

Alternancia y política de salud en México

*Carolina Tetelboin
José Arturo Granados
Norma Tournier
Philip Tavernier*

Introducción

PARA EL AÑO 2000, MÉXICO HABÍA INAUGURADO un proceso de “alternancia” en el poder sin precedentes. Ese año, el Partido Revolucionario Institucional (PRI) fue desplazado del Gobierno Federal por una alianza de derecha comandada por el Partido de Acción Nacional (PAN). Antes, en 1997, el Partido de la Revolución Democrática (PRD) había hecho lo propio en el Gobierno del Distrito Federal. A la luz de estos cambios, este trabajo analiza los efectos que la emergencia del PAN en el gobierno federal está produciendo sobre la política de salud, entendida ésta como un ámbito de la política social, habida cuenta que las políticas públicas de cada gobierno suponen representaciones y orientaciones particulares acerca de la función estatal en salud. Se trata de mostrar las continuidades o rupturas respecto de la política de salud precedente en las últimas décadas, particularmente, en los dos últimos gobiernos previos, en cuyos contextos se dieron profundos cambios en salud sin que se culminara el proyecto esbozado a grandes rasgos.

Para el caso del Gobierno Federal, le ha correspondido al PRI¹ encabezar, tanto en el Poder Ejecutivo como en el Legislativo, las más recientes reorientaciones al régimen de bienestar social que no modernizan, sino substituyen, paulatinamente, el modelo desarrollado desde el gobierno cardenista en los años treinta.

¹ Específicamente desde los ochenta, particularmente desde los gobiernos de Carlos Salinas de Gortari y Ernesto Zedillo.

El presente artículo, por lo tanto, da cuenta de las orientaciones que en materia de salud ha realizado el Gobierno Federal desde la toma de posesión en 2000, hasta los primeros dos años de desarrollo. Para tal efecto, se realizó una revisión bibliográfica de los documentos oficiales y otra hemerográfica de las principales notas y trabajos académicos publicados por medios de comunicación impresos. A través de esta revisión, se identificaron los objetivos que se planteaban como fines de la política sanitaria, así como las estrategias mediante las cuales se pretende resolver los problemas de salud del país. Se realiza además una comparación entre estos elementos y los rasgos generales de la política de salud del gobierno inmediatamente anterior. El propósito es indagar si, en el marco de un régimen político de signo distinto, el Gobierno Federal plantea un proyecto de salud diferente o asume la continuidad del proyecto anterior. En segundo lugar, se discute la noción de derecho a la salud del proyecto actual para explorar algunas perspectivas de sus posibles consecuencias. En síntesis, interesa conocer cuáles son los cambios fundamentales del discurso, la continuidad o discontinuidad, los cambios propuestos y sus fundamentos. Con todo ello, es posible aproximarse a caracterizar la situación del sector y atisbar tendencias en la organicidad y funcionalidad del sistema sanitario.

Antecedentes históricos

En el presente apartado se entrega una visión general —de ninguna manera exhaustiva— sobre las características del proceso de construcción del sistema de salud del país, que permita ubicar los grandes rasgos de este proceso y las instituciones principales constitutivas del sistema de salud mexicano. En México, el PRI permaneció en la presidencia de la República desde el primer tercio del siglo XX hasta el 2000, manteniendo una representación predominante en el Poder Legislativo. Esto facilitó al Ejecutivo la aprobación e instrumentación de sus iniciativas. Las políticas públicas y sociales así emanadas mantuvieron coherencia con las diversas etapas del proyecto desarrollista del Gobierno Federal. No obstante, tal predominio ideológico y político no tuvo un pleno consenso. Diversos analistas y opositores al régimen caracterizaron las intervenciones del Estado en materia de bienestar social como políticas populistas y clientelares en la medida en que su uso era instrumento para la afiliación al partido oficial, condicionaba el voto y legitimaba al gobierno en turno. Más tarde, dichas críticas se habrían de utilizar para justificar las necesidades de cambio en el sentido liberalizador neoliberal. Por otro lado, también se han considerado estas políticas como conquistas de las luchas de los trabajadores.

Durante sus regímenes, el gobierno mexicano fue creando diversas instituciones que daban respuesta a contingencias de diversos órdenes, principalmente de orden estructural, como las generadas por el acelerado proceso de industrialización y sus efectos colaterales.

Inicialmente, en los albores del siglo pasado, la intervención del Estado en salud puede definirse como de “beneficencia”. Posteriormente, se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), en el gobierno de Lázaro Cárdenas, que inicia un cambio en ese sentido, hacia la “asistencia” y la “salubridad”, con una perspectiva nacional centralizadora. Más tarde, México siguió la tendencia mundial de incrementar la participación estatal en salud y desarrollar la producción de servicios médicos gubernamentales, articulándose con el modelo de desarrollo nacional y con la gestión estatal de la fuerza de trabajo. De este modo, la medicina estatal se conformó como modalidad hegemónica entre 1935 y 1945 y la estructura de los servicios médicos llegó a coincidir con la estructura de los sectores de la producción (Hernández Llamas, 1982). La SSA dirigió sus servicios principalmente al proletariado urbano en situación de subempleo o desempleo, asignándole a la política sanitaria no sólo la función de otorgar servicios médicos a los “individuos socialmente débiles” sino hacer de ellos “factores útiles a la colectividad” (Álvarez *et al.*, 1960).

En 1943 se promulga la ley del seguro social con el objetivo fundamental de mantener y recuperar la fuerza de trabajo industrial y crear fondos financieros que sirvieran para incrementar la infraestructura sanitaria y extender la cobertura. Con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se inició un proceso selectivo de protección destinado a ciertas fracciones del proletariado urbano industrial. Por su parte, mediante un decreto, la Dirección de Pensiones Civiles se transforma en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (Hernández Llamas, 1982). Es posible interpretar que la política social se perfilaba como el instrumento mediante el cual el Estado mexicano fortalecía su legitimidad contribuyendo, al mismo tiempo, a la reproducción del modelo de desarrollo vigente, ya que promovía la acumulación de capital mediante la reproducción de la fuerza de trabajo.

A inicios de la década de los setenta, se agudiza la crisis del sector agrícola con lo que se incrementan las demandas de atención médica por parte de la población rural. Al mismo tiempo, el Estado se encuentra incapacitado para extender la cobertura a través de la SSA y crea un programa desde la seguridad social pero fuera de su régimen ordinario, el Programa de Solidaridad Social, como una instancia para integrar a nuevos grupos de la población al aseguramiento. La designación específica de la población susceptible de estos servi-

cios fue prácticamente una atribución exclusiva del Poder Ejecutivo Federal, mientras que la administración del Programa se le asignó al IMSS. Entre 1978 y 1979 se determinó que las unidades médicas del Plan de Solidaridad Social se sumarían a la infraestructura de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR); tiempo después el programa cambia de denominación a Programa IMSS-Solidaridad (Hernández Llamas, 1982).

Así, desde el cardenismo se optó por la industria de la transformación y, aunque en sus inicios se tuvo la intención de industrializar también la producción agrícola, lo cierto es que predominó el desarrollo de los procesos secundarios y terciarios en manos de inversionistas privados fundamentalmente nacionales. Esta acelerada industrialización trajo consigo la conformación de una clase obrera que requería y demandaba seguridad social ante lo cual el Estado medió en la concertación entre trabajadores y patrones, con la creación de una institución de seguridad social (el IMSS). La desvalorización del trabajo agrícola, la migración de la fuerza de trabajo a las zonas urbanas de México para incorporarse a la manufactura y la incapacidad de la planta productiva para absorber dicha mano de obra fueron procesos que se adicionaron al rezago que en materia de atención médica venía teniendo el Estado en el interior del país. Estos hechos generaron zonas suburbanas con altos índices de desempleo y empleo informal, compuestas por una población que requirió servicios médicos, lo cual llevó a los gobiernos a expandir los servicios a población abierta (SSA) a partir de los años setenta. Estos procesos nos hablan del papel que la medicina estatal ha jugado ya no sólo en la reproducción de la fuerza de trabajo activa sino también en la potencial en el ejército industrial de reserva.

Podemos concluir hasta aquí, entonces, que los procesos que determinaron una intervención del Estado en materia de salud y seguridad social derivaron en la conformación de dos subsectores de asistencia médica y seguridad social, que en sus respectivas coberturas expresan la estructura social. La estratificación social no sólo refleja la inserción de los individuos en el aparato productivo y en el acceso al sistema de salud, sino también la desigualdad social ante la salud, la enfermedad y la muerte. Tiene su paralelo en la distribución diferencial (geográfica y socioeconómica) de los servicios médicos que, en última instancia, conforman un ejercicio desigual del derecho a la salud que se establece constitucionalmente durante este periodo.

No obstante esta primera distinción, el sistema entraña una mayor complejidad vinculada con la estructura interna de cada subsector. Así, el de seguridad social está conformado por los ya mencionados IMSS, ISSSTE y otras instituciones de menor tamaño como Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de

la Defensa Nacional (SEDENA), además del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), así como algunos sistemas estatales de seguridad social, entre otros. Todo ello conformó, a través del tiempo, un complejo sistema de seguridad social en atención a las diversas necesidades derivadas del aparato político, combinadas con las demandas de los trabajadores, mediadas por sindicatos generalmente vinculados al PRI que, en conjunto, estructuraron sistemas paralelos con identidades particulares y beneficios diferenciales para sus trabajadores, sistemas que, en el futuro, se convertirán en un tema central de la política.

A su vez, el sector de asistencia incluye a la SSA, al Programa IMSS-Solidaridad y otras instituciones que por su cobertura tienen menor importancia. Cabe resaltar que en torno a estas instituciones públicas se desarrolla una importante industria privada de atención médica y de insumos para la salud que abastece tanto al sector público como al privado, lo que ha significado una fuerte influencia en las características institucionales, reflejadas, por ejemplo, en la creación de grandes hospitales que también se convertirán, con el tiempo, en materia de crítica de la sustentabilidad del sistema de salud.

Este modelo de atención pública y de seguridad social inicia, en los ochenta, cambios caracterizados por la búsqueda de una mayor coordinación y racionalización intersectorial, y una descentralización de los servicios a la población abierta (los ofrecidos por la SSA y el Programa IMSS-Solidaridad) que, sin embargo, se trunca en su desarrollo alcanzando sólo los estados con mayores recursos. En los noventa, en el marco de políticas de corte neoliberal, las “reformas en salud” sólo constituyen una idea clara en términos de los objetivos pero no de su implementación. Se orientan a completar la descentralización de la Secretaría de Salud, en un proceso criticado por no ser participativo, reducir el monto total destinado a salud, disminuir la capacidad de resolución, generalizar el pago directo de la población subsidiaria de la acción pública de salud, congelar prácticamente los salarios, entre otros aspectos generadores de inequidades regionales y locales. Con respecto a la Seguridad Social, el primer empeño se orientó, en la última de las acciones de control priista del congreso, a privatizar la administración de los fondos de pensiones en 1994,² con lo que se puso en cuestión el principio de solidaridad del régimen de protección de los trabajadores; a desestimular el uso de los servicios de seguridad social, otorgando seguros privados financiados por las instituciones públicas; y a debilitar el financiamiento de las instituciones de seguridad social, adicional a la disminución de los empleos formales o la evasión. De ahí

² La creación previa del SAR, en 1992, marcó un cambio en la concepción de los fondos, transformándolos de universales a individuales.

en adelante, se continúa la búsqueda de alternativas orientadas a separar el financiamiento de la provisión de los servicios públicos y sociales; desarrollar las competencias de nuevos proveedores privados que puedan optar por recursos públicos y sociales; incrementar la contribución de las familias al pago de la atención de la salud; y fortalecer una interpretación de los eventos sociales de la salud basados en la autorresponsabilidad (el enfoque de riesgo y los estilos de vida).

Fundamentos teóricos para el análisis

Una vez que hemos establecido, a grandes rasgos, la configuración sociohistórica del sistema sanitario mexicano, es necesario hacer explícitos los fundamentos teóricos en que basamos nuestro análisis. El principal fundamento es la definición conceptual de lo que entendemos por política social y de salud y, enseguida, clarificar los principios que dan sustento a una forma particular de concebir éstas bajo nociones de universalidad, solidaridad y equidad, que las distinguen de otros regímenes de política sanitaria con otros objetivos, los cuales corresponden a una política social particularista que convierte a la seguridad social en seguridad individual. También haremos referencia a algunos elementos instrumentales de la política de salud, básicamente con relación a las formas de financiamiento.

La política social es el espacio en que tiene lugar la definición de necesidades y satisfactores de una sociedad particular en un periodo histórico determinado; pero, al mismo tiempo, es una arena donde se confrontan concepciones e intereses contradictorios acerca de la forma en que deben resolverse las necesidades de la sociedad así definidas. La política social no sólo se restringe a su constitución en un contexto específico sino que incluye también su instrumentación (Tetelboin, 1997). Por lo tanto, consideramos que para el análisis de las transformaciones recientes no podemos abstraer ni el sistema de salud, ni las medidas sanitarias del contexto en que ocurren; además, se tienen que identificar sus determinaciones económicas, políticas e ideológicas, ya que de éstas se desprenden los principios que sustentan las modalidades de financiamiento y prestación de servicios que dan cuerpo a la estructura misma del sistema de salud.

Para explicar los principios de orden político que sustentaron la política de salud y seguridad social en el régimen de bienestar es necesario remitirnos a la función que ha tenido la práctica médica en el capitalismo, es decir, la reproducción de la fuerza de trabajo. De ahí que la política social en México tuvo el fomento del empleo como eje articulador del modelo de

desarrollo. Mediante la gradual incorporación de la fuerza de trabajo al empleo formal se buscó financiar y extender la cobertura de los beneficios sociales.

Los principios ético-políticos que guiaron la formulación de la política de salud y seguridad social se plantearon como objetivos la universalidad y la equidad; la consecución de tales objetivos suponía como necesarios el ejercicio del poder público, la colectivización de los riesgos a la salud y la solidaridad social. La consolidación de la intervención del Estado siguió los modelos de seguridad social de gobiernos socialdemócratas europeos, inspirados especialmente en el alemán que posibilitó la superación de la posguerra y reencauzó a ese país al crecimiento económico. En América Latina se produjo una versión incompleta en la ejecución de estos principios, pues cada uno de nuestros países los adoptó con características diversas aunque siempre con la visibilidad de su ampliación y extensión de los derechos en el futuro.

En estos modelos de bienestar social, la universalidad se entiende mediante su relación con la ciudadanía, concepto pilar de los Estados modernos que refiere que todo individuo, por el simple hecho de serlo, debe estar representado en el Estado mediante la satisfacción del interés común. Esta idea general y abstracta tiene su expresión concreta en el hecho de que todos los ciudadanos tienen los mismos derechos, que todos los individuos deben tener acceso a todos los bienes sociales administrados por el Estado. En materia de salud, los denominados Estados de bienestar reconocen que las diferencias sociales generan riesgos a la seguridad que no pueden ser enfrentados por el individuo aislado. En consecuencia, si el Estado es la entidad social que da carácter orgánico a una sociedad y tiene entre sus funciones la de proveer seguridad, tales riesgos y sus costos deben ser socializados, compartidos por la colectividad en virtud de que amenazan el interés común del desarrollo y del bienestar social. Para ello se estableció la obligatoriedad para el capital de asumirse como corresponsable de los distintos eventos producto del desgaste de la fuerza de trabajo y el retiro.

En materia de salud, lo anterior tiene ciertas implicaciones: primero, que los riesgos a la salud tienen un componente causal implícito en la forma de organización social; esto se refiere, en otras palabras, a los “efectos nocivos del capitalismo”; segundo, que en la generación de tales riesgos están implicadas las clases sociales y que para enfrentarlos debe establecerse una corresponsabilidad capaz de generar una previsión; y, tercero, lo anterior se traduce en la constitución de fondos económicos solidarios que financian las contingencias previstas. La socialización de los riesgos y la respuesta solidaria institucionalizada se relacionan también con el concepto de equidad que, en tér-

minos simples, significa que, ante una necesidad igual, los ciudadanos requieren y tienen derecho a un servicio igual.

El financiamiento de la seguridad social expresa muy claramente este proceso de colectivización de los riesgos: se conforman fondos públicos con aportaciones de los ciudadanos basadas en el salario; los trabajadores aportan un porcentaje del pago de su fuerza de trabajo; patrones y gobiernos también realizan un aporte fijado por el salario de cada trabajador; con estos fondos se financian los servicios médicos (seguro de enfermedad) y se cubren otros riesgos como el de maternidad, vejez, invalidez, cesantía y muerte (pago de pensiones, incapacidades, enfermedades, accidentes de trabajo y estancias infantiles). Los trabajadores retirados ejercen su seguro de vejez al recibir su pensión, mientras que los trabajadores activos siguen aportando al fondo para recibir lo propio en un proceso al que se ha denominado solidaridad intergeneracional.

Como las aportaciones de los trabajadores se realizan con un porcentaje del salario y como el acceso a los servicios médicos se establece por la necesidad y no por el ingreso, podemos asegurar que la seguridad social resulta además un medio aceptable para la redistribución del ingreso, en contra de la concentración del mismo, estableciéndose una suerte de solidaridad de los sectores con mayores ingresos hacia los de menores ingresos.

Mediante estos principios, el Estado mexicano desarrolló una política social y de salud con la cual el conflicto producido por la contradicción entre el capital y el trabajo está mediado por esta relación y amparado en el contrato colectivo de trabajo. Por un lado, no sólo no trastoca el modo de producción, basado en la acumulación de capital, sino que además contribuye a ésta; y, por otro lado, da respuesta, siempre parcial, a las principales demandas de la población. Este tipo de régimen de política social permitió la constitución de uno de los sistemas de salud y seguridad social más importantes de América Latina que, posteriormente, vio obstaculizadas sus aspiraciones de universalidad por la gradual disminución del empleo y de la contribución del Estado en el gasto social, y por el uso de los recursos de las pensiones para la construcción de la infraestructura (lo cual disminuyó su capacidad de resolución), hechos que se reflejaron en la merma de la calidad de los servicios y la insatisfacción de los usuarios. Resulta importante recordar lo anterior en virtud de que, en la actualidad, se alude a la heterogeneidad institucional del sistema de salud (también llamada fragmentación), a la baja calidad y al descontento de los usuarios como los principales problemas del sistema (Frenk y Londoño, 1997; PEF, 1994:11; PEF, 2001), derivando de esto una serie de estrategias reformadoras y dejando de lado la discusión sobre las causas estructurales de tales condiciones.

Encuentros y coincidencias. Alternancia democrática: ¿alternancia en salud?

Desde 1982, la política pública mexicana adoptó los rasgos más sobresalientes del denominado modelo neoliberal (Vilas, 1996), la búsqueda de control de la inflación mediante la reducción del gasto público y la contención salarial. Estos objetivos redefinen drásticamente la política social y, en términos de salud, se plantea un proceso de reforma que se formaliza y explicita en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, durante el gobierno de Ernesto Zedillo. Tal programa justificaba las serias transformaciones de la política de salud con un diagnóstico que aducía, como principales problemáticas, la baja calidad y eficiencia, la segmentación y falta de coordinación, el centralismo y la cobertura insuficiente (PEF, 1994:11-14). Se ha comentado ya que éstos son apenas los efectos más evidentes de las denominadas “presiones al sistema”. No obstante, sobre éstas es que se plantean los ejes rectores de la reforma, los cuales se traducen en lineamientos básicos como: incrementar la calidad mediante la elección de los usuarios; ampliar la cobertura incorporando a la seguridad social los sectores no incluidos en el trabajo formal pero con ingresos suficientes para cotizar;³ descentralizar;⁴ fomentar la participación municipal; extender la cobertura a través de un paquete básico⁵ como medio para superar la pobreza. Finalmente, esto desembocaría en una nueva organización del sistema donde se tiene prevista la plena rectoría de la SSA, lo cual supone cambios en las otras instituciones. Se originaría con ello un subsector de seguridad social para la población con posibilidad de pago⁶ y otro subsector que, en tanto se dirige a la población pobre, permanecería bajo la tutela de los servicios ya descentralizados con un paquete básico. En este subsector no se descarta la posibilidad de que hubiera prestadores privados que pudieran ofrecer el paquete básico, dado que la población de enfoque sería definida por su incapacidad para el prepago que implicaría el régimen ya generalizado de la seguridad social homogeneizada.

³ En tal sentido se formuló la figura del seguro de salud para la familia. Aquí se planteó también una “mayor interacción con el mercado de seguros” (PEF, 1994:16).

⁴ En cuyo rubro se enfatiza la necesidad de “la definición de un conjunto de acciones esenciales de salud” y “la provisión de un grupo de intervenciones mínimas en salud” que “constituye un irreductible”; en este punto se precisa también el nuevo papel que se busca para la SSA y que ya sólo incluiría “normar y coordinar al sector” (PEF, 1994:17).

⁵ Que se refiere precisamente al Paquete Básico de Servicios y donde se adopta el término de servicios esenciales postulado por vez primera por el Banco Mundial (BM, 1993:53-72).

⁶ En donde sí operaría el principio de elección del usuario y se integrarían todas las instituciones de seguridad social actuales, lo cual prácticamente implicaría la desaparición del IMSS y del ISSSTE, propiamente dichos.

Esta reforma tuvo ya avances significativos. Por una parte, se concluyó la descentralización, no sin problemas en relación con la integración de las instituciones que atienden a la población abierta (IMSS-Solidaridad y SSA), así como con otros problemas de carácter técnico-administrativo y financiero que pusieron en riesgo los alcances de programas sanitarios antes centralizados; y, por otra parte, se privatizaron los fondos de pensiones del IMSS. ¿Cuáles son ahora las propuestas? ¿Reflejan éstas el cambio que se aduce con el cambio de régimen? ¿Hacia dónde va ese cambio? Basándonos en la información oficial que aportan los documentos y pronunciamientos oficiales, y con base en una revisión hemerográfica, analizaremos los principales contenidos y tendencias de la política sanitaria del que se ha dado en llamar, “régimen de la transición democrática”.

Uno de los pronunciamientos del titular del Poder Ejecutivo Federal, Vicente Fox, fue que las tareas de la nueva política social serían: “desterrar la pobreza y la ignorancia, así como crear programas que abran oportunidades e incentiven el esfuerzo individual de cada persona” (*Reforma*, 25/11/2000). Llama la atención este primer giro importante en relación con el énfasis de la individualización; el pronunciamiento supone una resolución individual de los problemas que en realidad tienen su causa no en decisiones individuales o en la carencia de voluntad para resolverlos, sino en el orden de las condiciones materiales de vida en que tiene lugar la vida cotidiana de los sujetos limitados por tales condiciones y que sobreviven a pesar de ellas. Este parece ser el matiz ideológico que se juega en la génesis de la política social actual.

Una segunda cuestión destacable se refiere a las características del Gabinete, compuesto por actores vinculados especialmente al mundo de las empresas y los negocios y pertenecientes a grupos políticos diversos, incluidos el PRI y el PRD, elegidos por “ser los mejores para cada cargo”. De esta manera se da una línea pragmática que busca resolver la pugna de intereses también diversos tratando de ampliar las posibilidades de negociación y consenso. Sin embargo, la estructura de gobierno constituida con los nuevos responsables tiene un elemento aglutinador que es la aspiración de “proyectar” al país en el actual proceso de globalización a través de la modernización que se considera posible mediante la liberalización de las relaciones sociales, lo cual plantea una modificación en la relación de lo público y lo privado que se “carga” hacia este último polo.

En ese contexto, se entiende el nombramiento del Secretario de Salud, Julio Frenk, médico salubrista, quien desde hace dos décadas ha venido realizando las principales recomendaciones de reforma en salud, como parte de un grupo de referencia nacional e internacional (FUNSALUD, 1994) estrechamente vinculado al régimen anterior. A su vez, Santiago Levy es nombrado direc-

tor del IMSS, la principal institución de salud. Levy se desempeñó en el sexenio anterior como el principal asesor en materia económica y de programas contra la pobreza, de claro corte neoliberal; y puede ser considerado como el artífice de la reforma al sistema de pensiones del IMSS. Además, se caracterizó por ser un duro crítico de las políticas denominadas por él como “populistas” y es reconocido por sus propuestas para la eliminación de subsidios generales y por sus asesorías al Banco Mundial, al Banco Interamericano de Desarrollo y a la OCDE. Precisamente en el gobierno de Ernesto Zedillo, desde la subsecretaría de Egresos a cargo de Levy, se dio prioridad a la reducción de la inflación y el déficit fiscal, así como al pago de la deuda externa, hecho que acentuó la subordinación de la política social a la económica (*Reforma*, 24/11/2000).

El posicionamiento de estos dos actores sociales nos expresa la conformación de una estructura ejecutiva idónea para la transformación de un sistema de salud con una oferta de servicios “más liberalizada”, a la cual se venía aspirando. Si bien los principios que guían la reforma en marcha no son lo suficientemente explícitos, éstos pueden identificarse en las declaraciones de los funcionarios y a través del análisis de los documentos oficiales. Aunque es cierto que Frenk ha negado sistemáticamente que las propuestas tengan por objeto la privatización del sistema de salud, y ha aclarado que la propuesta es, más bien, “democratizar” los servicios —lo cual “implica la participación de la sociedad” (*La Jornada*, 01/11/2000)—, debe considerarse que las estrategias que han caracterizado las reformas de salud de las últimas décadas tienen un componente privatizador que va más allá del que se deriva de considerar la pobreza o la salud un asunto de los individuos. Lo anterior se expresa además en otros sentidos, que modifican el histórico carácter público que la salud y la seguridad social habían consolidado anteriormente. A pesar de la identidad ambigua de los actuales formuladores de la política de salud, se están abriendo espacios que permitirían la ulterior aplicación de medidas privatizadoras.

La vertiente que parece manifestarse en el caso de las propuestas que aquí se comentan tiene que ver con el tema del financiamiento y los cambios de montos administrables por el Estado, así como con la apertura de una posibilidad que revoluciona la prestación de servicios de salud: la administración de fondos públicos por particulares, para cumplir objetivos públicos. Si bien la insistente aclaración de que no se privatizarán los servicios pudiera disipar las dudas y confirmar la convicción del Ejecutivo Federal de mantener como público el sistema sanitario, sigue siendo necesario aludir a un término universalmente positivo, “democratizar” (que por ello gana de sí una aceptación a todo lo que acompaña), que se relaciona, en el discurso oficial,

con la “mayor participación de la sociedad”. Ambas expresiones son universalmente aceptables; sin embargo, no se explicitan, lo cual resulta grave porque por mayor participación de la sociedad puede entenderse una mayor injerencia de agentes privados que, por lo demás, siempre han demandado una mayor participación en la oferta de servicios médicos.

Al respecto es pertinente precisar que privatizar no significa únicamente vender activos, sino que la transferencia, a particulares, de responsabilidades anteriormente públicas, con presupuesto público o social, es una modalidad de la privatización (Collins, 1994) y tal posibilidad queda abierta con las propuestas poco definidas de “democratizar”, “mayor participación de la sociedad” y “diversificar el financiamiento”. Sin embargo, el propio secretario ha evitado el debate público y responde que por una mayor participación de la sociedad debe entenderse que “implica la participación de la sociedad” (así, en general) y pidió que se quite del debate público el fantasma de la privatización, porque “es un distractor” (*La Jornada*, 01/11/2000).

El matiz privatizador, de orden ideológico, permea y determina la forma en que se concreta la actual política de salud. Esta última se condensa en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 que presenta un diagnóstico muy similar al Programa de Reforma del régimen anterior; el actual se formula en términos de “retos” del sistema sanitario: “equidad, calidad y protección financiera” (PEF, 2001). El hecho con el que se argumenta el primer punto es la amplia diferencia en la esperanza de vida al nacer entre las regiones del país, hecho por demás incuestionable. Al segundo punto se le vincula con “respetar la autonomía de la gente, para que pueda participar en la toma de decisiones sobre su propia salud”, noción que conecta la libre elección con las decisiones, lo cual se relaciona a su vez con la tendencia a la responsabilización por parte de los individuos y las familias de sus condiciones de salud.⁷ En relación con el tercer reto, se menciona que los servicios médicos “lejos de ser un instrumento para superar la pobreza, se vuelven en sí mismos una causa de empobrecimiento para las familias” ya que “más de la mitad del gasto en salud lo pagan las familias de su bolsillo en el momento mismo de usar los servicios”.⁸

⁷ Con ello se anula el reconocimiento previo de la desigualdad ante la salud y se omite la relación que guarda ésta con la concentración del ingreso, el crecimiento de la pobreza y la crisis económica.

⁸ Aunque falta por confirmar fehacientemente que los datos que se aducen para tal afirmación fueron obtenidos de manera correcta, su argumentación no incorpora la relación que existe entre el mayor gasto familiar por servicios médicos con la progresiva reducción de la participación estatal en salud, entendiéndose entonces que tal argumento justifica más la implementación del prepago que se planea (*Reforma*, 22/01/2001). Además, tal afirmación se basa en una línea de investigación desarrollada en los últimos años, cuyo valor es metodológicamente discutible y no puede ser generalizado.

La actual política de salud dice tener por objetivos mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, abatir las desigualdades en salud, garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud, asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud y fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas (PEF, 2001). Llama la atención el orden en que se presentan. La pregunta es ¿por qué el primer objetivo de mejorar las condiciones de salud no lleva implícita la condición de disminuir las desigualdades planteadas en el segundo? ¿Por qué aparece, en el tercer objetivo, garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud como si ello fuera posible sin el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, en particular de sus instituciones públicas, que es la condición para garantizar aquello, pero que se plantea en el quinto objetivo? Por último, parece más importante garantizar la justicia del financiamiento que el tema del financiamiento mismo; es decir, no se trata de reestablecer éste para garantizar aquel.

Uno de los problemas a los que más hace referencia el Programa Nacional de Salud actual es el de la cobertura: se plantea que ésta debe ser ampliada y se ha fijado como objetivo alcanzar la universalidad. Estos propósitos se vinculan con el prepago y la oferta de los particulares que vendrían a ser la traducción concreta de la “mayor participación de la sociedad”; es decir, en sus términos, de la “democratización” del sistema. Para ampliar la seguridad social se ha diseñado el Seguro Popular, que sería la versión actual del Seguro para la Familia previsto en el Programa de Reforma del Sector Salud de 1995. Consiste en un conjunto de servicios que serían prestados por la infraestructura del IMSS y el ISSSTE, contribuyendo así a desarticular los principios de solidaridad en que se basó la seguridad social mexicana. Dado que la ampliación de cobertura se buscaría con otras modalidades de afiliación, incluyendo a personas no incorporadas al empleo formal pero con capacidad de pago (*Reforma*, 19/06/2001; PEF, 2001), se asume que el Estado abandona su compromiso con el fomento del empleo y se acepta implícitamente que no se podrá incrementar a la población económicamente activa.

Lo anterior implica una transformación radical de las instituciones de seguridad social; su autonomía financiera y regulatoria se quebranta y parece ser el inicio de su transformación en instituciones exclusivamente prestadoras de servicios que posteriormente competirían con las actuales y futuras empresas privadas. El primer paso en la desarticulación orgánica de estos institutos se dio con la privatización de los fondos de pensiones en el IMSS y ahora se buscará avanzar hacia la reforma del ISSSTE. “La reforma del IMSS en 1997 fue separar las pensiones de la salud. La crisis se alimentó porque ambos rubros estaban revueltos. La separación fue buena, igual que el nuevo

sistema de pensiones. Ahora hay que hacerlo en el ISSSTE. Es cierto que aun con las reformas del IMSS hay otros problemas que se deben resolver, pero en 1997 se dio un paso en la dirección correcta” (*La Jornada*, 27/07/2000).

En esa misma tendencia resulta explicable el planteamiento de hacer efectiva la función exclusivamente regulatoria que se dice “debiera” tener, por su carácter de ministerio, la Secretaría de Salud y que en el Plan Nacional de Salud se expresa con los objetivos de fortalecer el Sistema Nacional de Salud y el papel rector de la SS (PEF, 2001:81-82). Dado que el IMSS y el ISSSTE se transformarían en dos instituciones más en el mercado de la prestación de servicios, la SSA abandonaría su papel de prestadora de atención médica para ser solamente reguladora o, en todo caso, proveer servicios restringidos a la población en pobreza extrema (PEF, 1994; PEF, 2001; *El Universal*, 14/11/2001). En este orden, quedaría una importante proporción de la denominada “población abierta” que tendría la cobertura del Seguro Popular y otra a la que, para no quedar en el desamparo de la protección estatal y contradecir la universalidad, se le asignaría el “paquete básico de salud”. De hecho, se ha dicho que éste es la medida para lograr la universalidad y que se define como un “conjunto esencial de intervenciones de salud” (PEF, 1994:18), una serie de medidas puntuales, de bajo costo y con grandes externalidades,⁹ que no es otra cosa que medidas puntuales, de bajo costo y alto impacto que el Banco Mundial define como bienes públicos con grandes externalidades, con las que el organismo financiero formula sus recomendaciones para lo que considera debe ser el nuevo papel del Estado en salud (BM, 1993). Fueron diversas las críticas a esta estrategia (Laurell, 1997) ya que rompe con el principio de universalidad en su sentido de “a necesidad igual, servicio igual” y de “todos los servicios para todos”.

Esta serie de medidas ha encontrado su nueva edición, en el sexenio actual, en su versión de una reformulación del cuadro básico de medicamentos y la propuesta de gravar el resto con el impuesto al valor agregado (IVA), promovida, precisamente, por el actual secretario de salud (*El Financiero*, 16/01/2001); o mediante el paquete básico a pobres (*Milenio*, 28/09/2001; *La*

⁹ El concepto de grandes externalidades también es el que ha definido el Banco Mundial en su informe (BM, 1993), que se compone, ya sea por aquellas medidas de salud por las cuales los individuos no compiten y que tienen alto impacto en las tasas de morbilidad (información para la prevención y el cambio de hábitos), o por las medidas que gracias a las políticas anteriores consiguieron la universalización (inmunización en la población infantil). De hecho son estas medidas a las que se restringe el nuevo papel de los gobiernos en materia de salud que recomienda el mencionado informe, tareas a las que se agregan aquellas acciones que los particulares no estén “interesados” en proveer y así generar “las condiciones adecuadas” para la diversificación en el mercado de seguros (BM, 1993:53-72).

Jornada, 28/09/2001), estrategia que se vincula además con la denominada federalización fiscal (*La Jornada*, 27/07/2000) y que se auxilia de la concluida descentralización sanitaria. En este aspecto se asignaría a las instancias sanitarias estatales (que sería el reducto del sistema público) la administración del paquete básico de acuerdo con los recursos financieros que sean capaces de recaudar con autonomía del gobierno central, aunque de inicio contarían con el apoyo económico del centro, sin dejar de parecer una inversión de “arranque” del programa para su posterior autosuficiencia.

Como puede verse, la revisión revela que, lejos de tratarse de un “cambio” real, de un gobierno de transición, el actual es un gobierno de continuidad de las mismas políticas que han venido implementándose en las dos últimas décadas. No sólo se trata de un gobierno de continuidad del proyecto neoliberal, sino parece tratarse de una actitud más decidida en el tránsito a un sistema integrado de salud (PEF, 2001) que dice combatir la estratificación social dada por la multi-institucionalidad del sistema actual mediante la conformación de tres instancias: la SSA, como reguladora; las actuales instituciones de seguridad social, como prestadoras de servicios; y programas focalizados para la población en extrema pobreza (que tienen ya sus primeros antecedentes en el PROGRESA y en el actual OPORTUNIDADES). Sin embargo, al mismo tiempo divide a la población y polariza la desigualdad que dice combatir, pues, por un lado, se encuentran los pobres extremos sin recursos, beneficiarios de una suerte de “caridad” sanitaria y, por el otro, la población con recursos para atender sus necesidades de salud en el mercado.

El actual secretario de salud resalta la importancia de la situación económica del país en el terreno de la salud, pero sus propuestas van encaminadas, en coincidencia con los postulados del Banco Mundial (BM, 1993), a responsabilizar a los individuos y sus familias de la satisfacción o no de sus necesidades de atención médica. Trata de enfocar la crisis del sistema sanitario como un problema de recursos monetarios escasos, imponiéndose a sí mismo los techos financieros fijados por la política económica, sin cuestionarse en ningún momento si la política de salud debe ser prioritaria financieramente. De este modo de ver la política de salud se derivan mecanismos para incrementar la recaudación, asignando a las personas, las familias y aun a los gobiernos locales la disyuntiva de cómo obtener más recursos y pagar más impuestos.

Las similitudes entre el régimen anterior y el actual van desde los postulados más generales hasta las medidas más instrumentales; no parece haber mucha dificultad en encontrarlas en el Programa de Reforma del Sector Salud (1995) y el Plan Nacional de Salud (2001). Todo parecía estarse configurando con anterioridad; la diferencia actual parece ser solamente haber encontrado el mejor terreno posible.

Conclusiones

Haciendo una valoración de los propósitos de nuestro análisis podemos decir que, en lo que se refiere a la política de salud, más que rupturas hemos distinguido continuidades. La reforma sanitaria emprendida en los últimos gobiernos del PRI parece verse fortalecida en sus rasgos neoliberales ahora con el gobierno del PAN; entre los más importantes podemos mencionar la ruptura con las nociones previas de ciudadanía, solidaridad y equidad. De hecho, estos términos continúan siendo usados en el discurso oficial; incluso son postulados como los compromisos que justifican la reforma. No obstante, se trata de una utilización demagógica en virtud de que no se hace explícito su contenido y la perspectiva política en que se sustentan.

La universalidad se ve reducida a un conjunto, siempre mínimo, de medidas de atención médica dirigida a los sectores más pobres. No se trata ya de que todos los servicios sean susceptibles de ser usados por los individuos de acuerdo a sus necesidades, sino de que a los clasificados como pobres les toque algo del Estado, aunque ese “algo” no les permita resolver contingencias no contempladas en los paquetes básicos o seguros populares. El efecto implícito es el fomento de la participación de los particulares en la oferta de servicios médicos. Si el Estado no provee más servicios integrales en los tres niveles de atención sino solo algunos, resulta obvio que el resto de necesidades deberán resolverlas los individuos en el mercado. Así comprobamos una tendencia privatizadora que se renueva y coincide con las recomendaciones del Banco Mundial en torno a la “diversificación de los seguros” (BM, 1993:1-17).

Otro de los hallazgos que podemos destacar es el que se refiere a la relativa autonomía que guarda la política de salud respecto del régimen de gobierno: una misma política de salud puede ser instrumentada por regímenes de gobierno distintos. La llamada “transición a la democracia” puede ser indicador de un avance sustancial en materia de derechos políticos pero eso no necesariamente se corresponde con un avance en el ejercicio de los derechos sociales en los que, por lo menos en salud, podemos corroborar un retroceso. El régimen revolucionario logró avances sustanciales en materia de derechos sociales, no sin deficiencias. Tales avances están en riesgo desde los últimos gobiernos de dicho régimen, pero la amenaza parece mayor en tanto que quienes formularon los primeros cambios han conseguido ubicarse en posiciones decisivas de la vida pública, ya sea en el mismo Poder Ejecutivo Federal, a través de sus secretarías, o a través de otros funcionarios.

En relación con el propósito de evaluar las posibles consecuencias en la salud de la población, debemos admitir que la aparición de evidencias empíri-

cas en las condiciones en que enferman y mueren los sectores más afectados requiere de un mayor periodo de tiempo. Por lo tanto, es indispensable mantener una vigilancia epidemiológica que informe sobre el resurgimiento de padecimientos antes controlados y vinculados a las malas condiciones de vida, así como del impacto de estas transformaciones en los programas que consiguieron amplias coberturas (como la inmunización infantil). Tendrá que evaluarse además la selección adversa de asegurados y la explosión de costos que son comunes en los modelos privatizados de seguridad social. Mientras la multiplicidad de instituciones en el sistema sanitario nacional tenía un efecto importante de estratificación de la población, las medidas actuales que incluyen la creación de paquetes básicos de servicios y el seguro popular disminuyen el número de estratos, pero consiguen un efecto de polarización de la sociedad: en un extremo se encuentra un sector que accede a la salud mediante el sistema estatal o los servicios privados y, en el otro extremo, un sector cada vez más amplio que sólo tiene derecho a algunas medidas sanitarias.

Hasta antes de 1982, la política social mexicana se sustentaba en un régimen de bienestar social concebido como una obligación estatal, sustraída del mercado y llevada al terreno de lo político. Con el sexenio de Salinas de Gortari (1988-1994) la política social alcanza una mayor definición neoliberal. Lo anterior se explica no sólo como un proyecto de carácter nacional, sino inmerso en la crisis del patrón de acumulación capitalista mundial actual y en la búsqueda de nuevos ámbitos para la generación de plusvalor. Tal crisis tiene un mayor impacto en los países en desarrollo a causa de la deuda externa, cuyo pago va acompañado de la negociación de nuevos créditos que se otorgan condicionados a la adopción de medidas reformadoras, quedando vulnerada la soberanía del Estado nacional, sustituyéndose así los proyectos nacionales por un proyecto global que excluye a grandes sectores de la humanidad.

El nuevo principio sobre el que se desglosa la actual política sanitaria es que la salud es un bien cuya responsabilidad es de los individuos y las familias (BM, 1993). Con el fortalecimiento del régimen de política social de corte neoliberal se inicia una nueva etapa en materia de políticas de salud; se dice que mediante la reforma que se deriva de ella se conseguirá el mejoramiento de la calidad, la eficiencia y la equidad (PEF, 1994; PEF, 2001). Vistas así, desprovistas de su contexto, las propuestas ganan consenso pero el principio que las origina radica en una concepción que las hace derivar en acciones que reformulan la relación de lo público y lo privado. Hasta el momento, las acciones implementadas llevan al sistema de salud a un estadio de modelo mixto, un símil de la transición democrática que se ha adjudicado como adjetivo el actual régimen.

En ese sentido, conviene esclarecer y hacer explícitos los contenidos de tales propuestas y sus posibles consecuencias en las condiciones de salud de la sociedad. La desregulación, la diversificación en el financiamiento, la promoción de la competitividad, la calidad, el federalismo corporativo en salud, la integración del sistema, la ampliación de la participación ciudadana y la libre elección (PEF, 2001; PEF, 1994) tienen serias implicaciones en el acceso a los servicios públicos de salud; la reducción de éstos a paquetes definidos por el ingreso no sólo no da respuesta a las posibles contingencias en salud que puedan presentar las familias pobres, sino tampoco a las necesidades básicas de salud. Los paquetes básicos han tenido sus propias versiones en otros países (plan básico de salud en Venezuela por ejemplo) (Díaz Polanco, 1995) y han mostrado ya sus complicaciones. La pregunta es ¿por qué en el actual régimen hay una férrea convicción de que es el camino correcto e incluso el único?

Recibido: marzo, 2003

Revisado: agosto, 2004

Correspondencia: Maestría en Medicina Social/Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco/Calzada del Hueso núm. 1100/Colonia Villa Quie-
tud/04960 México D. F./tel.: 54 83 72 04/correo electrónico: ctetelbo@correo.
xoc.uam.mx

Bibliografía

- Álvarez, J., M. Bustamante, A. López y F. Fernández del Castillo (1960), *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*, México, SSA.
- BM (Banco Mundial) (1993), *Invertir en Salud: Indicadores del desarrollo mundial. Informe sobre el desarrollo mundial*, México, BM.
- Collins, Ch. y A. Green (1994), "Decentralization and Primary Health Care: Some Negative Implications in Developing Countries", *International Journal of Health Services*, vol. 24, núm. 3, pp. 459-475.
- Díaz Polanco, J. (1995), "El plan básico de salud y la legitimidad del Estado democrático en Venezuela", XX Congreso Latinoamericano de Sociología, México, Asociación Latinoamericana de Sociología.
- El Financiero*, 16/01/2001.
- Frenk, J. y J. Londoño (1997), "Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina", *Salud y gerencia*, núm. 15, pp. 5-28.
- FUNSAUD (Fundación Mexicana para la Salud) (1994), *Economía y Salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe Final*, México, FUNSAUD.

- Hernández Llamas, H. (1982), "Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México 1935-1980", en F. Ortiz (ed.), *Vida y muerte del mexicano*, vol. II, México, Folios Ediciones, pp. 49-96.
- La Jornada*, 01/11/2000.
- La Jornada*, 01/11/2000.
- La Jornada*, 27/07/2000.
- La Jornada*, 28/09/2001.
- Laurell, A. (1997), *La reforma contra la salud y la seguridad social*, México, Era/Fundación Friedrich Ebert Stiftung.
- Milenio*, 28/09/2001.
- PEF (Poder Ejecutivo Federal) (2001), *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, México, PEF.
- (1994), *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*, México, PEF.
- Reforma*, 19/06/2001.
- Reforma*, 22/01/2001.
- Reforma*, 24/11/2000.
- Reforma*, 25/11/2000.
- Tetelboin, C. (1997), "Problemas en la conceptualización de la práctica médica", *Estudios en Antropología Biológica*, vol. VII, pp. 487-510.
- El Universal*, 14/11/2001.
- Vilas, C. (1996), "De ambulancias, bomberos y policías: la política social del neoliberalismo (notas para una perspectiva macro)", en varios autores, *Las políticas sociales de México en los años noventa*, México, Instituto Mora/UNAM/FLACSO/Plaza y Valdés, pp. 111-141.

