



Papeles de Población

ISSN: 1405-7425

rpapeles@uaemex.mx

Universidad Autónoma del Estado de México
México

Leal, Gustavo; Martínez, Carolina
Reorientaciones en la política de salud y seguridad social
Papeles de Población, vol. 8, núm. 34, octubre-diciembre, 2002
Universidad Autónoma del Estado de México
Toluca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11203403>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Tres momentos en la política de salud y seguridad social en México

Gustavo Leal y Carolina Martínez

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

Resumen

En este artículo se presentan tres momentos en la situación de la red de salud y seguridad social mexicana durante los últimos 20 años, con el propósito de mostrar las oportunidades de ajuste perdidas, tratar de comprender hacia dónde apunta la actual gestión dentro del sector salud, y reflexionar sobre las consecuencias que todo ello habrá de tener sobre el curso del perfil de daños a la salud de la población mexicana. El primero de los momentos descritos es el más largo y comprende el lapso que va de fines de la década de 1980 hasta el 2 de julio de 2000. Se representa como el final de un arco durante el cual la estructura, estado y coberturas de la red de salud y seguridad social mexicana se deterioró. El segundo es un punto en el tiempo situado a fines del siglo XX, para detenerse a mirar el desolador panorama de la red después de 18 años de reformas sectoriales desde el peculiar observatorio del Banco Mundial. El tercero es un instante similar a ese en el que una flecha ha sido disparada y puede percibirse ya su trayectoria: así se analiza la dirección a la que apunta la actual gestión sectorial. El recorrido termina con el balance y reflexiones de los autores sobre las ya previsibles consecuencias: una población cuya problemática de salud va quedando a la deriva.

Abstract

The present paper analyzes Mexico's health and social security system in three periods of time —covering the last 20 years. Our objective is to show the gone opportunities of adjustment, to try to comprehend the direction of the current health policies, and to discuss the possible damaging consequences of these policies to the Mexican population. The first period analyzed is the largest and covers from the end of the 1980s to July 2, 2000. It is represented as the tip of the was arch in which the structure and general state of the health and social security system deteriorated. The second period of time, somewhere at the end of the XX century is a stopping point to discuss the devastating effects of 18 years of health reforms, from the peculiar standpoint of the World Bank. The third moment in time is a prognosis about the outcome of the current health policies. This article concludes with a discussion of the consequences of leaving Mexico's health system run astride.

Introducción

En las siguientes páginas hablaremos de tres momentos en la situación de la red de salud y seguridad social mexicana durante los últimos 20 años, para ilustrar las oportunidades de ajuste que se perdieron y tratar de entender hacia dónde apunta la actual gestión dentro del sector salud, como marco para el examen de las consecuencias de todo ello sobre el curso del perfil de daños

a la salud de la población mexicana, cuya elaboración, por cierto, aún espera.

El momento inicial del que vamos a ocuparnos es el más largo: un lapso que se inicia a fines de la década de 1980 y termina el 2 de julio de 2000, que corresponde a las tres últimas gestiones del ciclo priísta. Podemos imaginarlo como el final de un arco durante el cual la estructura, estado y coberturas de la red de salud y seguridad social se fueron deteriorando; las escasas pero importantes oportunidades de modificar ese destino simplemente se dejaron escapar, y en el último punto de ese arco la oferta de atención médica había llegado ya a una muy lamentable situación. El segundo momento es sólo un instante a fines del siglo XX, en el cual nos detendremos a mirar, desde el peculiar observatorio del Banco Mundial (que ofrece su inventario para el año 2000), el desolador panorama de la red después de 18 años de las así llamadas reformas sectoriales.¹ El tercero es un momento similar a ese, en el que acaba de dispararse una flecha pero es posible ya darse cuenta de la trayectoria hacia la cual ha sido lanzada: la dirección a la que apunta la actual gestión sectorial. Terminaremos este recorrido con nuestro propio balance y algunas consideraciones sobre las ya previsibles consecuencias.

El final de un arco

Red mexicana de salud y seguridad social a fines de la década de 1980

Constituida por un conjunto de segmentos no integrados, para 1988 la red estaba formada por las distintas instituciones que surgieron a lo largo del siglo, cada una con sus particulares historias y trayectorias (Álvarez, 1960; Spalding, 1978; Poitras, 1973, y Arce, 1944). De ellas, las más identificables eran la antigua Secretaría de Salubridad y Asistencia y los dos grandes institutos de seguridad social: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Menos visible, pero en coexistencia con ellas, estaba también la medicina privada, desde entonces de indudable importancia y a la vez de muy difícil cuantificación.

Uno de los propósitos al intentar crear un Sistema Nacional de Salud fue, precisamente, el de tratar de armonizar los programas federales, estatales, de los

¹ Implementadas durante las gestiones de Guillermo Soberón, Jesús Kumate y Juan Ramón de la Fuente en los tres sexenios que transcurrieron de 1982 a 2000.

sectores social y privado (Soberón, 1987). Pero ¿cuáles eran los alcances de la red y sus coberturas? y ¿qué destino tuvieron las apuestas de la política sectorial de entonces?

Para poder evaluarlo es necesario considerar el carácter público o privado de las instituciones y establecimientos, el nivel de atención en el que ofrecen sus servicios y su ubicación regional, porque de ello han dependido tanto los recursos con los que cuenta como los grupos poblacionales a los que atiende.

Por lo que se refiere a la subdivisión pública y privada, ya desde ese periodo las instituciones públicas constituían la porción más visible de la red, en tanto que de las privadas era muy poco lo que se conocía (SSA, 1991). En cuanto a los niveles de atención, la provisión de las medidas de salud pública y atención médica se organizaban con la estructura de una pirámide: en la base, la atención primaria que se ocupaba de la promoción de la salud, algunas intervenciones preventivas y medidas terapéuticas muy simples brindadas por personal no profesional con cierto entrenamiento. En estrecha vinculación con la anterior, el llamado primer nivel de atención era atendido por médicos generales y familiares que trabajan en consultorios muy elementalmente equipados, basándose casi exclusivamente en sus habilidades clínicas. En el siguiente escalón, la atención de segundo nivel se proporcionaba en los hospitales generales, con médicos capacitados en las llamadas especialidades básicas (cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna), un mayor apoyo de los exámenes paraclínicos y la posibilidad de atender padecimientos que requirieran cirugía mayor o atención hospitalaria. Y en el vértice de la pirámide, la atención de tercer nivel ofrecida en los hospitales más especializados con médicos altamente capacitados, moderno y sofisticado equipo para la realización de exámenes de laboratorio y gabinete, y capacidad para intervenciones terapéuticas de elevada complejidad² (Córdova *et al.*, 1992; Leal y Martínez, 2003). Como es de suponer, en la porción más alta de la pirámide, los costos de operación por paciente eran más elevados. Pero el acceso de la población guardaba entonces —como hoy— una relación inversa: pocos con acceso a los servicios más sofisticados y costosos, y la mayor parte con accesos sólo a los niveles más elementales de la atención médica.

² Una estructura parecida a la que aun hoy en día puede observarse, aunque con una diferencia radical: el enorme deterioro de las instalaciones y equipos, la gran carencia de insumos y recursos característicos de la situación actual, particularmente en la red pública pero también en el segmento más precario —el menos estudiado y muy poco conocido— de la red privada.

Geográficamente, la distribución de estos servicios seguía, como desde mucho tiempo atrás, un patrón aproximadamente inverso al de la magnitud de los problemas de salud de la población (Córdova *et al.*, 1989). Las zonas urbanas con mayores recursos concentraban las instalaciones más caras y sofisticadas. Las unidades de primer nivel tenían una distribución algo más homogénea, pero no lograban evitar que las áreas rurales más pobres se encontraran prácticamente aisladas del acceso a cualquier servicio (Córdova *et al.*, 1992).

Como hoy, en aquel momento las coberturas dependían en gran medida de la inserción ocupacional de los económicamente activos (tanto porque esto determina la adscripción a las instituciones de seguridad social, como porque de ello dependen los niveles de ingreso de los hogares, única vía para acceder a la red privada). La población trabajadora era un conjunto extremadamente heterogéneo. El sector agropecuario agrupaba desde los pequeños propietarios y ejidatarios, hasta los jornaleros o asalariados agrícolas, todos ellos distribuidos en regiones de muy diversa vocación productiva. Los del sector industrial eran en su mayoría asalariados de las pequeñas y medianas empresas nacionales, con una proporción mucho menor de trabajadores para las grandes firmas transnacionales. Y en el terciario, se contaban desde los empleados de las ramas más modernas, como serían el sector financiero o el turismo, hasta el creciente grupo de trabajadores por cuenta propia en las labores menos productivas y apenas remuneradas del sector informal urbano, sin contar a los trabajadores familiares no remunerados (Córdova *et al.*, 1989). Cualquier cifra promedio que pudiera ofrecerse estaría ocultando estas profundas polaridades.

De las coberturas a cargo de la red pública, la porción mejor conocida era, como siempre, la que correspondía a las instituciones de seguridad social. En la década de 1990 llegó a alcanzarse una de las mayores proporciones: los dos grandes institutos (IMSS e ISSSTE) se hacían cargo de la atención de más de la mitad de la población nacional, estimada para entonces en alrededor de 81 millones de habitantes (cuadro 1). El IMSS cubría a los asalariados de las empresas privadas en el sector formal de la economía y sus familias, y a un pequeño grupo de asalariados del campo y trabajadores agrícolas de algunos regímenes especiales. El ISSSTE atendía a los trabajadores del sector público y sus dependientes. Las demás instituciones de seguridad social (ISSFAM y Pemex) cubrían a sus poblaciones de referencia (Leal y Martínez, 2000). Pero la proporción de población cubierta por la seguridad social variaba mucho entre las distintas entidades federativas (Martínez *et al.*, 1991).³

³ Como continúa ocurriendo hasta la fecha (Martínez y Leal, 2002a)

CUADRO 1
 PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL CUBIERTA POR LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARTICIPACIÓN PORCENTUAL DE CADA INSTITUCIÓN EN ESA COBERTURA, ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1944-2000

Año	Población		%		% de CSS a cargo de					
	Total (PT)	Población cubierta por la seguridad social	PT con CSS	IMSS	ISSSTE	PEMEX	FCN	SDN	SMN	Estatal
1944		355 527		100.00						
1945		533 555		100.00						
1950	25 791 017	1 111 544	4.31	87.64		12.36				
1955		1 750 563		90.04		9.98				
1960	34 23 129	4 016 563	11.50	83.17	12.14	4.69				
1965	42 729 000	8 607 828	20.15	79.18	12.44	2.70	2.47	2.28	0.93	
1970	48 225 238	12 195 991	25.29	81.14	11.05	2.68	2.28	2.20	0.65	
1975	60 153 387	20 763 857	34.52	76.17	16.61	2.50	2.00	1.98	0.74	
1980	66 846 833	30 773 224	46.04	78.40	16.20	2.10	1.72	1.11	0.47	
1985	77 938 288	39 498 266	50.68	79.82	16.32	2.64		0.43	0.79	
1990	81 249 645	48 028 003	59.11	80.32	16.81	1.87		0.66	0.34	
1995	911 58 290	45 723 840	50.16	75.07	20.22	1.13		0.69	0.47	2.41
2000*	97 483 412	59 231 330	60.76	78.56	16.99	1.09		0.82	0.32	2.21

* En la fuente consultada (GIIS, 2002) se habla de un sobrerregistro de la población derechohabiente. En el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000 (INEGI, 2002) se reporta a sólo 40.13 por ciento del total de la población como derechohabiente de las instituciones de seguridad social.

Fuente:

INEGI, 1990, *Estadísticas históricas de México. Tomo I*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México, INEGI, 1984; *X Censo General de Población y Vivienda, 1980*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México, INEGI, 1992; *XI Censo General de Población y Vivienda, 1990*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México, INEGI, 1996, *Estados Unidos Mexicanos. Censo de Población y Vivienda 1995. Resultados definitivos. Tabulados básicos*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México, INEGI, 2002, *Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados Básicos. Estados Unidos Mexicanos*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, en URL: [http://www.inegi.gob.mx/difusion/espanol/fiest.html](http://www.inegi.gob.mx/difusion/espanol/poblacion/definitivos/nal/tabulados/México, GIIS, 1985; Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios, Grupo Interinstitucional de Información en Salud, México, IMSS, 1989; Memoria Estadística 1989, Subdirección General de Finanzas, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, SNS, 1990M; Boletín de Información Estadística. Recursos y servicios, núm. 10, Sistema Nacional de Salud, SNS, 1995; Recursos y servicios. Boletín de Información Estadística, vol. 1, núm. 15, Sistema Nacional de Salud y GIIS, 2002; Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios 2000. vol. 1, núm. 20, Grupo Interinstitucional de Información en Salud, en URL: <a href=), México.

La atención médica del resto de la población, la que laboraba o dependía de trabajadores del sector informal urbano, de trabajadores por cuenta propia del campo o de los pequeños talleres artesanales, se encontraba bajo la responsabilidad de las instituciones públicas para la población abierta (fundamentalmente la antigua Secretaría de Salubridad y Asistencia ahora con su nuevo nombre: Secretaría de Salud), con recursos siempre insuficientes. Y estaba también la medicina privada, accesible básicamente para la población de niveles de ingreso medios y altos (Martínez *et al.*, 1991).

En cuanto al destino de las apuestas de la política sectorial nacidas en aquella época, sus lamentables efectos no alcanzarían a observarse en toda su magnitud sino varios años más tarde.⁴

Una buena oportunidad... perdida

Para el siguiente periodo gubernamental, el Programa Nacional de Salud 1990-1994⁵ enfrentaba los retos de la creciente complejidad del perfil de daños a la salud derivado del incremento poblacional, el denominado envejecimiento demográfico (crecientes magnitudes de personas alcanzando edades cada vez más avanzadas) y los efectos sobre la salud de los riesgos originados en las condiciones ambientales de un país que venía de un pasado rural para entrar a una modalidad de urbanización pauperizada, sin superar nunca las endémicas desigualdades económicas y sociales intra e interregionales (Córdova *et al.*, 1989; Martínez *et al.*, 1991). La tarea para el Sistema Nacional de Salud era indudablemente muy difícil, pero su insuficiencia para llevarla a cabo no hizo sino agravar todavía más el panorama.

En el universo de la política pública, ese Programa Nacional de Salud nació como un intento para redefinir y acotar las relaciones entre la sociedad y el gobierno⁶ e insinuó un reordenamiento en una dirección que se distanciaba ostensiblemente del proyecto soberonista del Sistema Nacional de Salud (1982-1988). Como tal, pudo constituir un correctivo *médico-clínico* para aquel primer diseño (Córdova *et al.*, 1988 y 1991).

⁴ El armado del Sistema Nacional de Salud, la reforma al artículo 4º Constitucional para incorporar “el derecho a la salud” y el cambio de nombre de la antigua *Secretaría de Salubridad y Asistencia* por el de *Secretaría de Salud*, que vistos a la distancia parecen presagios de lo que vendría después: una política pública más plena de nombres evocadores cuanto más vacía de contenidos reales.

⁵ Bajo la gestión del doctor Kumate.

⁶ Vía el Sistema Nacional de Planeación Democrática y la Ley de Planeación, cuya sanción constitucional había acontecido durante la administración anterior.

Puede especularse que, de haber persistido en esa dirección, esa apuesta hubiera consolidado un retorno al eje clínico en su versión más moderna, apoyado por la investigación biomédica y el arsenal sociomédico (De la Fuente *et al.*, 1990). De haberse asumido un verdadero compromiso con el perfil de riesgos y daños a la salud de la población como el objeto principal y el centro del hacer médico, con una refundación contemporánea del lugar privilegiado que merece la relación médico-paciente en todo acto terapéutico y la profundización seria de los preceptos sanitarios que se habían ganado en las últimas décadas de la gestión pública, el programa hubiera podido anclarse sólidamente en los grandes problemas de salud de la nación. La recuperación de la voz de un segmento clínico moderno, comprometido con las necesidades nacionales, hubiera tenido la ocasión de constituirse en el foco emisor de los parámetros que deberían dar cuenta tanto de la formación de las nuevas generaciones de médicos, como de la democratización del peso del gremio en su impacto sobre la política pública, es decir, de sus relaciones con la sociedad, el aparato de la administración pública y el Estado (Leal y Martínez, 1993, y Martínez y Leal, 1998 y 2001).

Sin embargo, los intereses en disputa y la inercia sectorial heredada de la gestión previa terminaron conduciendo estas oportunidades en una dirección muy distinta (Leal y Martínez, 1993). Las posibilidades correctivas del programa se malograron. Y pese a que por primera vez en la historia de la administración pública del área de la salud el documento maestro de la política sectorial estuvo sometido a un proceso de vigilancia social, la sociedad organizada no tuvo nunca la opción real para redefinir participativamente el surco principal de la política pública: se volvieron a imponer las elites.

Esto muestra, por cierto, la compleja, aunque estratégica, correspondencia que se expresa entre los responsables políticos del sector a cargo del aparato de la administración pública (en especial los mandos medios y altos) y los intereses de los distintos segmentos en pugna dentro del muy antiguo gremio médico; correspondencia que no ha trabajado necesariamente a favor del cuidado de la salud de las mayorías nacionales (Leal y Martínez, 1993 y 2000, y Leal, 1998 y 2000b).

El sector salud a fines de la década de 1990

La política de salud y seguridad social del periodo 1994-2000 se vio hondamente marcada por la huella de dos graves sucesos de la historia nacional reciente: el

asesinato de Luis Donaldo Colosio y la *emergencia económica* de fines de 1994, que vino a complicar el panorama (Solís, 1996).

En ese periodo⁷ entró en operación una agenda elaborada en la Presidencia de la República a partir de las recomendaciones del Banco Mundial y de una propuesta de la Fundación Mexicana Para la Salud (Funsalud, 1994) que pretendía ofrecer una salida a la difícil situación en la que se encontraba el Sistema Nacional de Salud (Leal, 2000a). Las dos estrategias básicas que así se definieron fueron la ampliación de la cobertura a la población abierta a través del rudimentario Paquete Básico de Servicios de Salud y la descentralización de los servicios a población abierta (Zedillo, 1994; Poder Ejecutivo Federal, 1996: 14-19, y González, 2000).

Además de esto, se llevó a cabo la reforma de la Ley del IMSS de 1995, que privatizó el sistema de pensiones (Leal y Martínez, 2000). Esta reforma del sistema mexicano de seguridad social fue la más profunda ocurrida desde 1943 (Arce, 1944; Leal, 2000b), y se realizó con un margen de maniobra considerablemente reducido para que el gobierno involucrara persuasivamente a la ciudadanía. Su entero entramado prospectivo se diseñó en un marco de gran duda social sobre la capacidad para la conducción de un calendario gradual para la apertura sectorial (Leal y Martínez, 2000; Leal, 1998 y 2000b).

Hubo una gran desproporción entre la prioridad otorgada al nuevo sistema privado de pensiones y la mínima atención que merecieron las no menos importantes dificultades que enfrentaba la provisión de servicios de atención médica, así como los problemas que enfrentaban los médicos y las enfermeras (Leal y Martínez, 2000).

Una nueva oportunidad también perdida

Si la agenda de la *modernización*, fincándose en el mediano y largo plazos, hubiera iniciado un trabajo de consolidación sectorial para luego empezar a abrir nichos privados fuertemente regulados en la red pública⁸ (Friedman, 1999: 14), podríamos especular, una vez más, que quizá pudiera haberse llegado a un proceso de ajuste en dos niveles. En el *primero*, se habría sintonizado al sector con los requerimientos que el proceso de la modernización en curso le

⁷ A cargo de Juan Ramón de la Fuente, secretario de Salud del zedillismo.

⁸ Quizá en la modalidad de *Quangos* o *Quasi Non Gubernamental Organizations* (Hood, 1986) o si se quiere, vía esquemas *non profit* (sin ánimo de lucro), pese a que para ello se hubiera requerido que la cabeza de sector no fuera tan débil frente a los intereses privados, de modo que éstos no la avasallaran.

demandaba, mientras que en el *segundo*, se habría apuntalado simultáneamente la red con los soportes seminales de la así llamada mezcla público-privada (*public-private mi*) (Creese, 1992), proyectados hacia su fortalecimiento como *bien público* (Samuelson y Nordhaus, 1989: 989-981) con capacidad de autofinanciamiento a largo plazo.

El principal reto de este diseño hubiera sido el de establecer la fórmula “mexicana” de adecuada *regulación clínica* para el nuevo formato institucional, la patente de garantía —al mismo tiempo flexible y consistentemente normativa— para ofrecer a todos los actores de la arena reglas claras y pactadas para la competencia, bajo esquemas modernos de supervisión.

Simultáneamente, la gran *misión* estratégica de la política pública habría consistido en reorientar la totalidad de los recursos hacia la mayoría nacional sin capacidad de pago que los demandaba, restituyéndole a la medicina clínica moderna su presencia nuclear en la toma de decisiones. Pero no fue así como ocurrió.

Efectos sobre la red pública

Las oportunidades perdidas durante este arco de las tres últimas gestiones priístas no podían tener otro efecto que el que hoy se observa sobre la enorme y potencialmente prometedora red construida en las décadas precedentes.

Desde fines de la década de 1990, luego de 19 años de “políticas de la no política”, lo que queda de la red pública son instalaciones en mal estado, equipos escasos, obsoletos o descompuestos, y un contingente de médicos y enfermeras cada vez más decepcionados ante las dificultades para poder ofrecer a sus pacientes los beneficios de su trabajo en condiciones dignas. En síntesis: grandes instituciones desfinanciadas en las cuales se ofrece una deficiente atención a una población en proceso de envejecimiento demográfico y con un perfil de daños cuya complejidad se agrava (Martínez y Leal, 2002). Pese a ello, las estadísticas sectoriales pretenden mostrar una cobertura pública “potencial” supuestamente universal (SSA, 2001: 4).

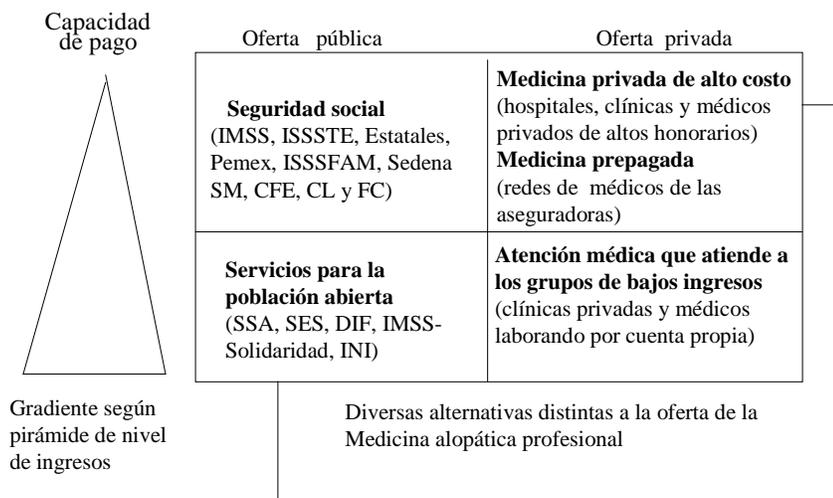
Si algo nuevo habría que consignar en el triste escenario de fines de la década de 1990 (Leal, 2001), sería que el saldo neto de la ausencia de políticas sectoriales responsables ha conducido al crecimiento anárquico de un segmento privado amorfo y con muy diferentes calidades clínicas⁹ (esquema 1), cuyas

⁹ Sin aludir al muy complejo tema de las medicinas complementarias y alternativas que se han convertido en un territorio sumamente heterogéneo, tanto por la diversidad de prácticas que se han ido

características son también resultado directo de la falta de gobierno en el sector. Su expansión deriva de:

1. Las crecientes necesidades de atención médica de una población urbana pauperizada que sobrevive de las actividades que desempeña en el sector informal de la economía.
2. El ininterrumpido egreso de médicos de las cada vez más abundantes escuelas y facultades de medicina.
3. El cierre de las posibilidades que ofrecía la red pública para un encuentro, en condiciones adecuadas de regulación de la calidad, entre quienes continúan necesitando y quienes continúan ofreciendo estos servicios.

ESQUEMA 1
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD VISTO DESDE LA OFERTA
DE ATENCIÓN MÉDICA



Fuente: esquema elaborado por los autores.

sumado a la ancestral presencia de la llamada medicina tradicional, a su vez de una enorme diversidad (Campos, 1992, y Vargas y Santillán, 1994), como por los distintos grados de seriedad con los que se practica cada una de ellas e incluso por el nivel de ingresos de los grupos sociales a los que se dirigen.

No puede más que resultar lamentable que sea de esta manera como grandes grupos de la población enfrentan, hoy en día, la caída de las coberturas y el deterioro de la red pública.

La red a fin de siglo

Revisemos, a través de la mirada del Banco Mundial, el cuadro de la red alrededor del año 2000 (World Bank, 2001). Conviene advertir, de entrada, que nos encontramos aquí con una versión que se juega ya por entero en el terreno de los intereses económicos de la “industria de la salud” y que resulta enteramente ajena al tono, lenguaje y preocupaciones de los “rabajadores de la salud”, si entre éstos podemos contar todavía a médicos, enfermeras, sanitaristas y otros profesionales distintos de los economistas.¹⁰

La economía

Ciertamente el país muestra ya otro perfil. La economía mexicana se ha diversificado. Pero aunque la mayor parte de sus actividades se realizan dentro del sector formal (47.3 por ciento del producto interno bruto (PIB) generado por los servicios;¹¹ 28.2 por ciento por la industria y apenas cinco por ciento por la agricultura), la informalidad también ha seguido creciendo sostenidamente (World Bank, 2001: 265-267).

La estructura dual del sector productivo se profundizó con la liberación comercial y la crisis bancaria de la década de 1990. Por un lado está el dinámico universo exportador que se ajusta a la competencia internacional (en el cual se incluye a las maquiladoras), y por el otro, el sector doméstico menos eficiente, constituido por micro, pequeñas y medianas empresas, orientado al mercado interno. Cada uno de ellos se financia de manera diferente: el primero con crédito internacional y el doméstico con préstamos de los bancos nacionales. Sus relaciones son débiles a causa de la naturaleza importadora de la industria maquiladora, por la concentración de las exportaciones en algunas grandes compañías y por la baja competitividad de las pequeñas y medianas empresas (World Bank, 2001: 265-266).

¹⁰ La peculiar lógica que aparece en esta síntesis sobre algunos aspectos seleccionados de su inventario está dictada, también, por la línea argumental seguida por ese documento.

¹¹ Los servicios sociales y comunales alcanzaban 22.4 por ciento; los financieros 13.5 por ciento; transporte y comunicaciones 11.4 por ciento.

Atención a la salud

La población nacional —señala este documento— alcanzará 107 millones de habitantes para el año 2006: ocho millones de personas más que en 2000 para demandar servicios de salud. Los mayores de 65 años habrán superado los 5.8 millones, y la afiliación al IMSS estará llegando a los 60 millones.¹² El Banco Mundial se permite tasar la mortalidad entre la población en edad de trabajar en alrededor de 13 billones de dólares anuales,¹³ equivalentes a un 5 por ciento del PIB (World Bank, 2001: 409).

El gasto del gobierno en salud y seguridad social se ha elevado en los últimos 10 años, pero aunque los recursos del sistema de salud público y privado son grandes y siguen creciendo,¹⁴ no permiten costear sino la mitad del gasto total. La distribución de estos recursos y sus resultados varían considerablemente entre las diferentes instituciones y entidades federativas (World Bank, 2001: 412-414).

El sector privado, pequeño y fragmentado, tiene evidentes problemas de calidad. Más de 82 por ciento del total de los hospitales privados cuenta con menos de 10 camas y sólo 3 por ciento dispone de más de 50. Un grupo muy reducido de la población cuenta con la cobertura de algún seguro privado (se habla de aproximadamente 3 500 000 personas) y éstos se dividen, a su vez, en dos grupos: los empleados de firmas amparadas por algún convenio de reversión de cuotas del IMSS, y los que a partir de la década de 1990 cuentan con seguros de gastos médicos mayores (unas 2 500 000 personas para 1999). Las Instituciones de Seguros Especializadas en Servicios de Salud (ISES), de reciente operación, han enrolado a cerca de un millón de usuarios con los llamados paquetes de salud integral (World Bank, 2001: 416).

El número de médicos con más de un empleo pasó de 25 a 33 por ciento entre 1986 y 1993 y se elevó aún más en 1999 (World Bank, 2001: 421). En los servicios que atienden a la población abierta, para 1996 había desabasto de los medicamentos más esenciales.¹⁵ En las instituciones de seguridad social

¹² Lo cual dependerá, entre muchas otras cosas (que no dice el Banco Mundial), de cómo evolucione el empleo formal y cuál sea la suerte de este instituto.

¹³ Nótese el tránsito de las *tasas específicas de mortalidad* a las estimaciones monetarias. Las muertes de personas han encontrado su valor en dólares (¿tendrán, muy equitativamente, el mismo valor todas las muertes?).

¹⁴ El Banco Mundial habla de 15 billones a 18 billones de dólares anuales, de los cuales cerca de la mitad (entre ocho billones y 10 billones) irían a los proveedores del sector privado.

¹⁵ El Banco consigna que sólo 18 de los 36 medicamentos esenciales estaban disponibles en la clínicas urbanas y rurales. En más de 50 por ciento de ellas faltaban antibióticos, antipalúdicos y antifímicos (The World Bank, 2001: 421).

los problemas no faltan. Parte considerable del equipo del IMSS no ha sido renovado durante los últimos 20 años y el promedio diario de consultas otorgadas por cada médico de familia para 1998 era de 17.7, cuando en Europa era de entre 30 y 35 pacientes diarios (World Bank, 2001: 421).

Sin embargo, el financiamiento de la red mejoró durante el sexenio de Zedillo (World Bank, 2001: 424), aunque los costos administrativos suelen ser muy altos. En la SSA absorben una cuarta parte del gasto y en el IMSS e ISSSTE llegan a superar 15 por ciento, proporciones todas ellas muy altas de acuerdo con los estándares internacionales (World Bank, 2001: 425). A partir de la reforma del IMSS de 1995, los cambios en su estructura financiera incrementaron el porcentaje del financiamiento central del gasto público, que pasó de 0.5 a 2.5 por ciento para 1997. Se espera que para el año 2010 el financiamiento público crezca de un 4 por ciento del presupuesto anual del IMSS a cerca de 35 por ciento (World Bank, 2001: 427).

La descentralización

El Banco Mundial señala que entre los principales problemas que se presentan al definir responsabilidades y asignación del gasto, hay que mencionar que las obligaciones para los servicios de salud son concurrentes a nivel federal y estatal pero es infrecuente que alguno de ellos se responsabilice del mantenimiento, regulación e inspección; que el gobierno federal etiqueta la mayoría de las transferencias y establece a los estados cómo han de cumplir con sus obligaciones; que las transferencias etiquetadas continúan estimándose sobre la base de costos históricos y productos actuales y no sobre los indicadores de la magnitud de las obligaciones a cumplir, y que se asignan muy pocas responsabilidades al municipio (World Bank, 2001: 709-720). Así, aun cuando las entidades federativas reciben más recursos que nunca, su autonomía fiscal se ha reducido. Los ingresos por impuestos representan apenas 4.5 por ciento de los ingresos totales de los estados, muy poco en relación con sus gastos.

Como no hay suficiente claridad sobre las intenciones sociales que orientan las transferencias, ni una clara relación entre programas y objetivos, ni objetivos explícitos para ellas,¹⁶ las entidades tienen dificultades para calcular cuánto

¹⁶ Aunque se señala que los principales objetivos de las transferencias serían: a) que los estados compartieran con el gobierno federal mayores posibilidades de recaudar ingresos; b) subsidiar la provisión de servicios de salud en las entidades; c) fortalecer la autonomía municipal, y d) proveer recursos adicionales a los estados con altos índices de pobreza.

recibirán, y el gobierno federal para averiguar hasta dónde los recursos transferidos fueron dirigidos a donde se esperaba. Se incentiva más el logro de favores políticos por parte del gobierno federal que el esfuerzo por fortalecer las propias finanzas. Y al ir etiquetadas, se disminuye la autonomía de los estados para atender en forma más eficiente sus necesidades locales. En síntesis: las transferencias condicionadas y el monitoreo federal son algunos de los procedimientos arriba-abajo que México ha utilizado, sin conseguir armar un “mecanismo de consenso creíble para todos” (World Bank, 2001: 713-716).

Las pensiones

La fuerza de trabajo, señala el Banco Mundial, no podría ser ajena a los cambios demográficos experimentados por la población nacional. La disminución de la fecundidad y la elevación en la esperanza de vida incrementaron el porcentaje de la población adulta mayor dando lugar a lo que se ha llamado envejecimiento demográfico. Esto ha debilitado el acceso de nuevos integrantes a la fuerza de trabajo. La participación de los adultos mayores en la tasa de dependencia (el número de adulto mayores como porcentaje de la población en edad de trabajar) se incrementó de 10.3 por ciento, en 1990, a 14.3 por ciento, en 2000, y se cree que alcanzará, para 2010, 20.8 por ciento (World Bank, 2001: 223).

Según el documento, para 1999 la población en edad de trabajar superaba ya los 59 millones. De los 42 millones que conformaban a la población económicamente activa, 37 millones laboraban en el sector privado y cerca de 4.5 millones en el gobierno, las fuerzas armadas o las empresas del sector público. El crecimiento del empleo privado creció aproximadamente 40 por ciento en la década de 1990, en contraste con el de los trabajadores al servicio del estado. La ocupación a cargo de las microempresas y el autoempleo se incrementó, en tanto que el de las grandes empresas privadas decreció (World Bank, 2001: 223-224).

Por lo que se refiere a las coberturas de seguridad social, se describen los diferentes esquemas de acuerdo con la inserción laboral de la población, pero se señala que aun en forma conjunta no logran un alcance suficiente. Para 1996 sólo 22 por ciento de los adultos mayores urbanos y siete por ciento de los rurales contaban con algún beneficio a cargo del sistema público de seguridad social administrado por el IMSS (World Bank, 2001: 234). Se indica que prácticamente todos los sistemas públicos de seguridad social se vieron fiscalmente rebasados por la combinación de cambios demográficos, prestaciones poco realistas y

malas administraciones. El documento da cuenta de la crítica situación de cinco distintos sistemas de pensiones: el sistema de pensiones público obligatorio para los trabajadores del sector privado (aproximadamente una tercera parte de la fuerza laboral activa cubierta por el IMSS); el sistema de pensiones para los trabajadores del sector privado (pensiones voluntarias vinculadas al empleo ofrecido por algunos patrones); el sistema de pensiones para los trabajadores al servicio del gobierno federal (sistema de pensiones del ISSSTE); el sistema de pensiones de los trabajadores al servicio de las entidades federativas y el sistema de pensiones de los trabajadores de las empresas paraestatales (para un número relativamente reducido de trabajadores con regímenes especiales como Pemex y los de las fuerzas armadas) (World Bank, 2001: 225-227). Hasta aquí la versión del Banco Mundial.

2000-2006, ¿hacia dónde se pretende orientar el destino de la red?

Para comprender el significado del curso que en la gestión actual se intenta imprimirle a la red, conviene aludir a dos antecedentes: a) las recomendaciones del Banco Mundial que apuntan hacia la necesidad de separar el financiamiento de la prestación, integrar una gran bolsa con todos los recursos públicos¹⁷ y acudir con esos fondos a comprar los servicios a una estructura plural de prestadores (las Áreas Médicas), y b) sus llamativas similitudes con las propuestas comunicadas por Funsalud (1994), cuyas relaciones con el foxismo también conviene analizar.

El Banco Mundial y Funsalud

Las recomendaciones del Banco Mundial apuntan a que la reforma de la red se constituya a partir de la consolidación de las iniciativas ya en curso, además de la introducción de cambios en la organización, financiamiento y provisión de los servicios. Para fortalecerla, postula los siguientes ocho principios (World Bank, 2001: 432-433):¹⁸

¹⁷ Como puede apreciarse al revisar el esquema presentado en el documento del Banco al que hemos hecho referencia (The World Bank, 2001: 435), los recursos privados se jugarían por su cuenta, aunque se mantendría la opción de comprar, con ellos, servicios públicos.

¹⁸ Las cursivas son las del documento original.

a) una clara separación entre financiamiento y prestación como elemento clave para introducir la competencia, transparencia y rendición de cuentas; b) descentralización de la responsabilidad administrativa y la rendición de cuentas del centro hacia el nivel en el cual la administración pueda responder mejor a las necesidades de los consumidores; c) desarrollo de mecanismos de mercado interno y cambios en la modalidad de reembolso a proveedores para asegurar que los recursos sigan a los pacientes; d) mayor rendición de cuentas a los pacientes ofreciéndoles opciones en términos de prestadores y el uso de médicos familiares como porteros, en la entrada del sistema, para también tomar las decisiones de compra en su seno; e) búsqueda del nivel más alto de calidad y valor de la atención con los recursos disponibles en el sistema; f) clara definición de un paquete de servicios esenciales para ser garantizado por todas las instituciones públicas y privadas; g) introducción gradual de la competencia, tanto entre los proveedores públicos de como entre los proveedores públicos y los privados, y h) garantizar un alto grado de flexibilidad que facilite las variaciones en los servicios locales para responder a sus necesidades específicas, así como para probar modelos alternativos de financiamiento/prestación y para cambiar estrategias a través del proceso de reforma.

Luego del cumplimiento de los cambios sugeridos para lograr la reforma propuesta por el Banco Mundial, el sistema poseería, idealmente, las siguientes cualidades:¹⁹

a) un paquete de salud esencial bien definido, accesible para toda la población; b) el gobierno en el papel de garante de un sector salud estructurado como un todo, que ofrece atención costo-efectiva y provisión de bienes públicos; c) un fondo para el seguro universal de salud financiado con recursos de todas las fuentes (gobierno, patrones y asalariados), todas las instituciones de seguridad social (ISSSTE, Sedena, Pemex, IMSS) que los transfiere a instituciones reguladas, organizaciones de atención administrada y planes de salud (incluidas las áreas médicas del IMSS y organizaciones privadas de atención administrada), sobre una base de capitación ajustada al riesgo; d) instituciones reguladas que asumen el riesgo de prestar los servicios dentro de un marco de reglas para resolver las fallas de mercado; e) instituciones reguladas que compran los servicios de prestadores públicos y privados, quienes a su vez cumplen con criterios mínimos de acreditación y estándares para la prestación del servicio; f) adecuada capacidad de supervisión para garantizar que los servicios se presten ordenadamente y se cumpla con las regulaciones; g) mecanismos para asegurar el acceso a servicios de segundo y tercer nivel que

¹⁹ En el capítulo 19, pág. 435, del documento al que aludimos en este apartado aparece la representación esquemática del sistema reformado en lo que se refiere a la compra y provisión (World Bank, 2001: 435).

rebasen lo ofrecido en el paquete esencial de salud; h) un mercado de servicios de mejor calidad a través de un seguro de salud suplementario, que se adquiere voluntariamente (World Bank, 2001: 433).

A muy corto plazo, evalúa esta recomendación, podrían implantarse organizaciones de atención administrada en todas las instituciones públicas. Podría también constituirse un Fondo Nacional de Salud con las primas de la seguridad social destinadas a salud, los subsidios que reciben las instituciones de seguridad social y las contribuciones que recibe la Secretaría de Salud. Este fondo operaría como comprador global de servicios de atención a la salud. Las instituciones prestadoras de servicios públicos tendrían que reorganizarse, separando compra y prestación. El fondo distribuiría los recursos entre las organizaciones de atención administrada, públicas y privadas, con poblaciones adscritas, paquetes de servicios y factores ajustados al riesgo y al desempeño.

El Banco Mundial considera que esta propuesta podría tomar todavía una década más de reformas (World Bank, 2001: 434). Sin embargo, admite que eso sería en el escenario más agresivo. Como al instituir reformas de esta naturaleza la flexibilidad suele prevalecer sobre la firmeza, es posible que los procesos de negociación limiten las reformas reales alcanzadas y distorsionen sus resultados (World Bank, 2001: 434-436).

Otra alternativa sería la de avanzar en forma más lenta pero con cambios consistentes: sostener la descentralización en la SSA, profundizar la separación entre financiamiento/prestación en el IMSS y en la propia SSA, y fomentar en todas las instituciones reformas internas como las que ya se han iniciado (World Bank, 2001: 436).

Como antes señalamos, una prospección similar había sido ensayada ya por Funsalud en 1994 y refinada en 1999 (Funsalud, 1994, y Frenk *et al.*, 1999). En efecto, y más allá de lo desafortunado que pueda resultar para el sector salud mexicano, como sostienen con complacencia estos autores, la propuesta del Banco Mundial no es ajena a sus planteamientos.²⁰

²⁰ Lo muestra sin lugar a dudas la comparación de la representación gráfica ofrecida por el Banco Mundial (World Bank, 2001: 435) con los esquemas que aparecen en los dos trabajos citados ("Opciones para la reforma del sistema de salud: ampliación del pluralismo y de la libre elección", en Funsalud, 1994, capítulo XI: 319, figura XI.2c; "Cambios propuestos al sistema de salud en México, 1995-1996", en Frenk *et al.*, 1999: 88, cuadro 8; y "Diseño propuesto de pluralismo estructurado", en Frenk *et al.*, 1999: 91, cuadro 10).

La Alianza para el Cambio, el “equipo de transición” y El Plan Nacional de Desarrollo

En la oferta de campaña de la *Alianza para el Cambio* que condujo a Vicente Fox a la presidencia de la República —elaborada básicamente por expertos de extracción panista—²¹ no se advierte aún ninguna propuesta en la línea de las prospecciones del Banco Mundial/Funsalud. Pero en el “equipo de transición” designado por Fox, éstas aparecen ya en la voz de Julio Frenk, quién desde un principio habló de “democratizar la salud” al sostener que “si los mexicanos ya pudieron elegir a su presidente, por qué no van a elegir a su médico” (Leal y Martínez, 2002). Propuso además la creación de un fondo público sustentado principalmente en la recaudación tributaria para garantizar atención a toda la población.²² Textualmente manifestó: “... se necesita más dinero para la salud, pero sobre todo más salud por el dinero...”, y señaló que con los 23 mil millones de dólares anuales destinados al sector salud podría lograrse 25 por ciento más de resultados.²³

En el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 se alude específicamente a las reformas requeridas en las estrategias, alcance, funcionamiento y organización del sector salud para prepararse ante las presiones que impondrán el envejecimiento demográfico y los cambios epidemiológicos sobre la infraestructura económica y social, así como los desafíos a la viabilidad de los sistemas de seguridad social y pensiones (Poder Ejecutivo Federal, 2001a: 22). Y en una ya muy evidente aproximación a los lineamientos del Banco Mundial/Funsalud, se anota:

... el gobierno tiene el compromiso de seguir desarrollando los sistemas de salud de forma que se extiendan a la totalidad de la población, eviten la duplicación de esfuerzos y ahorren recursos. Las estrategias que se plantean buscarán, por lo tanto, unificar los esfuerzos de las principales instituciones y sistemas de salud que existen en el país (Poder Ejecutivo Federal 2001a: 50).

... debe ser el principio de ciudadanía el que defina (...) las reglas de acceso de la población a los servicios de salud (...) lo primero que debe garantizarse es el derecho de los ciudadanos a exigir que se haga efectivo el acceso incondicional a los

²¹ Partido Acción Nacional/Partido Verde Ecologista de México (S/F), Vicente Fox Quesada, Candidato Presidencial, *Me comprometo contigo. El cambio que a ti te conviene. 10 compromisos* (S/L) y *Alianza por el Cambio* (S/F), *Propuestas temáticas. Para la construcción de un país plenamente democrático*, Tema 5.02: Salud, (S/L).

²² *Reforma*, 4 de septiembre, 2000.

²³ *Reforma*, 4 de septiembre, 2000.

servicios básicos de salud (...) que amplíe sus posibilidades de elección (Poder Ejecutivo Federal 2001a: 53).

Funsalud, la Organización Mundial de la Salud y el Programa Nacional de Salud

En abril de 2000, tres meses antes de la presentación del *Programa Nacional de Salud* (PNS), Soberón y Funsalud pusieron a la consideración de Fox un grupo de propuestas para “enriquecer” el PNS.²⁴ Entre ellas destacan la de constituir un seguro nacional de salud que subsidiaría con diferentes montos a 21 millones de personas, y la de fomentar la prestación plural de los servicios y procurar una buena mezcla público-privada en salud. Según su propuesta, bajo este esquema:

... se promovería una sana competencia que a su vez se traduciría en una mayor calidad en el sector. La pluralidad en la prestación de servicios es inevitable, dado el incremento en la demanda que se prevee tendrá lugar en el IMSS. Ante la imposibilidad de atender a la nueva población derechohabiente, la única alternativa viable es utilizar la infraestructura de los servicios estatales, los institutos nacionales y los establecimientos privados, los cuales podrían servir mediante el financiamiento público.²⁵

En el *Programa Nacional de Salud* (Poder Ejecutivo Federal, 2001b) se encuentran asumidas ya no sólo las recomendaciones del Banco Mundial/Funsalud, sino también los postulados de los *Informes mundiales sobre la salud en el mundo 1999*²⁶ y *2000*²⁷ de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dirigida por la doctora Brundtland (Leal y Martínez, 2001a y 2001b):

²⁴ *La Jornada*, 20 de abril, 2001.

²⁵ *La Jornada*, 20 de abril, 2001.

²⁶ “... (Los valores de la OMS se)... conciben distantes de aquella forma del universalismo que ha conducido a los gobiernos a proveer y financiar todo para todos. Este universalismo ‘clásico’, aunque raramente promovido en forma extrema, labró la formación de muchos sistemas europeos de salud. Alcanzó importante éxito. Pero el universalismo clásico falla al reconocer tanto los límites de los recursos como los del gobierno. (...) Este Reporte promueve un ‘nuevo universalismo’ que reconoce los límites del gobierno pero preserva su responsabilidad en la conducción y financiamiento de los sistemas de salud. El nuevo universalismo da la bienvenida a la diversidad, a las normas apropiadas y a la competencia en la prestación de los servicios. (...) reconoce que si los servicios deben ser prestados a todos, entonces no todos ellos podrán ser prestados. De acuerdo a una determinada priorización, los servicios más costo-efectivos deben ser provistos primero. (...) reconoce en los prestadores privados una importante fuente de atención para muchos países.” (WHO, 1999: 33) (Las cursivas son del original).

²⁷ ... Con miras a lograr la equidad y la protección contra el riesgo financiero, debería haber un alto

El principio de ciudadanía reconoce la protección de la salud como un derecho de todos (...) Se dará paso a un sistema de salud en el que la contribución será proporcional a la capacidad de pago, y los beneficios, proporcionales a las necesidades (PEF, 2001b: 74 y 75).

... las contribuciones al sistema de salud serán proporcionales a la capacidad de pago y los beneficios se distribuirán atendiendo principalmente a las necesidades de la población. Este proceso lo facilitará la acumulación de los recursos financieros en fondos predominantemente públicos. Al igual que en casi todos los países desarrollados, habrá una oferta plural de prestadores de servicios de salud y el usuario, en el primer nivel de atención, tendrá el derecho de elegir el prestador de su preferencia (PEF, 2001b: 75).

... los programas para ampliar la cobertura de servicios de salud a poblaciones marginadas (...) se han centrado en la provisión de intervenciones básicas. Estos programas ofrecen servicios preventivos y curativos para las llamadas enfermedades del rezago pero todavía no incluyen servicios para padecimientos complejos que pudieran requerir, por ejemplo, de atención hospitalaria (...) Si bien la protección básica representa un avance importante, el objetivo último es incorporar a la totalidad de la población a un esquema de aseguramiento estructurado. Para ello se promoverá un seguro popular que (...) permitirá a los hogares de bajos ingresos acceder al Seguro de Salud de la Familia del IMSS mediante un subsidio escalonado según la capacidad de pago del hogar (PEF, 2001b: 116 -117).

... con el fin de superar las limitaciones asociadas a estas formas de organización de los servicios de salud, el Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) contempla promover como alternativas la autonomía hospitalaria y la asignación de recursos a los hospitales sobre la base de acuerdos de gestión, que son instrumentos contractuales que comprometen a los prestadores de servicios a cumplir con determinadas metas de cobertura y calidad a cambio de una cantidad determinada de recursos. (PEF, 2001b: 139).²⁸

grado de pagos anticipados; el riesgo debería repartirse (por medio de subsidios cruzados que vayan del riesgo de salud bajo al alto); los pobres deberían recibir subsidios (por medio de subsidios cruzados de los de altos ingresos a los de bajos ingresos); debería evitarse la fragmentación de los fondos comunes y los recursos financieros y debería practicarse la compra estratégica para mejorar los resultados del sistema de salud y su capacidad de respuesta (...) en los países de bajos ingresos, donde suele haber altos niveles de gastos en salud sufragados por el usuario de su propio bolsillo y donde las capacidades organizativa e institucional son demasiado débiles para que se pueda depender principalmente de los impuestos generales para financiar los servicios de salud (...) hay que fomentar los sistemas de contribuciones vinculados al trabajo, y facilitar la creación de planes de pago anticipado comunitarios o por intermedio de proveedores (WHO, 2000: 107-113).

²⁸ Y si alguna duda quedara sobre la posición de Julio Frenk respecto a la oferta plural de prestadores de servicios de salud o "pluralismo estructurado", está su documento de 1999 (Frenk *et al.*, 1999: 89-96), así como sus declaraciones a favor de la medicina administrada (*La Jornada*, 6 de octubre, 2001).

El primer informe de gobierno y el seguro popular

En su primer informe de gobierno Fox habla de la necesidad de contar con un Sistema Nacional de Salud “financieramente más justo”, en el que las familias no tengan que incurrir en gastos excesivos a causa de sus necesidades de atención médica (Fox, 2001: 1-2). Ofrece fomentar la afiliación al Seguro Social y vincular las aportaciones por impuestos generales otorgadas a salud con las necesidades de cada familia, para avanzar hacia la satisfacción de la demanda de servicios de salud. El Secretario de Salud, Julio Frenk, se apresura a poner en marcha el seguro popular²⁹ pese a no haber mostrado aún las pruebas de su viabilidad, como lo había ofrecido.³⁰

Según la Presidencia de la República (2001a y 2001b), este seguro popular establecido en el PNS consistiría en:

... la afiliación de la población no asegurada mediante un proceso de credencialización y un prepago (subsidiado por el gobierno federal en el caso de los hogares que no cuentan con un ingreso suficiente para pagar la cuota anticipada). Entre los beneficios de contar con el seguro están: la exención en el pago de cuotas de recuperación para los servicios incluidos en la cobertura del seguro y la garantía de disponibilidad de medicamentos, particularmente en el primer nivel de atención (Presidencia de la República, 2001: 35).

Y la Secretaría de Salud lo describió así:

... Un pago subsidiado con fondos públicos, dirigido principalmente a la población de bajos recursos económicos. Mediante un sólo pago, por un período determinado el asegurado y su familia tendrán acceso a consulta y a servicios. De esta manera podrán acceder al llamado Seguro de Salud de la Familia del IMSS. La identificación de las familias que tendrán acceso a este sistema, se hará basándose en los padrones de los programas sociales a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social. Por su lado, la SSA se encargará de coordinar la promoción del citado seguro a través de los servicios estatales de salud y las instituciones de seguridad social. En los primeros dos años se pretende concentrar la atención en las familias urbanas y a partir del segundo año, el fin es extenderse a la población rural, con el reto de alcanzar la cobertura total al finalizar el sexenio. Respecto a las actividades de coordinación y articulación en el marco del aseguramiento, se incluyen la vinculación directa de las

²⁹ *Reforma*, 12 de diciembre 2001.

³⁰ *La Jornada*, 6 de octubre, 2001: “La Secretaría de Salud anunció la puesta en marcha del plan piloto del seguro popular en cinco estados del país, que estará sujeto a un proceso de evaluación en lo que resta del año, para establecerlo en todo el territorio nacional a partir de 2002”.

aportaciones provenientes de impuestos generales que el Estado otorga para la salud, sin importar la institución o dependencia pública, social o privada que presta el servicio. (Se propone...) vincular los recursos con la demanda de servicios, lo cual propiciará que los primeros sigan al paciente y sus necesidades.³¹

Para un balance

Frente a la extensa red pública de salud y seguridad social construida a lo largo de décadas, llama la atención la vocación de la gestión actual para ignorarla o sencillamente saltar sobre ella. Dada la importancia y magnitud de un gobierno de la alternancia elegido para encontrar mejores vías de atención a las necesidades de los ciudadanos, se hubieran aguardado, más bien, propuestas que la pusieran a la altura de los problemas de salud de las mayorías que la edificaron.

En cambio, este enfoque que tanto habla de la “democratización” de la salud vuelve a imponer una agenda de “reformas” en la que ahora la *meta intermedia del financiamiento* es atendida como si fuera un *fin en sí mismo* (OPS/OMS, 2001a y 2001b). Entre tanto, los grandes retos y pendientes que enfrenta el corazón de la red con sus médicos, enfermeras y pacientes (Leal y Martínez, 2003) quedan sólo como una derivación mecánica de esos pretendidos “impactos financieros”. Las posibilidades para actualizar la red en pro de las mayorías a quienes ella se debe, van quedando canceladas frente a la “industria de la salud” y sus élites globalizadas.

Como declarara la doctora Brundtland, directora general de la OMS al recibir el informe *Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico* (OMS, 2001):

... la comisión argumenta que la apropiada inversión para los recursos humanos de una nación representa un poderoso motor para el crecimiento económico. Sencillo: la buena salud es un prerequisite esencial para un desarrollo equitativo y una globalización limpia (WHO, 2001b).

Para cumplir con esta agenda impuesta, primero se reformó y adicionó la Ley del IMSS³² y se pretende ahora adoptar el modelo de la medicina administrada o “pluralismo estructurado”, cuya viabilidad todavía no ha sido comprobada.

³¹ *La Jornada*, 24 de octubre 2001.

³² *Diario Oficial de la Federación*, 20 de diciembre de 2001.

Frente a esto, uno de los principales interlocutores de la arena de la política pública, en la Federación de Colegios de la Profesión Médica, ha manifestado que:

... con estos esquemas (la medicina prepagada) los pacientes sólo pueden elegir a un médico de la red de la aseguradora; la compañía establece manuales de procedimiento que deben respetar íntegramente los médicos, aunque estos procedimientos no sean los indicados; disminuyen en 80 por ciento los ingresos de los médicos —que tarde o temprano se refleja en la calidad de los servicios— y no se fomenta la investigación ni se actualiza a los médicos. Con lo anterior se pretende medio resolver los problemas de salud al menor costo, porque incluso las aseguradoras han manifestado que de cada diez pesos que recibirán esperan gastar sólo dos pesos.³³

Esta continuidad (que no alternancia) de una política que, como hemos intentado mostrar, llevaba ya tres sexenios, representa la profundización de una ruta que trae a la mente las siguientes reflexiones de Habermas (2000: 128).

En cuanto a su orientación, la nueva política social no es menos universalista que la antigua. Sin embargo, no pretende proteger a la gente de los riesgos típicos de la vida laboral, sino, ante todo, facilitarles la capacitación empresarial para ser “ganadores”, capaces de cuidar de sí mismos. El conocido adagio que habla de “ayudar a la gente a ayudarse a sí misma”, cobra así un sesgo economicista: ahora invoca una especie de preparación idónea que capacitaría a todo el mundo para asumir su responsabilidad personal y tomar iniciativas que permitan no tener que ir a la zaga de nadie en el mercado y no terminar como una especie de ‘fracasados’ que acaban pidiendo ayuda al Estado.

Bibliografía

- ÁLVAREZ, Amézquita, J., 1960, *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México.
- ARCE, Cano G., 1944, *Los seguros sociales en México*, ediciones Botas, México.
- CAMPOS, R., 1992, *La antropología médica en México*, UAM, 2 vols., México.
- CÓRDOVA, A. et al., 1988, “La salud en crisis: un balance sexenal”, en *Reporte de Investigación*, núm. 53, UAM-X, México.
- CÓRDOVA, A. et al., 1989, *El ingreso y el daño. Políticas de salud de los ochenta*, UAM, México.

³³ Declaraciones del Colegio Mexicano de Médicos Cirujanos en el Distrito Federal y la República Mexicana y del Colegio Médico Lasallista, *El Financiero*, 6 de septiembre de 2001.

- CÓRDOVA, A. *et al.*, 1991, "Democratización inaplazable: la sucesión de las hegemonías médico-gremiales al trasluz del Programa Nacional de Salud 1990-1994", en *Reporte de Investigación* 62, UAM-X, México.
- CÓRDOVA, A. *et al.*, 1992, "Coberturas de atención médica para la población rural y agrícola", en C. Martínez y S. Lerner (comps.), *Poblamiento, desarrollo agrícola y regional*, Sociedad Mexicana de Demografía, México.
- CRESSE, A., 1992, *Public and Private Mix and Competence in Health Care Systems*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- DE LA FUENTE *et al.*, 1990, *La investigación en salud: balance y transición*, FCE, México.
- FOX, V., 2001, *Primer informe de gobierno del C. Presidente de la República, Vicente Fox Quesada*, 1 de septiembre de 2001, en [http://informe.presidencia.gob.mx/Informes/2001Fox1/cfm/.../Informe Escrito](http://informe.presidencia.gob.mx/Informes/2001Fox1/cfm/.../Informe%20Escrito), Desarrollo Social y Humano, Salud, Protección Financiera.
- FRENK, J. *et al.*, 1999, "La seguridad social en salud: perspectivas para la Reforma", en A. Solís *et al.* (comps.), *La seguridad social en México*, lecturas de El Trimestre Económico 88, México.
- FRIEDMAN, M., 1999, "No hay una 'tercera vía' al mercado", en *El País*, 10 de julio.
- FUNSAJUD, 1994, *Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final*, Fundación Mexicana para la Salud, México.
- GONZÁLEZ, F. J. A., 2000, "Conferencia del Lic. José Antonio González Fernández, Secretario de Salud", en la Reunión convocada por el Colegio Nacional y Funsalud, en *Desempeño de los sistemas de salud: la experiencia de México*, <http://www.ssa.gob.mx/prueba/discursos/20000711.html>, México.
- HABERMAS, J., 2000, "El Estado-nación europeo y las presiones de la globalización", in *New Left Review*, num. 1, Akal.
- HOOD, Ch., 1986, *Administrative Analysis. An Introduction to Rules. Enforcement and Organization*, Wheatsheaf Books-Sussex/St. Martin's Press, New York.
- LEAL, F., G., 1998, "Voces, salidas, lealtades, oportunidades, "denominación de origen", interés y *tempo* de una política pública: la reforma mexicana de la salud y la seguridad social", en *Gestión y política pública*, CIDE, vol. VII, núm. 1, México.
- LEAL, F. G., 2000a, *Agenda y diseño de la reforma mexicana de la salud y la seguridad social*, Universidad Autónoma Metropolitana, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Serie Académicos de CBS núm. 30, México.
- LEAL, F., G., 2000b, "Después de 18 años de 'políticas de salud', enigmas, encrucijadas y paradojas del foxismo en la arena de la salud", en *Reporte de Investigación* 87, UAM-X, México.
- LEAL, F. G., 2001, "Seguridad social en salud, evaluación y tendencias de reforma en México ¿hacia dónde vamos?", Cámara de Diputados, LVIII Legislatura, en *Taller seguridad social: teoría y práctica, reforma, perspectivas y retos*, Salón Legisladores de la República, Palacio Legislativo, México.

LEAL, F. G., 2002, *El Programa Nacional de Salud 2001-2006 y el México de la "modernización", tardopriísta (1982-2000). Imponiendo una "agenda"*, en prensa.

LEAL, G. y C. Martínez, 1993, "Democratización inaplazable: la sucesión de las hegemonías médico-gremiales al trasluz del programa nacional de salud (1990-1994) de México", en *Revisiones en Salud Pública*, núm. 3, Barcelona.

LEAL, G. y C. Martínez, 2000, "Una apuesta al tiempo y otra en juego: el sistema de pensiones y la agenda para la salud", en *Estudios Demográficos y Urbanos*, núm. 44, El Colegio de México, México.

LEAL, G. y C. Martínez, 2001, "¿En la ruta del Seattle sanitario? La Organización Mundial de la Salud y su informe sobre la salud en el mundo 2000", en *El Cotidiano*, núm. 107.

LEAL, G. y C. Martínez, 2001a, "¿Misión cumplida? La Dra. Brundtland y la Organización Mundial de la Salud: 'la agenda de los pobres' y la historia del informe sobre la salud en el mundo 2000", en *Reporte de Investigación*, núm. 92, UAM-X, México.

LEAL, G. y C. Martínez, 2002, "Soberonismo priísta y soberonismo foxista. Diecinueve años de 'política de la no política' en salud y seguridad social", en *Reporte de investigación*, núm. 99, UAM-X, México.

LEAL, G. y C. Martínez, 2003, *Cuatro ensayos sobre calidad clínica de la atención en salud reproductiva*, Universidad Autónoma Metropolitana, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Serie Académicos de CBS, México.

MARTÍNEZ, C. *et al.*, 1991. "Un acercamiento a la problemática de salud en México a fines de los ochenta", en *Estudios sociológicos*, núm. 9.

MARTÍNEZ, C. y G. Leal, 1998, "Investigación cualitativa en el terreno del sector salud", en F. Mercado y L. Robles (comps.), *Investigación cualitativa en salud. Perspectivas desde el occidente de México*, Universidad de Guadalajara y Organización Panamericana de la Salud, Serie Medicina Social, Guadalajara.

MARTÍNEZ, C. y G. Leal, 2001, "El médico contemporáneo: corazón de las políticas de salud del nuevo siglo", en *El Cotidiano*, núm. 108, Universidad Autónoma Metropolitana.

MARTÍNEZ, C. y G. Leal, 2002, "La transición epidemiológica en México: un caso de políticas de salud mal diseñadas y desprovistas de evidencia", en *Estudios demográficos y urbanos*, núm. 17.

MARTÍNEZ, C. y G. Leal., 2002a, *El acceso a los servicios médicos (comentarios sobre las tabulaciones referentes a la condición de derechohabiencia, servicio médico y tipo de institución)*, *Análisis del conteo de población y vivienda 1995*, CRIM-UNAM, México.

OMS, 2001, *Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico*, Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud, presentado por Jeffrey D. Sachs, Presidente a Gro Harlem Brundtland, Directora General de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OPS/OMS, 2001, *Consulta regional de las Américas sobre evaluación del desempeño de los sistemas de salud*, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington.

- OPS/OMS, 2001a, *Informe de la primera reunión efectuada en Ottawa*, Grupo de trabajo de la región de las Américas sobre el desempeño de los sistemas de Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Ottawa, Canadá.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL, 1996, *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*, México.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL, 2001, *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006: "Acciones hoy, para el México del futuro"*, Presidencia de la República, México.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL, 2001a, *Programa Nacional de Salud 2001-2006: la democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*, México.
- POITRAS, G. E., 1973, "Welfare Bureaucracy and Clientele Politics in Mexico", in *Administrative Science Quarterly* 18:18-27.
- PRESIDENCIA de la REPÚBLICA, 2001, *Programa para fortalecer la economía y la inclusión social. Evaluación de avances, resultados y propuestas de diálogo con los sectores productivos*.
- PRESIDENCIA de la REPÚBLICA, 2001a, *Acciones primer año de gobierno*, diciembre.
- SAMUELSON, P. y Nordhaus W., 1989, *Economics*, McGraw Hill, Nueva York.
- SARTORI, G, 2001, "Posfacio: la transición en México, ¿hacia dónde? (una agenda para la reforma)", en *Ingeniería Constitucional Comparada*, FCE, México.
- SOBERÓN, G., 1987, "Estructura y funciones de la Secretaría de Salud, del Sector Salud y del Sistema Nacional de Salud", en *Salud Pública de México* 29 (2): 131-132.
- SOLÍS, L., 1996, *Crisis económico-financiera 1994-1995*, El Colegio Nacional, FCE y Economía Latinoamericana, México.
- SPALDING, R. J., 1978, *Social Security Policy Making: The Formation and Evolution of the Mexican Social Security Institute*, PhD Degree, The University of North Carolina at Chapel Hill.
- SSA, 1991, *Breviario estadístico sectorial 1980-1990*, Subsecretaría de Coordinación, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, Secretaría de Salud, México.
- SSA, 2001, "Recursos y servicios 1999", en *Boletín de información estadística*, núm. 19, vol. I, Dirección general de información y evaluación del desempeño, Secretaría de Salud, México.
- WORLD BANK, 2001, "Mexico. A Comprehensive Development Agenda for The New Era", in Marcelo M. Giugale *et al.*, *Pensions Reform, Micro, Small, and Medium-Scale Enterprises y Reform of the Mexican Healthcare System*.
- VARGAS, L. M. y Santillán C., 1994, *Biblio-hemerografía sobre antropología médica (1900-1990)*, UNAM, CRIM, Facultad de Medicina e Instituto de Investigaciones Antropológicas, México.
- WHO, 1999, *The World Health Report 1999-Making a difference*. Ginebra, World Health Organization, Disponible en URL: <http://www.who.in/whr/1999/en/report-hm>.

Tres momentos en la política de salud y seguridad social en México /G. Leal y C. Martínez

WHO, 2000, *The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance*. Ginebra, World Health Organization. Disponible en: URL: <http://www.who.int/whr/2000/en/report-htm>.

WHO, 2001, *WHO Welcomes Groundbreaking Report*, 20 de diciembre Londres.

ZEDILLO, E., 1994, *Retos y propuestas. Salud y seguridad social*, Fundación Mexicana Cambio XXI, Luis Donaldo Colosio, México.