fondo de Cultura Económica, 1988, p. 15.

dispensario antituberculoso en 1922, se organiza la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, antecesora del actual Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y la Beneficencia Pública del Distrito Federal.⁸

Periodo cardenista (1934-1940)

El gobierno del general Lázaro Cárdenas significa el fin del periodo de inestabilidad resultante de la guerra revolucionaria y también el triunfo de la fracción más comprometida con campesinos y obreros en el país, frente a la fracción del ex-presidente Calles, que pretendía mantener un compromiso con la oligarquía y reprimir los levantamientos populares.

Cárdenas, comprometido en un proyecto de desarrollo capitalista nacional (y no socialista, como equivocadamente a veces se le interpreta), se dio a la tarea de establecer las bases sociales de dicho proyecto a través de un acuerdo con la pequeña y mediana burguesía, con el proletariado y con los sectores más organizados del campesinado, en función de reducir al máximo las posibilidades de inestabilidad social, lo que permitiría el desarrollo de un rápido proceso de industrialización nacional (Ianni, 1977).

Este periodo presidencial aprovecha en el terreno económico la oportunidad de la “depresión económica” en los Estados Unidos e inicia dicha industrialización en el llamado proceso de sustitución de importaciones.

La consolidación del moderno Estado capitalista mexicano se observa claramente durante el gobierno de Cárdenas, que permaneció sólo con pequeñas variaciones hasta comienzos de la década de los ochenta. Esto se refiere a la capacidad de corporativización del grueso de las masas populares por el Estado al partido oficial, lo que permitió el desarrollo del modelo capitalista sin grandes conflictos sociales; durante este periodo se crean las grandes centrales obreras (CTM), campesinas (CNC) y de organizaciones populares (CNOP), aún en la actualidad incorporadas al partido de gobierno (PRI).

Es un periodo de gran inversión de recursos en gasto social, lo que implicó un gran endeudamiento externo, cuya forma de resolución fue la nacionalización del petróleo en 1938.

Durante este sexenio se dio un fuerte impulso al campo a través de la puesta en marcha de la Reforma Agraria planteada desde la Revolución, apoyo al desarrollo

⁸COPLAMAR, *op. cit.*, p. 118.

ejidal, impulso a la organización campesina e incorporación de múltiples políticas sociales en las áreas del saneamiento, atención médica, abastecimiento y estímulos a la producción.⁹

Cárdenas consideró a los campesinos uno de sus más importantes aliados (Córdova, 1974) y el desarrollo agrario, económicamente estratégico para el proceso de industrialización urbana; lo que permitió la estabilidad política y el crecimiento económico en los años posteriores.¹⁰

El gran desarrollo industrial se expresó en la creación de 7 000 nuevas empresas de la industria de la transformación y en la promoción de grandes obras públicas, lo que implicó importantes utilidades para la industria privada (Eibenschutz, 1981).

Cárdenas comprendió bien que la inversión pública en pro de un mejoramiento de las condiciones de vida de la clase obrera y campesina, no sólo era un asunto de conciliación de clases, sino también una forma de estimular y ampliar el mercado interno de consumo. Por otra parte, la reforma agraria eliminó casi definitivamente a los terratenientes, que se mostraban como un gran estorbo al proceso de industrialización nacional, e incorporó el apoyo de los campesinos desposeídos al nuevo Estado, sin abandonar el modelo capitalista. De hecho, hacia fines del sexenio cardenista, casi habían desaparecido las insurrecciones campesinas.

Otro hecho directamente relacionado con el proceso de sustitución de importaciones iniciado en este sexenio, es el desplazamiento de la lucha popular desde el campesinado al sector obrero, que había crecido en número y organización. Hacia fines del periodo cardenista, producto del endeudamiento externo y posterior nacionalización petrolera, en momentos de aún precarias condiciones económicas, se desató una inflación que condujo a una pérdida del apoyo popular al general Cárdenas; al mismo tiempo que se producía un cierto bloqueo a sus propuestas y un viraje político hacia la derecha; esto se expresa, entre otras cosas, en una postergación de la creación de un sistema de seguridad social para el sexenio siguiente.¹¹

Institucionalización de la política sanitaria

En concordancia con el compromiso político frente a las masas de campesinos y

⁹ Héctor Hernández, "Introducción", en: Héctor Hernández (comp.), *La atención médica rural en México, 1930-1980*, colección "Salud y Seguridad Social", México, IMSS, 1984, pp. 15-16.

¹⁰ *Ibid.*, p. 16.

¹¹ COPLAMAR, *op. cit.*, p. 118.

obreros que acompañaban a Cárdenas, se desarrollaron múltiples acciones médicas y de prevención dirigidas a estos grupos sociales. La dirección de esta tendencia se puede comprender, de acuerdo a las necesidades políticas y económicas de ese momento, en tres ejes explicativos (Eibenschutz, 1981):

- Recuperación y reproducción de la fuerza de trabajo.
- Consolidación del bloque histórico.
- Desarrollo del sector agrario en apoyo al crecimiento industrial.

Es necesario destacar que un importante obstáculo al que se enfrentó Cárdenas en su proyecto de industrialización, fue el de escasez de mano de obra en un país que salía de una guerra civil, con un crecimiento poblacional por debajo de 2 por ciento al año, una población total en 1933, de aproximadamente 17 millones y una mortalidad general para el mismo año por sobre los 25 por 1 000 habitantes.¹²

Entre las principales acciones de salud realizadas en la época cardenista destacan:

- Creación de la Secretaría de Asistencia Pública en diciembre de 1937, que marca el paso de la beneficencia a la asistencia. Esto implicó la obligatoria y directa participación del Estado en las acciones sociales, no sólo médicas, tendientes a la reproducción e incorporación social de los campesinos y de las fracciones del proletariado urbano sin inserción laboral formal (Hernández, 1982).
- Apoyo al Laboratorio de Industria Farmacéutica Nacional.¹³
- Creación en 1936 de los servicios de higiene industrial.¹⁴
- Medidas de apoyo para la lucha contra la tuberculosis, mediante la creación de hospitales y unidades antituberculosas, un timbre antituberculoso y otras medidas (Eibenschutz, 1981).
- Lucha contra enfermedades transmisibles como lepra, sífilis, paludismo y otras.¹⁵
- Creación, en 1937, de la Comisión Nacional de la Habitación, dependiente del Departamento de Salubridad.¹⁶
- Introducción de los servicios médicos rurales.

¹² Miguel Bustamante, "La Coordinación de los Servicios Sanitarios Federales y Locales como Factor de Progreso Higiénico en México", en Héctor Hernández, (comp.), *op. cit.*, p. 45.

¹³ COPLAMAR, *op. cit.*, p. 118.

¹⁴ *Ibid.*, p. 117.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Ibid.*

La reforma agraria, la consolidación de la organización campesina y la extensión de los servicios médicos al campo, constituyeron pilares fundamentales en la política rural de Cárdenas; de hecho, a pesar que los campesinos habían constituido la principal fuerza militar durante la revolución, sus demandas habían quedado rezagadas en el periodo inmediatamente posterior; en salud, tampoco había existido, hasta ese momento, alguna política específica para dicho grupo.

Las siguientes son las principales actividades en materia de salud, realizadas durante el sexenio en el ámbito rural:

- Creación de los Servicios Médicos Ejidales, iniciados en 1936 por el Departamento de Salubridad Pública, que más tarde constituirían los Servicios Médicos Rurales Cooperativos. El financiamiento de dichos servicios era bipartito, con participación del gobierno federal y de los ejidatarios, los que canalizaban sus aportes a través de las entidades bancarias estatales que les aportaban créditos; políticamente había una gran participación de los grupos campesinos a través de estos servicios.
El financiamiento para la creación de dichos servicios partió principalmente del gobierno federal, el cual otorgó en los años 1936-37 más del 85 por ciento del presupuesto total, correspondientes al 5 por ciento y 8 por ciento del presupuesto total de Salubridad para los respectivos años, lo que permitió construir una gran cantidad de centros de salud en el medio rural. Estas cifras históricas no se volvieron a repetir en los posteriores gobiernos.¹⁷
- Creación del Instituto Politécnico Nacional en respuesta a la no colaboración de la Universidad Nacional Autónoma de México con los proyectos estatales, tanto en lo productivo como en lo social. Dentro de este instituto se inaugura la Escuela de Medicina Rural, en 1938. Durante este gobierno, se crea también una Escuela de Enfermería Rural, en el mismo establecimiento (Pineda, 1975).
- Posterior a la creación de la carrera de médico rural, se reglamenta en 1940 el servicio social por 1 año, que aun en la actualidad deben realizar los egresados de medicina de todo el país como pre-requisito para recibir el título, de preferencia en localidades rurales; garantizando de esta forma la atención médica de los campesinos (Pineda, 1975).
- Creación de los Servicios Médicos Coordinados en 1934, que a partir de los

¹⁷ Héctor Hernández, "Introducción", en Héctor Hernández (comp.), *op. cit.*, pp. 23-24.

problemas de salud más importantes detectados a esa fecha, principalmente en el medio rural, plantea la necesidad de integrar los esfuerzos federales, estatales y municipales, con una centralización de la administración (Bustamante, 1934).

Durante Cárdenas se ejerció el presupuesto federal más alto conocido en la historia mexicana para salubridad y asistencia social. De corresponder en 1933 a un 3 por ciento del presupuesto, pasó a fines del periodo (1940) a un 6.4 por ciento; aun por sobre lo contemplado en el plan sexenal.¹⁸

En resumen, la institucionalización sanitaria de la época cardenista es el resultado de la consolidación de un Estado capitalista con fuerte apoyo de masas, donde este Estado consigue aparecer como representante de todos, por encima de las clases y los conflictos. Además, para fortalecerse como Estado, asume un proceso centralizador de la actividad sanitaria.

Periodo de estabilidad política (1940-1982)

El modelo corporativista que ha logrado mantener el partido de Estado por 60 años en el poder, realizando elecciones cada 6 años, cambiando sólo al presidente pero manteniendo el PRI; y que recién, a partir de las últimas elecciones presidenciales (1988), comienza a resquebrajarse, ha permitido el avance capitalista en México en un ambiente de estabilidad política y crecimiento económico hasta la década de los setenta, aun en momentos de profunda inestabilidad y crisis en el resto del continente.

En términos económicos se pueden distinguir dos subperiodos: el primero desde 1940 hasta mediados de los setenta, caracterizado por un crecimiento económico sostenido y un aumento del parque industrial de consumo interno, bajo un régimen de proteccionismo estatal. El segundo se refiere al momento inmediatamente posterior, en que la economía mexicana hace crisis, se estanca la capacidad de acumulación de capitales de la industria nacional y, por otro lado, México no cuenta con un desarrollo que le permita una inserción en los mercados internacionales. A partir de los setenta, el pacto social sólo fue posible mantenerlo gracias al aumento momentáneo del precio internacional del petróleo (conocido como "Boom Petrolero") y a un considerable endeudamiento externo.

¹⁸ COPLAMAR, *op. cit.*, p. 118.

Institucionalización de la Política Sanitaria

El marco político-económico de la época y la cercanía con Estados Unidos, define una política sanitaria caracterizada por un desarrollo de multiplicidad de instituciones que incorporan la “cientificidad” imperialista de acuerdo a tres modelos básicos:

- Asistencia social.
- Seguridad social.
- Atención privada.

Además de analizar estos modelos, se dedicará un espacio especial a la asistencia al campesinado por su importancia y peculiaridades en el contexto mexicano.

Asistencia Social

El proceso de industrialización y crecimiento que caracterizó al periodo, provocó la existencia de una sociedad pluriclasista, con importantes desigualdades y marginación social de los sectores menos organizados; en este marco se institucionalizan las acciones de asistencia social mexicana. Un paso importante en la consolidación de la política sanitaria del periodo, fue la formación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) en 1943, producto de la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública con el Departamento de Salubridad (Hernández, 1982).

El mismo año se realiza el primer Congreso de Asistencia, donde se deja de manifiesto la prioridad estatal de expandir los servicios de asistencia, principalmente los de atención médica; para lo cual se plantea la necesidad de aumentar los escasos recursos hospitalarios existentes, poniéndose en marcha un Plan Nacional de Hospitales, que estimuló fuertemente a la industria de la construcción. Este plan, que contemplaba la construcción de hospitales en toda la República, incluyendo zonas rurales, dejó muchas obras inconclusas o nunca iniciadas (Hernández, 1982), concretándose principalmente las de los grandes centros urbanos.

En el Distrito Federal, durante las décadas de los cuarenta y cincuenta, se construyeron tres institutos nacionales (Cardiología, Neurología y Neurocirugía y el de Enfermedades Respiratorias), el Hospital Infantil de México y el Hospital de Enfermedades de la Nutrición (que más tarde se llamaría Instituto Nacional de Nutrición). En la década de los setenta, coincidiendo con el periodo del “boom del petróleo”, se inauguran otros tres institutos nacionales (Pediatria, Perinatología y

Psiquiatría). Estos hospitales e institutos, con infraestructura de alta complejidad, fueron creados como centros de referencia nacional, para la atención de tercer nivel de la población asignada a la SSA; además han cumplido funciones de docencia e investigación en reemplazo de los hospitales universitarios, inexistentes en el país (salvo el de la Universidad Autónoma de Puebla).¹⁹

Los Servicios Médicos de Policía, creados en 1909 como puestos de socorro para atención de lesionados por accidentes y violencias en la ciudad de México, se transforman en 1935 en los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, para atención de urgencias de diferentes tipos; a partir de 1943, con la inauguración de su primer hospital (Rubén Leñero), se inicia un periodo de 20 años de extensión de su red hospitalaria por toda la ciudad, principalmente para la atención materno-infantil y urgencias; incorporando también una red de puestos médicos en reclusorios y lugares públicos.²⁰ Otras acciones de asistencia social realizadas por este Departamento son: otorgamiento de asesoría jurídica, albergues infantiles y para ancianos y casas de protección social.²¹

En la década de los sesenta se funda el INFONAVIT y el FONACOT, para la respectiva promoción de la vivienda popular y los créditos de consumos de muebles y enseres domésticos entre los trabajadores de bajos ingresos, con tasas de interés preferencial.

Los años sesenta, particularmente en el primer quinquenio, bajo el gobierno de Adolfo López Mateos, fue un periodo de gran inversión en obras públicas, incorporándose servicios de urbanización, agua entubada, alumbrado y mercados estatales en múltiples colonias populares.²² En 1961 se crea el Instituto Nacional de Atención a la Infancia (INPI) como organismo público descentralizado, cuya principal función fue el otorgamiento de desayunos escolares; posteriormente, en 1975 se cambia su nombre por el de Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia, como una forma de ampliar sus funciones, incorporando actividades de promoción de desarrollo comunitario. En 1968 se había creado el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN), como un complemento del INPI, por lo que en 1977 se decide la fusión de ambas instituciones, creándose el Sistema Nacional

¹⁹ Guillermo Soberón, J. Kumate y J. Laguna (compiladores), *La salud en México: Testimonios 1988. Desarrollo institucional: Institutos Nacionales de Salud*, tomo III, vol. 3, México, Fondo de Cultura Económica, 1988, pp. 11-18.

²⁰ Guillermo Soberón, J. Kumate y J. Laguna (compiladores), *La salud en México: Testimonios 1988. Desarrollo institucional: otras instituciones de la Administración Pública Federal*, tomo III, vol. 4, México, Fondo de Cultura Económica, 1988, pp. 17-24.

²¹ Guillermo Soberón, J. Kumate y J. Laguna (compiladores), *La salud en México: Testimonios 1988. Desarrollo institucional: asistencia social*, tomo III, vol. 2, México, Fondo de Cultura Económica, 1988, p. 30.

²² *Ibid.*

para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), existente en la actualidad. El DIF cumple funciones de asistencia social a la población marginada urbana y rural, contando con una extensa red nacional de guarderías infantiles, albergues, casas de menores, centros de integración juvenil, centros de rehabilitación de minusválidos, centros comunitarios y algunos servicios médicos y dentales; cuenta además con programas de asistencia jurídica, asistencia alimentaria, educación y de promoción cultural.²³ La dirección del DIF es competencia de la esposa del presidente de la República y, a nivel estatal, de las esposas de los gobernadores.

En 1979, periodo inmediatamente posterior al "Boom del Petróleo", se crea el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), cuya función es otorgar a las personas mayores de 60 años, asistencia económica, tarjetas de descuentos, asesoría jurídica, médica, educativa, recreativa y de capacitación; realizando también investigación sobre la senectud.²⁴

Seguridad social

El sistema de seguridad social mexicano está constituido básicamente por dos instituciones: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que entre ambas tienen como derechohabientes aproximadamente al 54 por ciento de la población del país.²⁵

Si bien existen otros sistemas de seguridad para grupos específicos de trabajadores (Ejército, Marina Nacional, trabajadores del Sistema de Transporte Colectivo, etcétera), éstos no se incluirán en el análisis por ser de menor importancia; aunque sí se le dedicarán algunas líneas a los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX) por la modalidad de su organización y por la importancia estratégica de esta empresa.

El sistema de seguridad se presenta como obligatorio para todo trabajador formal, y en el caso del IMSS está basado en una modalidad de financiamiento tripartito (patrón, Estado, trabajador); en cambio, el ISSSTE es bipartito (Estado-trabajador). Estos sistemas están organizados en función de sus objetivos básicos a cubrir: atención médica del trabajador y su familia, atención a indemnización en caso de accidente laboral o enfermedad profesional, seguros por cesantía, enfermedad,

²³ *Ibid.*, pp. 30 y 55-78.

²⁴ *Ibid.*, pp. 30 y 121-131.

²⁵ G. Soberón, J. Kumate y J. Laguna (compiladores), tomo III, vol. I, *op. cit.*, pp. 15 y 225.

invalidez o maternidad, otorgamiento de jubilaciones y pensiones; sin embargo, durante sus primeros 30 años de existencia, incorporaron otras formas de asistencia social al trabajador: sistemas de tiendas para protección al salario, servicios funerarios, servicios turísticos y centros de recreación, entre otros.

A continuación se hará un análisis por separado de las instituciones de seguridad social:

a) *IMSS*. Si bien ya desde 1935 Cárdenas venía proponiendo la necesidad de establecer un sistema de seguro social obligatorio para los trabajadores mexicanos, basado en lo establecido en el artículo 123 de la Constitución de 1917, su creación quedó propuesta hasta 1943.²⁶

La ley inicial se orientó en tres vertientes:

- Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Seguros de enfermedades no profesionales y maternidad.
- Seguros de invalidez, vejez, cesantía y muerte.

Esta ley definió también los riesgos y prestaciones a cubrir para cada rama de aseguramiento y se fijaron los beneficios en dinero y especies (incluyendo atención médica) que se otorgarían; señalándose además los derechohabientes de dichos beneficios.²⁷ Una importante conquista de los trabajadores fue que muy rápidamente se incorporó a sus familiares directos como beneficiarios (Hernández, 1982).

La ley sufrió modificaciones entre 1943 y 1973 en función de la redefinición de los trabajadores incorporables al sistema, particularmente en relación a los trabajadores y pequeños propietarios del campo. También, en las décadas de los setenta y ochenta, en torno a la "definición de solidaridad social", se incorporaron otros grupos, como sectores del proletariado urbano y campesino sin inserción laboral formal, a través de *IMSS-COPLAMAR*, y los estudiantes. Ambos grupos sólo tienen acceso a atención médica.

La creación del *IMSS* en 1943 marca un importante hito en la historia de la consolidación del Estado mexicano y su carácter corporativo, dado que ésta es una de las muchas instituciones de carácter tripartita en el país, que sólo reconoce a la Central de Trabajadores de México (*CTM*) como representante de todos los

²⁶ *Ibid.*, p. 15.

²⁷ *Ibid.*, pp. 15-16.

trabajadores. Es por ello que la nueva institución tuvo que enfrentarse a la resistencia de algunos grandes sindicatos (electricistas, textiles, mineros, ferrocarrileros y otros) que se oponían al carácter corporativista de la representación obrera en el Seguro. También hubo protestas por parte de algunas compañías privadas de seguros y de escasas agrupaciones de médicos que vieron amenazados sus intereses; dichas resistencias fueron decreciendo en el primer año de existencia del IMSS (Hernández, 1982).

El IMSS surge como una necesidad económica, debido a la alta mortalidad general e infantil y las altas tasas de accidentabilidad y enfermedades profesionales de la época, lo que en definitiva se transformaba en un obstáculo para el proyecto industrializador del Estado.

A diferencia de otros modelos de seguridad social de América Latina, el IMSS se desarrolla con gran velocidad, construyendo y adaptando su propia infraestructura, sin solicitar servicios subrogados ni a la SSA, ni al sector privado.

En el periodo 1950-1970, concentra la tecnología más avanzada, los mejores especialistas, los mejores hospitales y brinda atención médica de excelente calidad; ni siquiera el sector privado podía competir con esta institución. A partir de esta situación se genera el seguro facultativo, mediante el pago voluntario de cuotas, lo que fue aprovechado por los empresarios para garantizar la atención adecuada de ellos y sus familiares.

En sus primeros 20 años de existencia, se construyeron los grandes hospitales del Seguro, el Centro Médico La Raza (1958), el Centro Médico Nacional (comprado a la SSA en 1961) y los grandes Centros Médicos Regionales.²⁸ Además de las excelentes instalaciones médicas en todo el país, el IMSS cuenta con multitud de centros vacacionales, centros deportivos, tiendas, guarderías, centros de capacitación para trabajadores y sus familiares, entre otros servicios.

La importancia y magnitud de la institución se refleja en que para 1980, el IMSS absorbía el 73 por ciento del gasto en salud del país para la atención del 45 por ciento de la población; concentrando también el 70 por ciento de los recursos humanos profesionales (médicos y enfermeras), los que trabajan en horario de 8 horas diarias, recibiendo sueldos elevados para el contexto nacional.²⁹ Todavía en 1985, en la ciudad de México, el IMSS concentraba el 60.2 por ciento de las camas hospitalarias de tercer nivel.³⁰

²⁸ G. Soberón, J. Kumate y J. Laguna (compiladores), tomo III, vol. 2, *op. cit.*, p. 29.

²⁹ Sergio Vásquez, y cols., "Notas Sobre la Estructura y Evolución del Presupuesto Programático ejercido por las Instituciones que Conforman el Sector Salud. 1980 y 1987", *Revista Salud-Problema*, núm. 15, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, otoño, 1988.

³⁰ Secretaría de Salud, Subsecretaría de Planeación, "Programa de Reconstrucción y Reordenamiento de los Servicios de Salud", México, Anonim. 7, 1986, p. 124.

Esta institución representa, según declaraciones de su director en 1988, el mejor instrumento de paz social para el gobierno mexicano; al mismo tiempo que garantiza la mantención y reproducción de la fuerza del trabajo del sector industrial y se transforma en una entidad de gran poder político.

b) ISSSTE. Esta institución se crea en 1960, durante una época de crecimiento del aparato estatal, de la capacidad de presión social de la burocracia y del gasto público; su formación parte del desarrollo independiente de los servicios médicos de las diferentes secretarías, particularmente la de Educación Pública (SEP), que sirvió de infraestructura inicial.

Desde un comienzo parte con todas las características y servicios de seguridad, y al muy poco tiempo de su fundación contaba con programas y red propia de centros de atención médica en casi todo el país; por lo que rápidamente abandonó el sistema de subrogación de servicios; incluso en el primer año de funcionamiento, se compra un hospital privado en construcción en el Distrito Federal y se readecua como centro de referencia nacional de tercer nivel en especialidades y subespecialidades, al que se le denominó Hospital 20 de Noviembre;³¹ sin embargo, el nivel tecnológico alcanzado estuvo por debajo del IMSS.

Al igual que el IMSS, cuenta con sus propias instalaciones y servicios de asistencia social no médica (tiendas, turismo, funerarias, etcétera), pero más pequeño que en el Seguro.

El financiamiento resultante se planteó desde sus comienzos en 75 por ciento aportado por el Estado a partir de un cálculo del 6 por ciento del sueldo del trabajador, y un 25 por ciento aportado por éste, calculándose una erogación del 2 por ciento de su sueldo.³²

El grupo de derechohabientes organizados más importante del ISSSTE, está constituido por los profesores de la educación primaria y secundaria del Estado, pertenecientes al Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE), que agrupa a unos 500 mil afiliados aproximadamente.

c) Servicios Médicos de Pemex. Iniciados antes de la nacionalización del petróleo en 1938, como puestos de socorros, se transforman en servicios médicos más completos a partir de este hecho; pero su gran crecimiento es posterior a la instauración del IMSS en 1943, cuando el sindicato de trabajadores del petróleo se

³¹ G. Soberón, J. Kumate y J. Laguna (compiladores), tomo III, vol. 1, *op. cit.*, pp. 255-256.

³² *Ibid.*, p. 257.

opone a la incorporación de sus miembros a la nueva entidad; desde entonces se desarrolla como un verdadero servicio de seguridad social, otorgando atención médica en los tres niveles, a los trabajadores y familiares, en sus propias instalaciones; otorgamiento de pensiones; seguros por enfermedad y maternidad; jubilaciones e indemnizaciones por accidentes y enfermedades profesionales, además de muchos otros beneficios. Los trabajadores no aportan al financiamiento de este sistema de seguridad social, el cual recae sobre la empresa Pemex, considerada del área estratégica de la economía nacional.³³⁻³⁴

Atención médica privada

La medicina privada en México durante este periodo se desarrolló básicamente en torno a la atención de primer y segundo nivel (médicos generales en pequeños consultorios y hospitales de pocas camas, para atención de baja complejidad). A modo de ejemplo de la gran proliferación de pequeños hospitales que hubo en todo el territorio, se tiene que en 1985, de un total de 1 938 unidades hospitalarias de la seguridad social y medicina privada registradas en las 32 entidades federativas, 1 360 de ellas (70.2 por ciento) pertenecían al área privada; sin embargo, al hacer el análisis por camas censadas de las mismas unidades, de un total de 39 126 camas, sólo 3 712 (9.5 por ciento) eran privadas, lo que da un promedio de 2.7 camas por unidad hospitalaria privada.³⁵ Sólo en la década de los ochenta se han comenzado a desarrollar algunos grandes hospitales de tercer nivel en la ciudad de México.

Asistencia médica y social al campesinado

Como continuación de la reforma agraria puesta en marcha con Cárdenas, se mantuvo el programa de atención médica denominado Servicios Médicos Rurales Cooperativos, dependiente de la SSA. Sin embargo, estos servicios fueron más bien restringidos hacia los grupos de ejidatarios con mayor productividad; por otra parte, la calidad de los servicios y el grado de participación comunitaria quedó sujeta a la capacitación contributiva de los usuarios. Finalmente en 1964 desapa-

³³ G. Soberón, J. Kumate y J. Laguna (compiladores), tomo III, vol. 4, *op. cit.*, pp. 119-132.

³⁴ Contrato Colectivo de Trabajo celebrado entre el Sindicato Revolucionario de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana y Petróleos Mexicanos, cláusulas varias, 1987.

³⁵ Guillermo Soberón, y cols., "Los Hospitales de Segundo Nivel en el Modelo de Atención para la Salud de la Población Abierta", *Revista Salud Pública de México*, México, vol. 31, núm. 3, mayo-junio, cuadros 8-10, pp. 356-359.

recieron estos servicios como programa independiente, quedando incorporados a los esquemas generales de atención de la SSA.³⁶

Los gobiernos de la época ensayaron diversas formas para la solución de la asistencia social agraria, entre las cuales estuvieron algunos programas sanitarios-asistenciales puntuales; entre otros, se planteó el adiestramiento de auxiliares locales a modo de promotoras de salud, que también cumplían labores de proselitismo político y programas de “médicos comunitarios” contratados por la SSA.³⁷

Simultáneamente se iniciaron programas de riego, de abastecimiento popular, precios de garantía por sus productos, de educación, de vivienda, agua entubada y tendido eléctrico. Dos elementos caracterizaron dichos programas: por un lado, se realizaron utilizando mano de obra campesina desempleada o subempleada, a cambio de lo cual se les proporcionaba raciones alimentarias provenientes del Programa Mundial de Alimentos (Fujigaki, 1966); la segunda característica se refiere a que la distribución geográfica de esta asistencia estuvo determinada por la capacidad productiva o el nivel de conflicto político de la región (Hernández, 1984).

En 1954 se incorpora a los trabajadores del campo asalariados, temporales o ejidatarios de tres estados del norte del país (Baja California, Sonora y Sinaloa) al régimen de seguridad social; se trata justamente de zonas de producción agrícola-ganadera industrializada y de alta productividad.

Sólo hasta 1960 se hace extensivo el seguro social a trabajadores agrícolas del resto del país. La modalidad de pago y el tipo de servicios otorgados varió dependiendo del tipo de trabajador. A los asalariados y temporales se les aplicó la modalidad de financiamiento tripartito; pero los temporales han tenido derecho sólo a subsidios por accidentes de trabajo y a atención médica para ellos y sus familias. Los ejidatarios y pequeños propietarios fueron incorporados por un sistema de financiamiento bipartito, llamado esquema modificado, el cual restringe en forma importante las prestaciones.

Es importante destacar que el grueso de los trabajadores agrícolas son contratados para labores temporales; por lo demás no existe ningún control para su incorporación al régimen de seguridad social obligatoria; aún así, en la década de los sesenta y setenta hubo un importante incremento relativo de los asegurados rurales, con la incorporación de los trabajadores de la caña de azúcar, y en los años

³⁶Héctor Hernández, “Introducción”, en Héctor Hernández (comp.), *op. cit.*, pp. 22 y 25-26.

³⁷*Ibid.*, pp. 26-28.

setenta de grupos de productores específicos de diversas regiones del país; pero la mayor parte de estos campesinos y sus familias sólo han tenido derecho a atención médica.³⁸

La fuerza política que representó el campesinado para el “Estado Revolucionario”, explica la enorme variedad y modificaciones que han sufrido sus modelos de atención médica, bajo una orientación claramente clientelista.

En 1973 la nueva Ley de Seguros Sociales incorpora el concepto de “solidaridad social”, lo que faculta al IMSS a dar atención médica a la población marginada, rural, urbana y suburbana “...en el sentido de dar un mínimo de protección a aquellos grupos que hasta hoy han permanecido al margen del desarrollo nacional, y que debido a su propia condición no tienen capacidad para incorporarse a los sistemas de aseguramiento ya existentes”; lo cual es, en el fondo, un reconocimiento de la incapacidad del IMSS Esquema Modificado y de la SSA, para cubrir las necesidades de atención de los campesinos.

Paralelamente, en 1979 se crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas y Grupos Marginados (COPLAMAR) dependiente del Ejecutivo Federal, que establece un convenio de atención médica rural con el IMSS (programa conocido como IMSS-COPLAMAR), a través del cual se comienza a hacer efectivo lo propuesto en la ley de 1973. En 1983, la responsabilidad del programa es entregada totalmente al IMSS.³⁹

Como resumen del periodo, se puede decir que se establecieron una multiplicidad de instituciones, con duplicación de funciones y recursos. La atención médica se realizó principalmente con acciones de tercer nivel, en un modelo centralizado, cientificista-hospitalario, urbano y con acentuado reforzamiento de la seguridad social, sin desarrollo importante de la atención primaria. Los presupuestos inestables y decrecientes con que contó la SSA, se tradujeron en la no conclusión de múltiples proyectos y obras, escasez de equipamiento y personal insuficiente y mal pagado (Hernández, 1982), con salarios más bajos que en los institutos de seguridad social. La asistencia social y médica rural se mantuvo bajo diferentes programas, lo que sirvió para el reforzamiento de la SSA; aunque no se logró suficiente cobertura ni soluciones globales. La extensión del IMSS al campo se realizó básicamente a través de atención médica, por lo que no hubo una real incorporación de los campesinos a la seguridad social, con todos los derechos que ésta implica; aun así, los programas de atención médica del IMSS en el medio rural

³⁸IMSS, “Extensión de la Seguridad Social en el Medio Rural”, en H. Hernández (comp.), *op. cit.*, pp. 347-350 y 369-375.

³⁹G. Soberón, J. Kumate y J. Laguna (comp.), tomo III, vol. 1, *op. cit.*, pp. 226-227.

se han utilizado como “extensión de la seguridad social al campo” en el discurso oficial.

Transformación neoliberal del Estado (1982-1990)

Las elecciones presidenciales de 1982 significan el triunfo de la fracción financiera dentro del bloque dominante, y se inicia en el país un proceso denominado “modernización” de la sociedad, en el ámbito de la crisis económica y de la deuda externa.

A nivel económico, se agudiza la crisis, de la que se había salvado el país gracias al *boom* petrolero de la década anterior, se obedecen los dictados del Fondo Monetario Internacional, se inicia un proceso de pago de la deuda externa que afecta profundamente el gasto federal, llegando a dedicar para ello el 60 por ciento del presupuesto; el precio internacional del petróleo cae significativamente; se devalúa la moneda nacional y se inicia el proceso de “saneamiento” de la economía con el recorte brutal del gasto social (Valenzuela, 1986; Rivera, 1986). Se acelera la transnacionalización de la economía, se abre la entrada comercial a los países centrales con el acuerdo del GATT; para 1987 la pérdida de la capacidad adquisitiva del salario es del 60 por ciento; disminuye la participación del salario en el producto; aumenta el desempleo y el subempleo, se entra en un acelerado proceso de concentración de la riqueza y los nombres de 32 grandes empresarios se repiten en el 41 por ciento de las empresas adscritas a la Bolsa de Valores (N. Fernández, 1989).

A nivel político e ideológico, los cambios son muy importantes; aparece en el discurso nacional y en la vida política del país el sector privado y sus diferentes organizaciones, hasta entonces ausentes del discurso y del “foro” político en forma abierta, al mismo tiempo que desaparece el discurso revolucionario característico del PRI en las épocas anteriores. La actividad legislativa es intensa, se modifican muchas leyes, con base en propuestas presidenciales, el sector privado aparece en la constitución con el mismo peso que el sector social (modificación del artículo 25 constitucional), se modifica la Ley de Salud y otras.

La alianza de clases surgida desde el cardenismo, basada en el corporativismo, que constituía hasta entonces la base social del PRI, empieza a resquebrajarse al mismo tiempo que aumentan las movilizaciones y el descontento social. El sismo de septiembre de 1985 tiene, además de la tragedia humana, un impacto político importante: el surgimiento de la solidaridad civil y ciudadana y el descrédito gubernamental.

Con el modelo neoliberal se profundiza la contradicción entre el corporativismo y los pobres, que pierden su calidad ciudadana; como señala M. Rascón, "...el status de ciudadanía —para los liberales— tiene que ver con el nivel de ingreso, los pobres no cuentan..."⁴⁰

Los partidos de izquierda en México crecen en forma importante durante este sexenio (82-88), pero no son capaces de conducir el gran número de manifestaciones de descontento popular, ni el gran número de huelgas desarticuladas entre sí; sin embargo, la fuerza y el control del corporativismo se ven afectados, la CTM no logra controlar el descontento de los obreros y es agredida desde el gobierno en un intento de modernizar al corporativismo.

El hecho político más importante de este periodo, es la ruptura al interior del partido de Estado, el PRI, y la organización de la Corriente Democrática en su interior, encabezada por Cuauhtémoc Cárdenas. El 16 de octubre de 1987 el dirigente de esta corriente (C. Cárdenas) que exigía ser registrado entre los precandidatos para elegir en forma abierta, y eliminar el "tapadismo", el presunto precandidato del PRI a la presidencia, es expulsado del partido y se inicia la lucha electoral más importante de los últimos 40 años, encabezada por Cárdenas, que termina con la unificación de todas las fuerzas de izquierda en el llamado Frente Democrático Nacional (FDN). Las elecciones de julio 1988 manifiestan con toda claridad la crisis de hegemonía del PRI, no se reconoce el triunfo del Frente para la elección presidencial y el país asiste al fraude electoral más cínico y descarado de su historia. Este hecho representa un reto para el presidente electo con fraude, y una necesidad de modificación de la política social del nuevo gobierno.

El proyecto sanitario del neoliberalismo mexicano

A partir de 1982 el neoliberalismo mexicano se expresa por la necesidad de "adelgazar el Estado obeso", ya que es "ineficiente"; se inicia el proceso de privatización de la industria paraestatal, al que se le denomina "desincorporación", se propone la descentralización de la vida nacional, la modernización de toda la sociedad, la "democratización" de la misma como resultado del retiro de la participación directa del Estado en la economía.

La consecuencia directa y contradictoria en la Política Sanitaria se expresa en la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) en 1983, la aprobación de la Ley

⁴⁰ Marcos Rascón, "Gestión Urbana, "Estado y Ciudadanía", periódico *La Jornada*, 5 de septiembre de 1989. Citado en: Nuria Fernández, "México de los Ochenta. (Los Orígenes del 6 de Julio)", ponencia al Seminario Internacional "La Modernización de México", México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, noviembre, 1979.

General de Salud en 1984, y la modificación del artículo iv constitucional, donde aparece la protección a la salud como un derecho constitucional y la obligación del Estado a definir sus modalidades. Esta redacción refleja el contradictorio discurso político en México, la expresión del derecho a la salud es más general y completa que la de "derecho a la protección de la salud", y la responsabilidad del Estado queda diluida bajo la redacción de "responsabilidad para definir las modalidades"; esta situación que se hace aparecer como más justa e igualitaria, se traduce en la realidad en una importante restricción a este derecho.

En el mismo sentido aparece por primera vez en la Ley General de Salud, la definición del Sector Salud constituido por los sectores público, social y privado. Si bien el sector privado en los servicios de salud existió siempre, no aparecía con la misma importancia y legitimidad, como en esta nueva ley.

Este proceso fue llamado Reforma Sanitaria, aun cuando se realizó sin ninguna participación social y fue implantado desde el gobierno central del país (Soberón y Valdés, 1986).

La creación del SNS es una necesidad frente al mosaico de instituciones de Salud, con diferentes modelos, financiamiento, salarios, organización, que hasta entonces reflejaba la estructura clasista de la sociedad y la respuesta clientelista del Estado frente al corporativismo, los sectores marginados, los actores políticos, los grupos económicos, etcétera; que cumplían con las necesidades económicas y políticas del Estado revolucionario e interventor.

Esta situación terminó generando una gran ineficiencia, superposición de servicios, falta de cobertura, centros de poder político, que se consideran poco funcionales con el nuevo Estado moderno, que se propone el saneamiento de la economía y la descentralización de la vida nacional.

Rápidamente se pone de manifiesto la contradicción entre el proyecto del SNS y la transformación neoliberal del Estado, que prioriza la reducción del gasto fiscal, el pago de la deuda externa, la atención a los intereses del capital financiero y la transnacionalización de la economía; así termina por bloquear la consolidación de este proyecto de salud (Eibenschutz y López, 1989).

Las estrategias explícitas para la consolidación del SNS son: sectorización, descentralización, modernización administrativa, coordinación intersectorial y participación comunitaria (O. Valdés, 1984 y Soberón, 1988).

Es interesante señalar que estas estrategias encubren las siguientes realidades: incorporación del sector privado mediante la concertación, privatización progresiva de la Atención Médica y la Seguridad Social, aumento en la inequidad, transferencia de costos a la población y a las entidades federativas, incapacidad política y administrativa de la mayoría de los gobiernos regionales para asumir

esta descentralización, la reinterpretación de la prevención en salud, hacia un modelo culpabilizador del enfermo y la brutal disminución del gasto público en el sector salud, elementos que caracterizan la realidad político sanitaria del país.

Desde el punto de vista del financiamiento, el SNS respeta la diversidad de fuentes de financiamiento y la infraestructura de cada una de las instituciones que lo integran. El IMSS mantiene un financiamiento tripartito, pero disminuye la participación estatal al 5 por ciento del presupuesto, los trabajadores contribuyen con el 25 por ciento y los empresarios con el 70 por ciento, incluidos los riesgos de trabajo; la Secretaría de Salud (antes Secretaría de Salubridad y Asistencia) sigue con financiamiento federal y los Sistemas Estatales de Salud con transferencias federales y aumento progresivo del financiamiento estatal. Esta situación se constituye en una de las más importantes limitaciones para su integración y consolidación.

La descentralización impuesta desde el centro avanza únicamente para los servicios de la Secretaría de Salud, dirigidos a la llamada población abierta (antes marginada); se descentralizan únicamente en 14 de los 32 estados de la Federación. Las instituciones de seguridad social permanecen centralizadas e inician un lento proceso de desconcentración. Los grandes Institutos Nacionales pasan a ser instituciones paraestatales, con participación de la iniciativa privada y se crea el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), con un importante apoyo político del secretario de Salud (G. Soberón) y apoyo financiero federal e internacional y con una orientación fuertemente tecnocrática al estilo norteamericano.

El resultado del gobierno de Miguel de la Madrid ha sido estudiado desde varias perspectivas, entre ellas las de la Política Sanitaria (Eibenschutz y cols., 1990; López A., 1990; Blanco, 1990), y es posible sostener que termina con una gran crisis en el sector salud, que se puede resumir de la siguiente manera: polarización epidemiológica, aumento de la inequidad de los servicios, disminución en su calidad, insuficiente cobertura, insatisfacción e inconformidad de los trabajadores de la salud, aumento en las denuncias de la población respecto a los costos y calidad de la atención médica, movilización importante de los jubilados y pensionados, aumento significativo de los servicios médicos privados y participación creciente de los seguros médicos privados.

En este periodo (82-88) disminuye de 2.2 a 1.6 por ciento la participación del gasto público destinado a salud y seguridad social, como proporción del PIB. Desciende la participación del gasto en salud de 4.3 a 3 por ciento del gasto público, y disminuye el gasto en salud per cápita de 275 a 186 pesos mexicanos⁴¹ (Eibenschutz y cols., 1990).

⁴¹ Cálculos hechos en pesos mexicanos deflactados a 1970, con base en los datos del Banco de México y de la Secretaría de Programación y Presupuesto.

No es exagerado afirmar que la implantación de este modelo neoliberal en la salud contribuyó, de alguna manera, a la crisis política que se manifestó en el fraude electoral de 1988 y la consecuente reorganización política de la sociedad mexicana.

Modificaciones recientes de la Política Social Neoliberal

La crisis política y electoral, la renegociación de la deuda, la crisis del Golfo Pérsico y la gran movilización social, obligaron y permitieron al gobierno de Salinas de Gortari (1988 a la fecha) introducir algunos cambios en la política general del país y en especial en la política sanitaria.

Durante los dos años del régimen salinista se ha frenado el proceso de descentralización del SNS, ha habido un aumento del presupuesto en salud, dirigido principalmente al ISSSTE (Eibenschutz, López y Córdova, 1990); pero que no ha superado la inflación reconocida por el Banco de México, sin embargo se ha detenido la brusca caída del gasto social en salud, ha aumentado la cobertura del IMSS, no con base en el aumento de las fuentes de trabajo, como lo sostiene el discurso oficial, sino más bien con base en la inclusión de sectores de trabajadores que antes no eran cubiertos por la seguridad social; la consolidación del SNS no ha avanzado significativamente.

Se ha intentado una reforma democrática del Estado, se mantiene el fraude electoral, pero se han abierto espacios democráticos como una necesidad de legitimación política del gobierno, tanto frente a la población, como frente al gobierno de los Estados Unidos, para avanzar en el proceso del Acuerdo de Libre Comercio y de la constitución del Mercado Común con Estados Unidos y Canadá.

La política social se institucionaliza en el programa llamado PRONASOL (Programa Nacional de Solidaridad), que depende directamente del presidente, asistido por la coordinación intersectorial y orientado a la "lucha contra la pobreza", elemento básico del discurso oficial. En los hechos, el PRONASOL se ha constituido en el principal instrumento de legitimación y garantía de la paz social, utilizado por el partido de Estado (PRI) con fines de clientelismo político. Las acciones de salud dentro del programa son básicas e importantes para las zonas conflictivas y marginadas de la población mexicana, y han terminado por sustituir en los hechos la política estatal de la Secretaría de Salud.

Se puede afirmar que en estos dos años de gestión, el SNS ha avanzado únicamente en el sentido de la progresiva privatización de varios sectores: desaparición del Sistema Consolidado de compras de medicamentos, equipos e instrumentos para el sector público y social, aumento del número de camas del sector privado,

aumento en el número de servicios subrogados al sector privado (limpieza y atención médica), aumento en los llamados “mecanismos novedosos de financiamiento de los servicios”, que en realidad se restringen a seguros médicos privados y pago de cuotas de recuperación crecientes.

Todo lo anterior se inscribe dentro de la política social de carácter asistencial del modelo neoliberal latinoamericano.

La apuesta a la solución de los conflictos y las brutales carencias de la mayoría de la sociedad mexicana, se basa en el momento actual en los programas de PRONASOL.

Resumen y conclusiones

- La Política Sanitaria en México pasa a ser clara responsabilidad del Estado desde la Reforma de 1867, que separa la Iglesia del Estado y desaparecen las organizaciones filantrópicas y religiosas para la salud.
- El proceso de institucionalización sanitaria en México se caracteriza desde un comienzo como una tarea nacida de la iniciativa estatal, lo que se refuerza por el rol político y económico asumido por el “Estado Revolucionario”, como una forma de anticiparse a la necesidad de conciliación de clases. De hecho, prácticamente no existe en México una historia de lucha política por la salud, ni un desarrollo del mutualismo.
- La Revolución de 1910, donde las masas asaltan el escenario, genera diversos modelos de Atención a la Salud que durante el gobierno cardenista permiten extender la cobertura con centros de salud para la población campesina, favoreciendo la participación popular, al mismo tiempo que se desarrollan las instituciones públicas de atención médica, centradas en el modelo hospitalario y biologicista.
- La industrialización del país, su gran crecimiento y estabilidad económica, basada en el modelo corporativo y presidencialista, condicionan una política sanitaria de corte populista que se institucionaliza en una multitud de sistemas sanitarios de origen diverso, que garantizan el clientelismo político, el desarrollo económico, el discurso revolucionario y la construcción de una hegemonía basada en las relaciones del partido de Estado, con los diversos grupos de la sociedad.
- Esta variedad de instituciones de salud y seguridad social permiten al Estado responder eficientemente a las luchas reivindicativas de los grupos subalternos, generando más instituciones y nuevos programas de coordina-

- ción, ampliando, modificando y diversificando su infraestructura, sin llegar nunca a garantizar la equidad ni la total cobertura de la población.
- La crisis de los ochenta y el modelo neoliberal de respuesta propuesto por el Estado, crea el Sistema Nacional de Salud, como un intento de reordenamiento económico y político que hasta la fecha no ha avanzado de manera significativa, excepto en los rubros de descentralización parcial y de privatización importante pero no explícita.
 - La participación del Estado en la Salud ha sido fundamental en el caso de México. El análisis a partir de la perspectiva estatal se demuestra como el adecuado para esta realidad a lo largo de este trabajo. Aun la multiplicidad de instituciones que se generan hasta 1982, se originan en los proyectos gubernamentales de los diferentes periodos históricos, que se refuerzan con la existencia del partido de Estado y lo refuerzan a su vez.
 - La política sanitaria se ha venido desarrollando entre los conflictos de la centralización y la descentralización en varios periodos históricos. El corporativismo y la seguridad social han favorecido la centralización; la política asistencial del neoliberalismo ha favorecido la descentralización, estableciendo así una de las nuevas contradicciones en el interior del Estado mexicano (González Block, 1990).

Bibliografía

- Álvarez A., José y cols., "Servicios médicos rurales cooperativos en la historia de la salubridad y de la asistencia en México", en Héctor Hernández (compilador), *La atención médica rural en México, 1930-1980*, México, IMSS, Colección Salud y Seguridad, 1984.
- Bustamante, Miguel, "La coordinación de los servicios sanitarios federales y locales como factor de progreso higiénico en México", en Héctor Hernández (compilador), *La atención médica rural en México, 1930-1980*, México, IMSS, Colección Salud y Seguridad, 1984.
- COPLAMAR: *Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000*, núm. 4, México, Siglo XXI Editores, 2a. edición, 1983.
- Blanco Gil, José y O. López A., "De la transición epidemiológica a la epidemiología de la crisis", en *La política sanitaria mexicana en la década de los ochenta*, México, Colectivo CES, Ed. Fin de Siglo, 1990 (en prensa).
- Córdova, Arnaldo, *La política de masas del cardenismo*, México, Ediciones Era, 1984.

- Eibenschutz, Catalina, "Hegemonía y salud", *Revista Mexicana de Ciencias Políticas*, año 27, núm. 106, México, octubre-diciembre, 1981.
- Eibenschutz, Catalina, O. López y G. Córdova, "La política de salud del salinismo. Propuesta del Partido de la Revolución Democrática de México", *Revista Salud y Cambio*, año 2, núm. 2, Chile, GICAMS, otoño-invierno, 1990.
- Eibenschutz, Catalina, O. López y G. Córdova, "La política sanitaria de los ochenta", en *La política sanitaria mexicana en la década de los ochenta*, México, Colectivo CES, Ed. Fin de Siglo, 1990 (en prensa).
- Eibenschutz, Catalina, O. López y A. Benigno, "Política de salud en México. La década perdida de los ochenta", *Revista Argumentos*, México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 1990 (en prensa).
- Eibenschutz, Catalina y O. López, "La política sanitaria en el marco de la transformación del Estado mexicano", ponencia presentada en el VI Congreso Mundial de Medicina Social, Tenerife, Islas Canarias, septiembre, 1989.
- Fernández, Nuria, "México en los ochenta. (Los orígenes del 6 de julio)", ponencia al Seminario Internacional: "La modernización de México", México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, noviembre, 1989.
- Fukigaki, Augusto, "Los programas de bienestar rural en México", *Revista Salud Pública de México*, época V, vol. VIII, núm. 1, México, enero-febrero, 1966.
- Garrido, Luis Javier, "El Partido de la Revolución Institucionalizada. La formación del nuevo Estado en México (1928-1945)", México, Coedición SEP y Siglo XXI Editores, 1986.
- González Block, Miguel Angel, "Génesis y articulación de los principios rectores de la salud pública de México", *Revista Salud Pública de México*, vol. 32, núm. 3, México, mayo-junio, 1990.
- González Block, Miguel Angel y cols., "Health Services Decentralization in Mexico: Formulation, Implementation and Results of Policy", *Health Policy and Planning*, 4 (4), 1989.
- Hernández, Héctor, "Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México. 1935-1980", en *Vida y muerte del mexicano*, tomo II, México, Folios Ediciones, 1982.
- Hernández, Héctor, "Introducción", en Héctor Hernández (comp.), *La atención médica rural en México. 1930-1980*, Colección Salud y Seguridad Social, México, IMSS, 1984.
- Huacuja, Mario y José Woldenberg, *Estado y lucha política en el México actual*, México, Ediciones El Caballito, 1979.

- Ianni, Octavio, *El Estado capitalista en la época de Cárdenas*, México, Ed. Era, 1977.
- IMSS, "Extensión de la seguridad social en el medio rural", en Héctor Hernández (comp.), *La atención médica rural en México. 1930-1980*, Colección Salud y Seguridad, México, IMSS, 1984.
- Leal, Juan Felipe, *México: Estado, burocracia y sindicatos*, México, Ediciones El Caballito, 1975.
- López A., Oliva, "La política de salud en México (1982-1988). Una visión crítica", tesis para optar al grado de maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, junio de 1990.
- Moreno, Enrique y cols., *Sociología histórica de las instituciones de salud*, México, IMSS, Colección Salud y Seguridad, 1982.
- Pineda, Cuauhtémoc, "Los programas de salud rural en México", *Revista Salud Pública de México*, vol. xvii, núm. 3, México, mayo-junio, 1975.
- Soberón, Guillermo y cols., "Los hospitales de segundo nivel en el modelo de atención para la salud de la población abierta", *Revista Salud Pública de México*, vol. 31, núm. 3, México, mayo-junio, 1989.
- Soberón, Guillermo, J. Kumate y J. Laguna (compiladores), *La salud en México: testimonios 1988. Desarrollo institucional: IMSS, ISSSTE*, tomo III, vol. 1, México, Fondo de Cultura Económica, 1988.
- Soberón, Guillermo, J. Kumate y J. Laguna (compiladores), *La salud en México: testimonios 1988. Desarrollo institucional: asistencia social*, tomo III, vol. 2, México, Fondo de Cultura Económica, 1988.
- Soberón, Guillermo, J. Kumate y J. Laguna (compiladores), *La salud en México: testimonios 1988. Desarrollo institucional: Institutos Nacionales de Salud*, tomo III, vol. 3, pp. 11-18, México, Fondo de Cultura Económica, 1988.
- Soberón, Guillermo, J. Kumate y J. Laguna (compiladores), *La salud en México: testimonios 1988. Desarrollo institucional: otras instituciones de la Administración Pública Federal*, tomo III, vol. 4, México, Fondo de Cultura Económica, México, 1988.
- Soberón, Guillermo y C. Valdez, "El Sistema Nacional de Salud en México. Orígenes, definiciones y avances", informe de México, 1982-1986, a la Conferencia Santiaria Panamericana, julio de 1986, México, Secretaría de Salud, 1986.
- Valdéz, Cuauhtémoc y cols., "Sistema Nacional de Salud. Avances y perspectivas", *Cuadernos de la SSA*, núm. 7, México, junio de 1984.
- Vásquez, Sergio y cols., "Notas sobre la estructura y evolución del presupuesto programático ejercido por las instituciones de conforman el sector salud.

1980 y 1987", Revista *Salud-Problema*, núm. 15, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México, otoño, 1988.

Documentos

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Planeación, "Programa de Reconstrucción y Reordenamiento de los Servicios de Salud", México, 1986.

Contrato Colectivo de Trabajo, celebrado entre el Sindicato Revolucionario de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana y Petróleos Mexicanos, cláusulas varias, 1987.