



El Cotidiano

ISSN: 0186-1840

cotid@correo.azc.uam.mx

Universidad Autónoma Metropolitana Unidad
Azcapotzalco
México

Leal F., Gustavo

La salud y la seguridad social del Dr. Zedillo (1994-2000)

El Cotidiano, núm. 172, marzo-abril, 2012, pp. 72-81

Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32523118009>

- 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

La salud y la seguridad social del Dr. Zedillo (1994-2000)

Gustavo Leal F.*

La agenda zedillista en materia de salud pública y seguridad social fue diseñada por Luis Téllez Kuenzler –coordinador de asesores de Ernesto Zedillo– bajo los parámetros del Banco Mundial y de Funsalud, a espaldas del gremio médico. La descentralización de los servicios, el enfoque de libre mercado en las jubilaciones y la subrogación de servicios, principalmente guarderías, fueron los principales elementos que llevaron a la debacle del sector salud, crisis ahondada en los dos sexenios panistas.

Juan Ramón de la Fuente. 1994-1999; ¿un médico para los médicos?

A la hora de integrar el gabinete y el nuevo equipo de gobierno, el presidente Zedillo y sus colaboradores más cercanos pudieron haber evaluado la posibilidad de dejar en manos de economistas y administradores la gestión sexenal de la política de salud y seguridad social. De haberse tomado esa decisión, México se habría ligado a una tendencia generalizada en la mayor parte de los países de la OCDE desde principios de los años ochenta.

Sin embargo afortunadamente, dirían unos; desafortunadamente, dirían otros, la decisión no fue tomada en ese sentido.

Se dice también que desde sus tiempos de secretario de Programación y Presupuesto, Zedillo había manifestado reservas sobre el funcionamiento del régimen de seguridad social. De ser cierto, tal vez ello contribuya a explicar la intención inicial de ubicar a economistas y administradores al frente del sector.

Pero es claro que mientras el presidente pudiera haber deseado ver como principal responsable a un científico eficiente de este corte, el gremio médico buscó mantener su lugar en la arena política. (Leal, 2000: 36)

Ante los severos conflictos intergremiales que vendrían en la arena sectorial (Leal, 1991), las siempre

borrascosas “decisiones” de Zedillo, especialmente después del “error de diciembre”, lo “persuadieron” para que nombrara a un secretario de Salud “médico”:

En cualquier caso, lo que la gestión sexenal de las necesidades nacionales en materia de salud tal vez requiera era más bien un político, que pudiera o no tener como precondition ser científico, toda vez que ello no otorga automáticamente el pasaporte para el arte de la política. Un político empapado y conocedor de las leyes y tiempos de la esfera en que se toman las decisiones: el tablero del ejecutivo; un jugador más de ese tablero, capaz de manejar la agenda sectorial y, en esta medida, capaz también de reconformarla y

* Departamento de Atención a la Salud, UAM-Xochimilco.

defenderla en los términos de ese tablero, desde el cual se diseñan justamente las políticas. En suma: un secretario artista de su agenda en el tablero del presidente; un político susceptible de optimizar su visión y recursos en los marcos de lo posible. (Leal, 2000: 37)

Sin embargo, no fue un “político” sino un “científico” quien triunfara en la liza; un “científico” que, como habría de mostrar la administración 1994-1999, no estaba particularmente dotado para desenvolverse con la astucia e inteligencia que demandaba la altura y situación del tablero presidencial.

Para esa altura y esos retos, la conducción de las políticas de salud y seguridad social del “México del TLC” requería “científicos y políticos” organizados como un solo grupo; como grupo de expertos clínicos rodeado y asistido complementariamente por especialistas en epidemiología, sistemas y administración de servicios de salud y alguna evidencia de economía para la salud.

Pero, paradojas de la vida, sucedió al revés. Aunado al irrefrenable peso de la inercia sectorial de Soberón y Kumate (Leal, 2003) y a la costosa ausencia de un auténtico liderazgo clínico moderno, lo complementario usurpó la toma de decisiones, siempre muy pegadito a los caprichos, juicios y prejuicios de Luis Téllez, coordinador de asesores del “accidente” Zedillo:

El primero de diciembre de 1994 asumió la responsabilidad de Secretario de Salud un clínico “moderno”, el Dr. Juan Ramón de la Fuente. De la misma manera que todos sus predecesores, con este nombramiento el presidente otorgó al gremio médico, para usar el célebre apotegma de Gandhi “el cheque en blanco de un banco quebrado”, con la sola diferencia de que, en esta ocasión, se establecieron cláusulas de condicionalidad explícitas. (Leal, 2000: 37)

Como lo expresara con todas sus palabras el entonces subsecretario de Planeación de la SSA Javier Bonilla Castañeda (*Reforma*, 6 de marzo de 1995), era preciso:

Un pacto cardinal de modernización de acuerdo al cual no habría incrementos presupuestales notables por parte del Ejecutivo –por lo menos para el primer año de gobierno–, aunque sí el compromiso adquirido por los nuevos responsables de la agenda pública de usar apropiada y eficientemente los recursos, garantizando

buenos resultados en los programas del sector. (Leal, 2000: 37)

En este marco, ¿qué podría hacerse por la agenda de la política pública?

Se impone la “agenda” del Banco Mundial, Luis Téllez y Funsalud (Guillermo Soberón)

Al calor del asesinato de Luis Donaldo Colosio y la debacle económica que había potenciado la efímera “conducción” de Jaime Serra Puche en la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la “agenda” del nuevo secretario de Salud Juan Ramón de la Fuente perdió, por supuesto y de manera casi automática, todo el tinte regional “novedoso” que parecía haberle querido imprimir el “equipo” colosista.

Desde el “Partido de Solidaridad” que había buscado organizar la nueva estructura territorial del priismo salinista, muy especialmente por lo que toca a las acciones “en salud” del Pacto Nacional para el Combate a la Pobreza, Luis Donaldo Colosio y sus asesores idearon estrategias para fortalecer el “Programa de las 100 Ciudades” y, desde ellas, agrupar modelos regionales convergentes de política social. Las “nuevas” políticas de salud habrían de ocupar un lugar preponderante.

Pero para diciembre de 1994, la virtual desaparición del colosismo “social” permitió que el documento sobre *Salud y Seguridad Social* de la Fundación Mexicana Cambio XXI Luis Donaldo Colosio –que encabezaba el Dr. José Narro Robles, a la postre subsecretario de Salud y brazo derecho de Juan Ramón de la Fuente– propusiera que

como parte integral de la reforma social que hoy reclama la nación, es necesario desarrollar una profunda reforma del sistema de salud y seguridad social [...] la reforma debe retomar y profundizar la estrategia de la descentralización [...] debe introducir modificaciones estructurales que tiendan a separar las funciones. En primer lugar, el fondeo y la administración de recursos deben mantenerse separados del resto de las participaciones de la seguridad social, especialmente de las pensiones [...] el sistema de salud debe organizarse por funciones y no por grupos sociales [...] La Secretaría de Salud debe redefinir su misión central hacia la regulación del sistema. En esta forma se fortalece su papel rector [...] se debe tender progresivamente a separar el financiamiento de la prestación de los

servicios [...] dentro del paquete de servicios esenciales de salud, tendrán prioridad la promoción de la salud y las medidas preventivas [...] la participación comunitaria será un elemento central de la reforma. (Fundación Mexicana Cambio XXI, 1994: 15-17)

Uno de los “colaboradores” de la propuesta era Julio Frenk, por esos días, vicepresidente ejecutivo de Funsalud.

Esa “agenda” emergente que habría de trazar las coordenadas del zedillismo sanitario fue enteramente diseñada por Luis Téllez —a la sazón Coordinador de Asesores de la Presidencia de la República—¹, asistido por las “notas de estrategia” del Banco Mundial² y en estrecha colaboración, por no decir absoluta dependencia, del *think tank* Funsalud, que encabezaba el ex secretario Soberón, ya reconvertido en furioso defensor del *free market* de la salud, y que, nuevamente como en 1988, había resultado derrotado en la contienda sucesoria para orientar los trabajos nacionales de la SSA. (Funsalud, enero 1995)

Los barruntos de la agenda alternativa “para y desde los médicos” que apenas se insinuaba en el libro de Juan Ramón de la Fuente *La Investigación en Salud: Balance y Transición* (1990) una propuesta dotada de una “oferta de concordia” para todas las fuerzas gremiales capaz de recuperar la voz clínica que había sido silenciada por Guillermo Soberón desde el lejano 1982, esa agenda “posible” quedó completamente sepultada frente a la imposición que hizo Luis Téllez de la “reforma” sistémica del sector salud siguiendo las opciones diseñadas desde el Banco Mundial y Funsalud.

Una “oferta de concordia” vencida

La agenda del zedillismo sanitario que —asesorado por el Banco Mundial y Funsalud— diseñó Luis Téllez desde Los Pinos sepultó toda semilla de las suaves políticas alternativas

¹ Tal como lo plasmó en Poder Ejecutivo Federal, *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*, mayo 1995.

² “El Banco Mundial ha tenido el privilegio de proporcionar a las Administraciones Presidenciales entrantes de sus países clientes, un informe completo de su diagnóstico y recomendaciones de políticas para los sectores que contribuyen a la senda de desarrollo del cliente. En 1994, se entregó un informe similar, en forma de Notas de Estrategia, al entonces futuro Gobierno del Presidente Zedillo”, *The World Bank* (2001), *Mexico. A Comprehensive Development Agenda for The New Era*, Edited by Marcelo M. Giugale, Oliver Lafourcade and Vinh H. Nguyen, Chapter 19, “Reform of the Mexican Health Care System”, p. 425.

“desde y para los médicos” que contenía en germen el libro de Juan Ramón de la Fuente:

En el marco de un cruento combate intergremial que dejó serias y hondas heridas corporativas (tal y como ha venido ocurriendo ya casi tradicionalmente en los cambios sexenales), el Dr. de la Fuente se abrió paso desde la poderosa Dirección de la Facultad de Medicina de la UNAM —nicho privilegiado de la corporación médica—, en virtud de una bien labrada ascensión dentro del gremio, cuyo punto de partida se ubica en 1986 a través del Programa Universitario de Investigación Clínica (PUIC) y se consolida con su inmediatamente posterior desempeño como Coordinador de la Investigación Científica de la misma casa de estudios. Su labor en el PUIC culminó con la publicación del volumen *La Investigación en Salud: Balance y Transición*, conteniendo una oferta de conciliación práctica para las tres principales corrientes del gremio: clínicos, biomédicos y sociomédicos. (Leal, 2000: 40)

El núcleo de la “oferta de concordia” fue claramente documentado por el Dr. José Laguna, subsecretario de Salud en el sexenio de Guillermo Soberón Acevedo:

la lucha contra las enfermedades diarreicas requiere de trabajos de investigación básica en laboratorios altamente especializados para el estudio del virus, bacterias y parásitos intestinales; la investigación clínica, a fin de contar con los mejores recursos diagnósticos y terapéuticos para el manejo de los pacientes y los brotes; de investigaciones de tipo operativo relacionadas con la aceptación de los tratamientos por parte de la población, sobre todo de las madres y el personal de salud, y finalmente, de metodologías sociomédicas y epidemiológicas, con las cuales deberá hacerse la evaluación del impacto del programa. Esta característica multifactorial aparece, en el quehacer científico, como la necesidad de conjuntar esfuerzos de todas las ramas de la investigación, la ciencia básica, la investigación clínica y la investigación en salud pública. (De la Fuente et al., 1990: 13-14)

Sin embargo, todos estos afanes de equilibrio gremial fueron barridos por la “agenda” Zedillo-Téllez-Funsalud, que urgió y aceleró el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta que había dejado inconcluso la administración Soberón e intocado la del Dr. Kumate.

Juan Ramón de la Fuente y el abogado José Antonio González Fernández. 1994-2000: el sexenio de la Federalización impuesta y el paquete básico preventivo

Como era de esperarse, el balance de la “agenda” operada por Juan Ramón de la Fuente recomendada a Ernesto Zedillo por el Banco Mundial, y que desde Los Pinos diseñara Luis Téllez junto con la Fundación Mexicana para la Salud de Guillermo Soberón no resultó especialmente lucidor.

Casi al concluir el sexenio y por lo que toca a la descentralización de los servicios de salud a población abierta y la cobertura “universal” del paquete esencial, el Gobierno Federal tuvo que reconocer que

mientras en 1994 existían 10 millones de mexicanos sin acceso a los servicios de salud hoy, en el 2000, mediante la estrategia de Extensión de Cobertura, el 99.5% de los mexicanos tienen acceso a los servicios de salud. A la fecha se ha completado la evaluación de la Cobertura Universal en 22 entidades federativas (Agascalientes, Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Campeche, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Quintana Roo, San Luis Potosí, Querétaro, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala, Tabasco, Tamaulipas, Yucatán y Zacatecas). Entre 1995 y 2000 el gasto programable en salud para población abierta se incrementó en términos reales en un 8.9% y específicamente el gasto designado a la Secretaría de Salud experimentó un incremento en términos reales del 11.2%. Por otro lado, en 1999 las entidades federativas ejercieron el 73.7% del presupuesto total para población abierta, en comparación con lo ejercido en 1996 que fue del 59%³. (González Fernández, 11 de julio de 2000)

Además, en diciembre de 1999 y en una decisión sin precedente, Zedillo nombró, por primera vez en la historia de la SSA, a un abogado como su titular, quien pronto se justificó declarando que

en 1985 se reformó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y la Secretaría de Salubridad y Asisten-

cia, bajo el liderazgo del secretario Guillermo Soberón, cambió su denominación por Secretaría de Salud. No se trató de un mero cambio de nombre, sino de imponerle a la dependencia una tarea más amplia y relevante que la estricta de la salubridad y asistencia. En el fondo puedo suponer que estaba presente la recomendación de Alma Ata con la que la OMS propuso el objetivo de “alcanzar para todos los ciudadanos del mundo para el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”. La SSA tendría a su cargo la conducción de las políticas nacionales en materia de salud y la coordinación programática del sector. (González Fernández, 11 de julio de 2000)

Y es que, según el abogado González Fernández:

durante la presente Administración Federal se definieron cuatro estrategias básicas del Sistema Nacional de Salud, a saber: ampliación de la cobertura de servicios de salud a población abierta; descentralización de los servicios de salud a población abierta; mejoramiento en la calidad de los servicios y modernización del mercado de los servicios de salud. (González Fernández, 11 de julio de 2000)

En realidad, a lo largo del sexenio de Juan Ramón de la Fuente y el abogado González Fernández, se “instrumentaron” las primeras dos estrategias⁴, mientras el “mejoramiento de la calidad” y la “modernización del mercado de los servicios de salud” constituyeron un agregado de última hora de los asesores de la Secretaría de Salud frente a la polémica modificación —encabezada por el entonces senador priista, Samuel Aguilar Solís— de la Ley de Instituciones Mutualistas y de Seguros que dio vida a las Instituciones de Seguros Especializadas en Servicios de Salud (ISES). (Leal, 2004)

Pero el balance del abogado González Fernández aún iba a deparar otras sorpresas.

³ Conferencia del Lic. José Antonio González Fernández, Secretario de Salud en la reunión convocada por el Colegio Nacional y Funsalud “Desempeño de los sistemas de salud: la Experiencia de México”, 11 de julio de 2000.

⁴ Tal y como lo plasmara el Poder Ejecutivo Federal (1995), en su *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000* y la SSA en *El Programa de Reforma del Sector Salud*, dado a conocer en 1996.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Normas Oficiales y metas, paquete básico preventivo y Fonsida

A las penurias del “modelo” de descentralización de los servicios de salud para población abierta que impuso el zedillismo sanitario, hay que agregar cuatro “cuerpos” más del “balance” que realizara el abogado José Antonio González Fernández, secretario de Salud, casi al concluir el sexenio 1994-2000: (González Fernández, 11 de julio de 2000)

Uno: el Dr. Héctor Fernández Varela y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed)

Como responsable de una Comisión que se había establecido casi al iniciar el sexenio de Zedillo, Fernández Varela reconoció que ella:

debería ampliar sus facultades para ser siempre la primera instancia de resolución de los conflictos entre galenos y pacientes. De los mil 700 casos ingresados para conciliación, en 47.4%, la Comisión concluyó su intervención al no haberse logrado acuerdo alguno entre las partes y únicamente 69 expedientes llegaron al arbitraje. (*La Jornada*, 23 agosto de 2000)

Dos: las Normas Oficiales Mexicanas como meta puramente cuantitativa y abstracta

Aunque el “balance” del abogado González Fernández destacó también que

Se han emitido 122 normas oficiales mexicanas, las cuales tienen como propósito supervisar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos que se expenden en el país, así como regularizar su comercialización, para proteger la salud de los consumidores, mejorar las condiciones sanitarias de los productos y abatir la incidencia de las enfermedades transmitidas a través de alimentos contaminados; así como regular y vigilar las actividades médicas, también los establecimientos donde se presta la atención, para responder a las necesidades de la sociedad: (González Fernández, 11 de julio de 2000)

Tres: un insuficiente paquete esencial

En su despedida como secretario de Salud, finalmente su tumba política, el abogado González Fernández no tuvo más remedio que admitir que

[...] el Paquete Básico de Servicios Esenciales (PBSS) no ha sido suficiente. Se requieren mayores recursos económicos para mantenimiento y ampliación de la infraestructura hospitalaria así como el compromiso de las entidades federativas para el buen funcionamiento del sistema sanitario. (González Fernández, 11 de julio de 2000)

Se manifestó a favor de la subrogación de los servicios para enfrentar la creciente demanda de atención en el IMSS, el cual por sí mismo no tendrá la capacidad para atender a la totalidad de sus derechohabientes. Sin embargo, puntualizó la importancia de no privatizar estos servicios.

Aun cuando señaló que en los últimos cinco años ha habido un incremento constante en el gasto programable del sector salud, reconoció que por falta de recursos “está pendiente de aplicación un programa de atención a los adultos, por el cual pudieran aplicarse, por ejemplo, las vacunas contra la influenza y la neumonía”. (González Fernández, 11 de julio de 2000)

Cuatro: Fonsida

Según González Fernández, al comparecer ante el Congreso para la Glosa del Sexto Informe de Gobierno del presidente Zedillo:

Fonsida no ha logrado resolver la demanda de medicamentos; no ha podido incrementar sus recursos y capacidad de atención. En lugar de ser un fondo, tendría que haberse creado como un fideicomiso público. (*La Jornada, Reforma*, 19 de septiembre de 2000)

La “reforma” Zedillo a la Ley del IMSS de 1995

Siguiendo al Banco Mundial e intentando “actualizar” el experimento chileno (Pinochet) de privatización de las pensiones, Zedillo asestó el golpe de mayor calado en la historia de la seguridad social mexicana al “reformular” la Ley del IMSS en diciembre de 1995 y que entró en operación en julio de 1997.

Esta “reforma” de gran impacto que puso al servicio de los poderes financieros el “ahorro obligatorio para el retiro” de los trabajadores cubiertos por la seguridad social del modelo IMSS, se tradujo en un inmediato enriquecimiento de las Afores, sin resolver el horizonte pensionario de los trabajadores del Apartado B del artículo 123 constitucional.

Tampoco mejoró el rendimiento neto y seguridad de los dueños de esos fondos.

Ya desde 2005 se había documentado que un trabajador con una vida laboral de 40 años y cotizando al IMSS cerca de 22 años, apenas podría aspirar a una pensión equivalente al 25 por ciento de su último salario al momento del retiro.

¿Por qué? Sencillo: la tasa de densidad de su cotización sólo sumaría 56 por ciento. Entre otras fallas, la Ley Zedillo que impuso el sistema de ahorro individual, soslayó la precariedad laboral, los bajos sueldos, el empleo informal y los periodos de desempleo que impiden a los trabajadores cumplimentar los aportes indispensables para alcanzar una pensión digna.

El diseño de esa reforma al IMSS no vinculó adecuadamente el sistema de ahorro con la realidad del empleo que incluye trabajadores que, al ganar poco, pueden aportar poco y, por tanto, no alcanzarán esa “dignidad” en su pensión.

Por ello, el modelo actual de las Afores, al no incorporar el impacto negativo de la densidad de la cotización, ni su efecto en la carrera salarial, proyecta a sus afiliados saldos inexactos: que en el mediano y largo plazo están fuera de lo real y posible.

Cerrando 2008 se confirmó también que ese sistema de cuentas individuales, que ha sido extendido a los trabajadores al servicio del Estado (Apartado B) con la Nueva Ley del ISSSTE y también a los de nuevo ingreso del IMSS y de la CFE, no garantiza ni 20 por ciento del último salario devengado: cuatro salarios mínimos e incluso considerando las aportaciones del SAR92.

¿Por qué? Ello resulta de los supuestos “irreales” del mismo modelo: la movilidad salarial, el efecto de las comisiones, las tasas de interés y el nivel de los rendimientos. El problema son, claramente, esos “supuestos”. A lo cual hay que agregar, como el corazón del asunto, la propia naturaleza de las cuentas individuales, su estructura de comisiones y la intermediación financiera innecesaria que representan.

En suma: el problema es esa modalidad mexicana de la “capitalización individual” que, a diferencia de otras, como por ejemplo la sueca, representa un riesgo patente que se concretará en no proveer siquiera un nivel de pensión digno.

Un fracaso esférico

En términos estrictos, el asunto público deberá conducir en el corto plazo a una reforma de esa “reforma”. La Ley

Zedillo de 1995 trazó también la ruta de desfinanciamiento crónico que padece desde entonces el Instituto y generó la degradación sistemática de todos sus servicios. La “reforma” sintetiza un fracaso esférico.

“Diseñada” con urgencia, exhibe ambigüedades, vacíos y complejidades legales resultantes de una precipitada aprobación parlamentaria que favorece la confusión de los derechohabientes y el consecuente dictado de jurisprudencias que no alivian la calidad de su hechura legal, pero potencian la desconfianza sobre los institutos de seguridad social. (Leal, 2012)

Catorce años después de su implante, en el IMSS priva un desorden generalizado. Después de más de una década de “administración” panista, la “conducción” institucional sigue careciendo de las políticas clínicas que requiere su derechohabencia en el marco de un horizonte financiero del todo incierto.

El anuncio según el cual la Ley de Ingresos 2011 autoriza que el IMSS transfiera excedentes de las reservas de los seguros de Invalidez, Vida y Riesgos de Trabajo al de Enfermedades y Maternidad, significa que la institución vuelve, de facto, al entramado de su Ley 1973, abrogada por la Ley Zedillo de 1995.

Ese anuncio para el uso de las reservas representa el reconocimiento final del patente fracaso de la “reforma” Zedillo. Sintetiza la negación de facto de aquello que en 1997 los tecnócratas esgrimieron como argumento vertebral para soportar la necesidad de una “reforma” que ha fallado por completo⁵.

La iniciativa de Calderón respecto a que ese rebalanceo “es apenas un respiro, por lo que urge una nueva generación de reformas que garanticen viabilidad financiera de largo plazo”, constituye sólo una enorme pantalla para ocultar el desorden generalizado que priva en el IMSS panista.

Desprovisto de su principal fuente de financiamiento (las pensiones) el equívoco “diagnóstico” Levy-Fox —con apocalípticos pronósticos y cifras exageradas— fabricó el mito del “peso” del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP). (Leal, 2008 y 2009)

⁵ Esos tecnócratas son: Gabriel Martínez, hoy secretario general del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, y su estrecho colaborador Eduardo González Pier (diseñador con Julio Frenk del Seguro Popular), hoy Director de Finanzas del IMSS.

Desde el año 2000 con Fox y Levy, aunque muy especialmente desde el 2006 con Calderón, Horcasitas y Karam, en ese IMSS campeon sin pausa la ineficiencia, omisiones, incumplimiento, favoritismo, discrecionalidad en compras, cobranza, entre muchas otras áreas.

Afectando el corazón de las expectativas de la derechohabencia, ese desorden obstaculiza lo que debiera ser la producción cabal de servicios en un auténtico caos. La norma son insoportables tiempos de espera y carencias insultantes. Sólo las fantásticas Encuestas de Satisfacción de *Transparencia Mexicana*⁶ sostienen que “77% de los derechohabientes manifestó estar muy satisfecho o algo satisfecho con la atención”.

La calidad de las gestiones panistas ha instaurado un desorden de alcance y profundidad inédito. Durante una década —aunque ciertamente muy agudizado en los últimos cuatro años— los servicios han sido víctimas de una virtual ocupación que feudalizó al IMSS, implantando un medioevo de los intereses que se benefician de los recursos destinados a la operación.

Por eso los servicios están peor que en el año de la “alternancia”: el año 2000 y sin expectativa de mejora. La pantalla de Calderón: su “nueva generación de reformas”, busca ganar tiempo y ocultar el fatal saldo de la peor década en la historia del IMSS.

De esos gobiernos de la alternancia se aguardó el urgente diseño de una política de salud y seguridad social alternativa, capaz de corregir de raíz las inercias y pendientes de los últimos gobiernos priistas.

Antes que nada, esa política debió haber exigido cuentas, evaluar y transparentar las gestiones previas, para con todo ello mejorar inmediatamente los servicios heredados y rendir nuevas cuentas.

Nada se hizo. A cambio, los gobiernos de la alternancia asumieron el diagnóstico tecnocrático de la Fundación Mexicana para la Salud⁷ e impusieron el Seguro Popular, mientras permitían que Santiago Levy dismantelara al Instituto con la constitución de las opacas Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAES), sus apocalípticos informes y el crecimiento escalar de la corrupción.

La década también ha consolidado ese desorden generalizado gracias a la “calidad” de una cúpula sindical que

—formando parte del cuadro de ese caos institucional, suspendiendo trabajadores, sacrificando a los de nuevo ingreso, violando estatutos y perpetuándose en el poder— se ubicó además como “representación” legislativa del propio PAN.

Como antes Fox, Calderón tampoco hizo su tarea desde la titularidad del Ejecutivo: no fue responsable ante la nación y su principal institución de seguridad social. Agravó el desorden generalizado iniciado por Levy y lo extendió a la entera institución con Horcasitas y Karam. La bomba de tiempo está dispuesta para estallar el próximo sexenio.

Es claro que el daño estructural generado por la Ley Zedillo de 1995 sólo ha sido agravado y puesto en un nuevo nivel de corrupción durante la década de la “alternancia”.

Los costos de la Ley catorce años después

De acuerdo con los últimos estudios del actuario Carlos Soto, después de 14 años de operación la reforma Zedillo a la Ley del IMSS (1995), las cuotas totales como porcentaje de los salarios de cotización han disminuido de 19.5 a 16.5 ¿Cómo pueden mejorarse los servicios bajo estas condiciones de financiamiento?

Las cuotas patronales cayeron de 14.55 a 11.45 por ciento y las de los trabajadores bajaron de 4.125 a 1.4 por ciento, mientras la aportación del Gobierno Federal se elevó de .825 a 4.825.

Y eso no es todo. La Ley Zedillo también se ha traducido en una pérdida neta en el financiamiento del principal seguro del IMSS. Las cuotas al Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) pasaron —en 14 años— de 12.5 a 9.63 por ciento del salario de cotización.

¿Cómo pueden mejorar los servicios cuando se le han restado al SEM cuotas por 3.36 por ciento en 14 años? Es decir: ¿una pérdida de ingresos institucionales equivalente a 368.879 MP! Respecto a 1997, los patrones aportan 1.65 por ciento menos, los trabajadores 0.66 y el Estado 1.05.

No sorprende entonces que desde 2001 la tecnocracia foxista (Santiago Levy) y después la calderonista (Molinar Horcasitas-Karam) propalaran sistemáticamente —toda una década— la “crisis” del SEM, a través del siempre apocalíptico *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS*.

Por ejemplo en su edición 2010-2011 consigna que la situación financiera que enfrenta el Instituto “es compleja” y que el “principal problema es el desequilibrio estructural entre las aportaciones al SEM, los Gastos Médicos de Pensio-

⁶ De Federico Reyes Heróles.

⁷ Funsalud, a cargo de Guillermo Soberón, Julio Frenk y ahora la Dra. Mercedes Juan. Gustavo Leal, F. (2006). *Planes y programas del foxismo*, DCBS-UAM-Xochimilco, Colección Académicos, Núm. 67.

nados (GMP) y las obligaciones para atender a una población con necesidades de salud cada vez más complejas y costosas” (Informe IMSS, 2011:VI). Lógicamente, dado que el SEM ha sido estratégicamente desfinanciado desde 1997.

Sobre los GMP —que las autoridades del IMSS y algunas plumas poco objetivas publicitan para, de paso, desprestigiar a los “privilegiados” trabajadores del SNTSS— el *Informe* afirma que: “en términos relativos, el déficit que observa la cobertura de GMP es uno de los más altos, ya que en 2011 representaría 139 por ciento de los ingresos por Cuotas Obrero Patronales y Aportaciones del Gobierno Federal de la cobertura y, de acuerdo con las proyecciones realizadas, podría llegar a representar 436 por ciento en el 2050”. (Informe IMSS, 2011: 96)

El *Informe* también aclara que, para determinar el gasto futuro de la cobertura de GMP, se consideró la población pensionada por el IMSS: trabajadores de empresas afiliadas, los propios del Instituto y los nuevos pensionados, con estimados de la sobrevivencia calculados con bases biométricas “aplicadas por las compañías aseguradoras de fondos de pensiones”.

A diciembre de 2010 se trataba de 3 millones de pensionados: 43 por ciento son mujeres con edad promedio de 62 años y 56 por ciento son hombres con edad promedio de 65.1 años. La presión que ejercerán sobre los gastos institucionales, insiste el *Informe*, “será significativa” por el aumento en la esperanza de vida y porque presentan con frecuencia enfermedades crónico-degenerativas de alto costo y uso más intensivo de los servicios médicos. Los pensionados “sobreviven al retiro 20 años en promedio y crecerán a una tasa constante de 2.5 por ciento anual en términos reales durante los 100 años de proyección. En 2010, el costo promedio general obtenido fue de 14,736 pesos anuales”. (Informe IMSS, 2011: 261-262)

La visión oficial del cuadro estratégico del desfinanciamiento, se completa con las enfermedades de “alto costo” y el impacto del RJP.

Respecto a las enfermedades de “alto costo”, el *Informe* señala: “en 2050 el gasto médico que tendría que destinarse al tratamiento de diabetes mellitus, hipertensión arterial e insuficiencia renal sería mayor al esperado para 2011 en 439,502 y 1,224 por ciento, respectivamente. El gasto médico derivado de la atención médica al cáncer cérvico-uterino se incrementaría entre 2011 y 2050 en 372 por ciento, mientras que el correspondiente a VIH/SIDA y cáncer de mama aumentaría en 316 y 347 por ciento, respectivamente”. (Informe IMSS, 2011: 38)

Durante más de una década, los funcionarios designados por Fox y Calderón han reiterado que, como prestador de servicios y administrador, el IMSS enfrenta “como principal problema” el pasivo laboral del RJP de sus propios trabajadores. Ese pasivo, subrayan, ha crecido en los últimos 11 años a una tasa real de 13.5 por ciento en promedio anual, 9.7 por ciento del PIB (Informe IMSS, 2011: 170)

Así es como se ha fabricado mediáticamente, durante ya más de diez años, una “crisis” institucional como pantalla del escandaloso fracaso de la Ley Zedillo de 1995. La decena trágica panista (2000-2012) entrega los servicios peor que como los recibió mientras que, desde 2001 con Santiago Levy, se elevaron a niveles nunca vistos las remuneraciones de los mandos altos y medios del IMSS.

Final

Transcurridos tres lustros de operación del programa zedillista para la salud y la seguridad social (1994-2000), el IMSS se encuentra *colonizado* por diferentes bandas e intereses económicos panistas, al tiempo que se intenta *naturalizar* su crisis estructural derivada de la “reforma” Zedillo de 1995.

Por su parte, la descentralización de los servicios de salud a la población abierta diseñada por Juan Ramón de la Fuente y José Narro Robles naufragó por los mismos motivos que antes había naufragado la descentralización soberonista de los años ochenta. (Leal, 2003) Sin embargo, aún debió soportar sobre su endeble estructura el peso del fraude sanitario foxista (articulado por Julio Frenk) denominado Seguro Popular y el agregado calderonista publicitado como Seguro Médico para una Nueva Generación.

Las fallas de diseño contenidas en la descentralización zedillista se extienden, incluso, a los servicios que presta la Secretaría de Salud del GDF bajo la responsabilidad de tres administraciones perredistas sucesivas y que cubren, también, tres lustros: las de Cárdenas, López Obrador y Ebrard (Leal, 2011).

Bibliografía

Conferencia del Lic. José Antonio González Fernández, Secretario de Salud en la reunión convocada por el Colegio Nacional y Funsalud “Desempeño de los sistemas de salud: la experiencia de México”, 11 de julio del 2000.

- De la Fuente, J. R., Martuscelli, J. y Alarcón, D. (1990). *La Investigación en Salud; Balance y Transición*. Biblioteca de la Salud. México, FCE, Serie Testimonios.
- Fundación Mexicana Cambio XXI Luis Donaldo Colosio (1994). *Retos y Propuestas. Salud y Seguridad Social*. México.
- Funsalud (enero 1995). *Economía y Salud. Propuesta para el avance del Sistema de Salud de México. Informe Final*.
- Giugale, M., Lafourcade, O. y Nguyen V., (eds.) (2001). *Mexico. A Comprehensive Development Agenda for The New Era*. The World Bank, Chapter 19, "Reform of the Mexican Health Care System".
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2011). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS, 2010-2011*.
- Leal F., G. (octubre 1991). *Democratización inaplazable: la sucesión de las hegemonías médico-gremiales al trasluz del Programa Nacional de Salud 1990-1994*. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Departamento de Atención a la Salud, Reporte de Investigación, 62.
- . (2000). *Agenda y diseño de la reforma mexicana de la salud y la seguridad social*. Serie Académicos, Núm. 30, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, DCBS.
- . (2003). *Evidencia para las políticas*. Imagen Médica.
- . (2004). *Discutiendo las Instituciones de Seguros Especializados en Servicios de Salud*. Serie Académicos, Núm. 50, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, DCBS.
- . (2006). *Planes y programas del foxismo*. DCBS-UAM-X, Colección Académicos, Núm. 67.
- . (2008). *El IMSS bajo el calderonismo. El pliego hostil de Molinar Horcasitas*. ADN-Asamblea Nacional de Trabajadores Democráticos del IMSS.
- . (2009). *El IMSS bajo el foxismo*. DCBS-UAM-X, Colección Académicos, Núm. 86.
- . (2011). *PRD. Salud en el GDF: un proceso incompleto*. UAM-X.
- . (2012). *El desastre en el IMSS. Calderón/Karam. Tope a pensiones en 10 salarios mínimos. Jurisprudencia 85/2010*. Consulta Médica, Imagen Médica.

* * *

Seguridad Social

Entre las medidas adoptadas por el gobierno de Ernesto Zedillo, la reforma a la Ley de Seguro Social de 1997 impactó en diversas esferas de la seguridad social. Sobresale la modificación al régimen de pensiones, ya que se pasó del régimen solidario, a un sistema de cuentas individuales, con las consecuentes implicaciones que de alguna manera beneficiaron al sistema bancario.

La Ley de Seguro Social de 1997 afectó los servicios médicos, el aseguramiento por riesgos de trabajo, las guarderías y otras prestaciones, al promover la subrogación o contratación de servicios con el sector privado y al restringir las prestaciones sociales por su traslado al seguro de guarderías.

Si bien, los artículos 201-207 de la Ley del IMSS y el Reglamento para la Prestación de Servicios de Guarderías —que entró en vigor al mismo tiempo que la ley— regulaban este servicio, en ninguna parte del Reglamento se mencio-

naba la subrogación del mismo. No obstante, los términos establecidos por el Artículo 1° del Reglamento, que preveía una cierta facultad discrecional del IMSS en cuanto a la definición de los términos en que se podría prestar el servicio, parece haber dado lugar a la privatización del mismo, con lo que puede presuponerse que el servicio carece de sustento legal. Ello no obstó para que la subrogación resultara ser un negocio lucrativo para personas del círculo cercano a diferentes funcionarios públicos, incluidos algunos familiares de Ernesto Zedillo.

Afores

La Reforma a la Ley del Seguro Social de 1995 (que en realidad entró en vigor en julio de 1997) ha sido una de las modificaciones legales de mayor trascendencia.

Ésta dio a lugar a que bajo el modelo chileno, Ernesto Zedillo creara las Administradoras de Fondos de Retiro (Afores), en concordancia con la conformación del Sistema de Ahorro para el Retiro creado en 1992, durante el gobierno de Carlos Salinas de Gortari.

Con ello, se trasladó el régimen solidario, esencial en la seguridad social, a un sistema de cuentas individuales. Las Afores asumieron el manejo de esos fondos, cobrando generosas comisiones a los asegurados. De acuerdo con la fórmula prevista para la recuperación de esos fondos, al fallecimiento del asegurado y su beneficiario, la compañía de seguros –previamente contratada por el mismo para el retiro de los recursos– conserva el capital constitutivo de la pensión, cuando antes esos recursos los conservaba el IMSS.

De modo que los fondos sociales más importantes del país, se convirtieron en fondos financieros, siendo puestos a disposición de los grandes grupos financieros nacionales y extranjeros.

Elaborado por Carmen Silvia Zepeda Bustos. Fuentes: Juárez, A. (3 de agosto de 2009). “Ahora la responsabilidad recae en los individuos”. *Megalópolis*.

Subrogación de Guarderías

A partir de 1998 se implementó el primer esquema de subrogación de guarderías, aunque desde 1995, con Genaro Borrego Estrada en la dirección del IMSS, se promovió el modelo “vecinal-comunitario”, con lo cual dio inicio formal el experimento privatizador; para, en 1997, instrumentar la subrogación mediante la adjudicación directa.

Dicho esquema fue reforzado en la administración de Vicente Fox, bajo la misma lógica: la atención directa resulta muy cara para el Estado e impide satisfacer la promesa política de ampliar la cobertura. Visión que prevaleció hasta 2009, cuando en términos prácticos, el IMSS subrogaba este servicio porque le resultaba más barato –hasta 50%– que construir o tener guarderías propias.

En su momento EZP argumentó: “El conjunto de estas reformas [al IMSS] será decisivo para la permanencia de las instituciones de seguridad social y para que en el futuro cumplan mejor sus propósitos [...] promoverá la seguridad en los centros de labores, ofreciendo estímulos a las empresas más eficaces en la prevención de riesgos y accidentes. Adicionalmente, podrán dedicarse mayores recursos para duplicar en el mediano plazo la red de guarderías, a fin de que las madres trabajadoras acudan a sus labores con la tranquilidad de que sus hijos pequeños están bien atendidos” (Ernesto Zedillo).

En los últimos cuatro años del sexenio zedillista, el número de guarderías concesionadas por el IMSS se incrementó 98 por ciento; en el gobierno foxista y el primer año calderonista creció 200 por ciento. Para 2009, de las 1,565 guarderías del IMSS, sólo 9% era propiedad del Instituto.

La oferta del servicio creció, pero a costa de la calidad y la seguridad del mismo, que por cierto, para 2009 representaba un mercado valuado en 8 mil millones de pesos anuales.

Durante el sexenio de Vicente Fox, la institución privilegió el proceso de entrega de los servicios de cuidado y educación a niños de hasta cuatro años de edad a la iniciativa privada, aun cuando el artículo 213 de la Ley del Seguro Social establece que el IMSS podrá subrogar esta prestación a los patrones que tengan guarderías en sus empresas o establecimientos.

En junio de 2009, luego del incendio de la guardería ABC en Hermosillo, Sonora, salieron a relucir nombres de socios y representantes legales de las más de mil 500 guarderías subrogadas hasta ese año. Se supo entonces que Sócrates Velasco Núñez, ubicado como hermano de Nilda Patricia Velasco, esposa del ex presidente Ernesto Zedillo, contaba con un permiso para operar una guardería en Colima.

Lo mismo que Mónica Borrego Estrada, hermana de Genaro Borrego Estrada, ex gobernador de Zacatecas y director del Seguro Social en el momento en que se estableció el mecanismo de subrogación durante el gobierno de Zedillo. Trascendió que el ex director de la institución contaba con diez guarderías a través de sus cercanos.

El esquema aplicado en el IMSS fue seguido desde 2000 en el ISSSTE bajo la dirección de Benjamín González Roaro, quien estrenó un sistema similar llamado “vía participativa”, el cual consistió en un convenio que es avalado y revisado por cada una de las delegaciones del Instituto.

Elaborado por Carmen Silvia Zepeda Bustos. Fuentes: Becerril, Andrea y Cruz, Ángeles (9 de junio de 2009). “Familiares de Fox, Zedillo y priistas, en lista de guarderías”. *La Jornada*, p. 5; Fernández-Vega, C. (12 de junio de 2009). “La propiedad del Estado concebida como cabaret. Repaso de argumentos presidenciales privatizadores”. México SA. *La Jornada*; Fernández-Vega, C. (3 de julio de 2009). “Homicidio de 48 niños resuelto con chivos expiatorios. Protección y privilegio para los del círculo cercano al poder”. México SA. *La Jornada*; Fernández-Vega, C. (11 de junio de 2009). “Puras justificaciones y deslindes en la tragedia de Hermosillo. Las guarderías subrogadas, negocio de \$8 mil millones anuales”. México SA. *La Jornada*; Méndez, E. y Garduño, R. (26 de noviembre de 2009). “Particulares recibieron en dos años 234 permisos para generación de electricidad”. *La Jornada*, p. 8; Trejo, A. (9 de junio de 2009). “Subrogación: lo barato salió carísimo”. *El Economista*. Méndez, E. y G. Roberto (26 de noviembre de 2009). “Particulares recibieron en dos años 234 permisos para generación de electricidad”. *La Jornada*, p. 8; Rivera, M.A. (7 de octubre de 2008). “Clase Política”. *La Jornada*, Rodríguez Cortés, R. (10 de julio de 2009). “Guarderías: los cínicos de la lista”. Gran Angular. *El Universal*.